

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Zuzana Žežulková

**Psychosociální a organizační faktory v práci sester ve
vybraných nestátních zdravotnických zařízeních
lůžkového typu**

Bakalářská práce

Praha 2018

Autor práce: **Zuzana Žežulková**

Vedoucí práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Oponent práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Datum obhajoby: **2018**

Bibliografický záznam

ŽEŽULKOVÁ, Zuzana. Psychosociální a organizační faktory v práci sester ve vybraných nestátních zdravotnických zařízeních lůžkového typu. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2018. 97 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Abstrakt

Bakalářská práce „Psychosociální a organizační faktory v práci sester ve vybraných nestátních zdravotnických zařízeních lůžkového typu“ je zaměřena na zjištění, jakým způsobem sestry v nestátních zdravotnických zařízeních vnímají a hodnotí pracovní prostředí a podmínky, ve kterých poskytují ošetrovatelskou péči. Pozitivní hodnocení pracovního prostředí velmi významně ovlivňuje kvalitu i bezpečnost poskytované péče. Práce má obvyklou strukturu složenou ze dvou částí, teoretickou a empirickou.

Teoretická část přináší stručný přehled o psychosociálních a organizačních faktorech, které ovlivňují práci sester. Pozornost je věnována nejen psychické a fyzické zátěži, ale také organizačním faktorům.

Empirická část obsahuje vlastní šetření a prezentaci výsledků. Cílem bylo zhodnocení výsledků vlastního šetření a porovnání s výsledky dříve realizovaných studií ve Spojených státech amerických, Austrálii, Dánsku a Portugalsku.

Klíčová slova

Pracovní prostředí sester, organizační kultura, interpersonální komunikace, mezilidské vztahy, pracovní spokojenost sester.

Abstract

The bachelor thesis "Psychosocial and Organizational Factors in Nursing in Selected Non-Governmental Bed Care Institutions" focuses on how nurses in non-state health care institutions perceive and evaluate the working environment and the conditions in which they provide nursing care. A positive assessment of the work environment has a significant impact on the quality and safety of the care provided. The work has a common structure composed of two parts, theoretical and empirical.

The theoretical part provides a brief overview of the psychosocial and organizational factors that affect nursing work. Attention is paid not only to mental and physical burden, but also to organizational factors.

The empirical part includes self-examination and presentation of results. The aim was to evaluate the results of our own investigation and to compare it with the results of previously conducted studies in the United States of America, Australia, Denmark and Portugal.

Keywords

Working nurses environment, organizational culture, job satisfaction, interpersonal communication and relationship.

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Zuzana Žežulková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Psychosociální a organizační faktory práce sester ve vybraných nestátních zdravotnických zařízeních lůžkového typu.**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

LAKE, E. T. : Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*. 2002 Jun., 25 (3) : 177 – 188.

AIKEN, L., PATRICIAN, P. : Measuring Organizational Traits of Hospitals : The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 2000, 49 (3) : 146-153.

WARSHAWSKY, N. E., HAVENS, D.S. : Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*. 2011, 60 (1), 17 – 31.

LASCHINGER, H.K.S., LEITER, M.P. : The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement. *The Journal of Nursing Administration*. 2006, 36 (5): 259 – 267.

AMARAL, A.F.S, FERREIRA, P.L., LAKE, E.T. : Validitation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 2012, Volume 5, Issue 3 : 280-288.

ALVES D.F.D.S., SILVA D.D. and GUIRARDELLO E.D.B. : Nursing Practice environment, job outcomes and safety climate : A structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 2017, Volume 25, Issue 1 : 46-55.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **Mgr. Dorková Zlatica, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 11.5.2017

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry
V Praze dne 11.5.2017


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (1)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 17.04.2018

Zuzana Žežulková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla vyjádřit poděkování PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za poskytnutí cenných rad a připomínek, zároveň za projevenou ochotu a trpělivost v průběhu zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také soukromým zdravotnickým zařízením, která byla ochotna se na výzkumu podílet a bez jejichž skvělé spolupráce by nebylo možné výzkumné šetření realizovat.

OBSAH

1 ÚVOD	7
1.1 CÍLE PRÁCE	8
2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	9
2.1 FAKTORY PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ.....	9
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRÁCI SESTER	12
2.2.1 Pracovní stres	12
2.2.2 Stres	13
2.2.3 Stresory.....	15
2.2.4 OSOBNOST A STRES	17
2.3 ORGANIZAČNÍ FAKTORY PRÁCE	18
2.3.1 Pojem organizace	18
2.3.2 Pracovní doba a doba odpočinku.....	19
2.3.3 Mezilidské vztahy na pracovišti	20
2.3.4 Komunikace.....	21
2.3.5 Motivace	21
2.3.6 Konflikty	22
2.3.7 Monotónní práce.....	23
2.3.8 Sociální skupina	24
2.3.9 Pracovní skupina	24
2.3.10 Organizační kultura	25
2.3.11 Organizační faktory	27
2.3.12 Směnnost	28
2.3.13 Bezpečnost a ochrana při výkonu práce	29
2.3.14 Pracovní adaptace, výběr pracovníka	30
2.3.15 Fyzická zátěž	32
2.3.2 Sociální podmínky práce	33
2.4 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	35
3. EMPIRICKÁ ČÁST	44
3.1 METODIKA ŠETŘENÍ	45
3.2 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT	46
3.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ.....	47
3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	51
3.4.1 Psychometrická analýza položek.....	51
3.4.2 Analýza položek	51
3.4.3 Mezipoložkové korelace.....	56
3.4.4 Vnitřní konzistence.....	62
3.4.5 Deskriptivní statistika	63
3.5 DISKUSE.....	70
3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce	70
4. ZÁVĚR	74
5. REERENČNÍ SEZNAM	76
6.PŘÍLOHY	84

1 ÚVOD

Profese všeobecné sestry patří mezi náročná povolání. Na sestry jsou kladeny nejen vysoké požadavky na vzdělávání, ale především na vysokou úroveň psychické a fyzické připravenosti pro výkon povolání. Situace v některých regionech České republiky se stala natolik kritickou, že bylo nutné některá oddělení zcela uzavřít nebo omezit provoz. Management zdravotnických zařízení je nucen se touto problematikou začít aktivně zabývat a tento stav urychleně řešit a navrhovat efektivní cesty pro stabilizaci. Základní podmínkou je monitorace faktorů, které vedou nejen k nespokojenosti a fluktuaci pracovníků, ale také k jejich spokojenosti. Pracovní podmínky na jednotlivých odděleních se mohou velmi lišit a mohou být vnímány pracovníky zcela odlišně. Nedostatek personálu, nezáměr vedoucích pracovníků o zaměstnance, časový stres, přesčasové hodiny, nedostatek odpočinku a spánku jistě k pracovní pohodě nepřispívají. Dochází ke zhoršování mezilidských vztahů na pracovišti, úrovně komunikace v týmu, pozornosti, koncentrace a klesá úroveň i kvalita poskytované ošetrovatelské péče pacientům.

Velkým problémem se stává stárnutí pracovníků ve zdravotnictví, kteří postupně opouští profesi a nedochází k adekvátnímu pokrytí těchto ztrát. Migrace zdravotnických pracovníků do bohatších zemí Evropské unie situaci dále komplikuje. Pro absolventy základních a středních škol dnes není profese všeobecné sestry lukrativní a svou pozornost obrací k jiným oborům. Důvodem jsou všeobecně špatné pracovní podmínky, neadekvátní platy a neustálé změny v systému vzdělávání sester.

Téma své bakalářské práce Psychosociální a organizační faktory v práci sester ve vybraných nestátních zdravotnických zařízeních jsem si sice úplně samostatně nevybrala, ale při samostudiu, vyhledávání odborné literatury, publikovaných článků a zahraničních studií mě problematika psychosociálních a organizačních faktorů v práci sester velice zaujala.

V bakalářské práci jsme se zaměřili na psychosociální a organizační faktory v práci sester. Právě podceňování a ignorování těchto faktorů může být příčinami předčasného odchodu sester ze zdravotnických zařízení a zvyšování fluktuace sester. Podstatnou většinu psychosociálních i organizačních faktorů lze pozitivně ovlivnit a snížit jejich negativní dopad.

1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je definovat pracovní prostředí sester, podmínky práce a faktory, které ovlivňují pracovní spokojenost a kvalitu práce sester. Dále prezentovat výsledky průzkumu a navrhnout doporučení pro praxi. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle bakalářské práce:

1. Řádným a pečlivým způsobem prostudovat řešenou problematiku ze zahraničních literárních, časopiseckých i ověřených internetových zdrojů.
2. Z ověřených zahraničních zdrojů převzít, přeložit a adekvátně upravit validizovaný dotazník pro cílovou skupinu respondentů.
3. Vybraným skupinám respondentů zadat upravený dotazník.
4. Získané výsledky dotazníkového šetření objektivním a správným způsobem setřídít, zpracovat a statisticky vyhodnotit.
5. Výsledky dotazníkového šetření následně zhodnotit a porovnat s již provedenými studiiemi na podobné téma.
6. Možnost aplikace dosažených poznatků do praktické oblasti ošetrovatelství.

2. Teoretická část práce

Práce je jednou ze základních lidských činností, člověk svou prací nemění pouze své okolí, ale také sám sebe. Někteří lidé pracují pouze za účelem výdělků, o své práci nepřemýšlejí a jednotlivé úkony vykonávají rutinně. Existují ale pracovníci, kteří ve své práci uspokojují své potřeby, pracují se zájmem, mají svou práci rádi a vyznačují se velkou mírou motivovanosti (Kohoutek, Štěpaník, 2000, s. 133). Pro člověka v pracovním procesu je nezbytnou podmínkou i to, aby na vykonávanou práci stačil nejenom svými psychickými ale i tělesnými silami.

„Pracovní podmínky patří mezi stále aktuálně řešené otázky v rámci psychologie práce a organizace, protože mají vliv na výkonnost, spokojenost a spolehlivost pracovníků (Pauknerová, 2012, s. 114)“.

2.1 Faktory pracovního prostředí

Armstrong, Taylor popisují pracovní prostředí jako systém vykonávání práce, pracovní místa, pracovní podmínky a způsob, jakým s lidmi zacházejí jejich nadřízení a spolupracovníci. Při vytváření systému vykonávání práce a jednotlivých pracovních míst je třeba vzít v úvahu potřeby dotčených lidí (Armstrong, Taylor, 2015, s. 509).

Štikar a kol., 2003, s. 47 definují faktory pracovního prostředí takto: *„Jedná se o soubor činitelů působících na činnost člověka v určitém prostoru anebo také soubor podmínek, za jakých se uskutečňuje pracovní proces“*. Těmito činiteli jsou hluk, světlo, vibrace, mikroklimatické podmínky, pracovní prostředky, osobní pomůcky, technické zařízení pracoviště apod. Pracovní prostředí je potřeba neustále vylepšovat a přizpůsobovat pracovníkům tak, aby optimálně působilo na lidské smysly a vedlo k požadované vysoké pracovní výkonnosti. Neméně důležitou součástí pracovního procesu je pracovní pohoda. *„Pracovní pohoda je definována jako souhrn hodnot a parametrů charakterizujících pracovní prostředí a příznivě působících na činnost člověka a též příznivě subjektivně hodnocených (Štikar a kol., 2002, s. 47)“*. K dosažení optimálního pracovního prostředí je nutné především poznat potřeby a požadavky pracovníků, ale také úroveň prostředí a jeho vlivu na zdraví člověka. Úroveň pracovního prostředí je dána zejména:

materiálními, technicko-technologickými podmínkami: osvětlení, fyzická a psychická zátěž;

sociálními podmínkami: sociální klima, mezilidské vztahy, vztahy v rovině horizontální i vertikální;

organizační podmínky: organizace práce, informační systémy;

subjektivními činiteli: úroveň znalostí a dovedností pracovníka, kulturní úroveň pracovníka apod. (Štikar a kol, 2002, s.48).

2.1.1 Fyzikální podmínky práce

Tepelnou pohodou se rozumí stav, kdy pracovníkovi není ani chladno, ani teplo a cítí se příjemně (Cihelka a kol., 1975). Mezi faktory, které ovlivňují tepelný komfort člověka patří vlivy vnější, mezi které řadíme teplotu vzduchu, radiační teplotu, vlhkost vzduchu a rychlost proudění vzduchu a jeho turbulence. Důležitými faktory jsou schopnost aklimatizace (jak ve vnitřním, tak i ve venkovním prostředí), tělesná konstituce, množství podkožního tuku, věk a pohlaví. Lidské tělo neustále koriguje tělesnou teplotu pomocí regulačních mechanismů v závislosti na změně okolní teploty. V chladném prostředí reaguje organismus vazokonstrikcí kožních cév, což vede ke snížení dalších tepelných ztrát kůže. Vazokonstrikce je provázena tzv. husí kůží a napřímením chloupků. Při progresi chladu se objevuje termogeneze – svalové napětí, třesení, které má za cíl zvýšit produkci tepla. Selžou-li veškeré autoregulační mechanismy, může dojít ke stavu, který nazýváme hypotermií. Pokles teploty tělesného jádra vede ke zpomalení srdeční frekvence a kolapsu krevního oběhu. Naopak v teplém prostředí organismus reaguje nejprve vazodilatací cév v kůži, poté aktivací potních žláz a produkcí potu. Není-li organismus schopen tímto regulačním mechanismem tělesnou teplotu dostatečně kompenzovat, dochází ke vzniku hypertermie – přehřátí. Objevuje se slabost, bolest hlavy, nevolnost, apatie, tachykardie. Optimální teplota má vliv na produktivitu člověka a na pracovišti by se měla pohybovat okolo 22°C. Ideální způsobem pro udržení této teploty je efektivní větrání, které má být intenzivní a krátké (Pauknerová, 2012).

Optimální vlhkost vzduchu by se měla pohybovat kolem 40-60%, vyšší hodnotu lze pozorovat v koupelnách, kuchyních a ložnicích. Vyšší vlhkost je nežádoucí především z hlediska rizika výskytu plísní, které jsou pro lidský organismus škodlivé.

Nízká vlhkost vzduchu způsobuje vysušování především sliznice horních cest dýchacích a pokožky, které jsou citlivější a snadněji může dojít k jejich poškození a vzniku infekce. Může dojít k pocitu pálení očí, rozpraskání rtů a zvýšené unavitelnosti. V letních měsících by se měla vlhkost vzduchu pohybovat od 40-55 %, v zimních měsících by měla vlhkost vzduchu dosahovat 45-65 % (Kohoutek, 2007)).

Mezi významný stresor v pracovním prostředí patří hluk na pracovišti. Hluk je hladina zvuku, která je pro člověka nepříjemná a škodlivá. Hluk způsobuje v organismu změny, které vedou k vyplavování tzv. stresových hormonů (kortisol, adrenalin). Vlivem těchto hormonů se zvyšuje srdeční frekvence a krevní tlak. Působí-li stresor na lidský organismus dlouhodobě, může dojít k velmi vážným zdravotním následkům postihujícím především kardiovaskulární systém, centrální nervový systém a gastrointestinální systém. Velmi vysoké frekvence způsobují poruchu sluchu. Rušivým momentem může být vysoká hlasitost rádia, televize či vyzvánějícího telefonu (Kohoutek, 2007).

Hluk lze dělit na hluk trvalý (nepřetržitý) a hluk, který je pravidelně nebo nepravidelně přerušovaný. Příliš vysoká hlučnost na pracovišti znesnadňuje komunikaci, dorozumívání se a snižuje pracovní koncentraci. Pracovník musí vynaložit větší úsilí ke splnění úkolu. Působení hluku závisí na fyzikálních parametrech hluku, na frekvenci a časovém průběhu, na individuálních zvláštěnostech člověka – na jeho vnímavosti, schopnosti adaptace a celkovém zdravotním stavu, na denní době (hluk v noci je považován za více obtěžující, rušivý než během dne). Rozlišujeme trvání hluku v čase, zvukovou odrazivost, propustnost a dozvuk (Kohoutek, 2007). Při vykonávání jednodušších činností, které nevyžadují velkou pozornost pracovníka nemusí být účinek hluku tolik rušivý. Dlouhodobé vystavení vysoké intenzitě hluku může vést a často také vede k porušení sluchového aparátu. Vysoká míra hluku nepoškozuje pouze sluchový aparát, ale negativně působí na kardiovaskulární systém (vysoký krevní tlak) i na nervový systém - podrážděnost, únava, vyčerpanost (Mikuláščík, 2009).

2.2 Psychosociální faktory ovlivňující práci sester

2.2.1 Pracovní stres

Stres se v našem životě vyskytuje prakticky neustále, každý z nás reaguje na zátěžovou situaci jiným způsobem. Pracovní stres souvisí s vlastním výkonem práce. „*Drobné nehody všedního dne, zanedbatelné ztráty, chyby, nedorozumění, to všechno jsou situace, k jejichž zvládnání jsme obvykle dostatečně vybaveni, umíme je předvídat, napravit a řešit*“ (Bartošíková a kol., 2000, str.37). Běžný stres nám ve většině případů příliš nevádí, může být i motivací ke zlepšení naší výkonnosti. Nelze s jednoznačnou jistotou tvrdit, že stres je pro všechny osoby pouze negativním faktorem. Určitou míru stresu potřebujeme, abychom byli schopni jít za svými cíli (Mikuláščík, 2007, s.72). Existují lidé, kteří jsou zvyklí pracovat pod neustálým stresem a dosahovat skvělých výkonů. Problém nastává tehdy, pokud stresová situace trvá příliš dlouho a je pro organismus člověka vyčerpávající. Dlouhodobá vysoká míra stresu má negativní dopad na lidské zdraví. Velký význam v adaptaci na stres má naše adaptabilita.

Adaptabilitou je myšlena schopnost organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám a situacím. Schein (1985) chápe adaptabilitu jako „*interindividuálně odlišnou schopnost subjektu zvládnout požadavky měnícího se prostředí, která se utváří a mění v procesu vývoje osobnosti. Kritériem a měřítkem této schopnosti je plastičnost nervové soustavy, psychiky vůbec*“ (Schein, 1985, s.29).

Adaptabilita ve zdravotnictví ve velké míře souvisí s úrovní a kvalitou proběhlého adaptačního procesu nových pracovníků. Novým pracovníkem, který přichází na oddělení nemusí být pouze absolvent zdravotnické školy, ale také ženy, vracející se po mateřské dovolené, či pracovníci, kteří opustili obor a nyní se vrací zpět. V rámci adaptačního procesu je třeba respektovat variabilitu úrovně dosaženého vzdělání a také praktických dovedností. Nový pracovník je pln elánu, nadšení, očekávání, ideálů. Konfrontace s realitou bývá často tvrdá a neočekávaná. Nový pracovník si musí osvojit pracovní postupy, začlenit se do kolektivu a navázat kladné vztahy s ostatními spolupracovníky. Velmi důležitá je také identifikace s profesí sestry a socializace. K usnadnění zapracování a orientace na novém pracovišti by měla sestra sloužit nástupní praxe (individuální adaptační plán). V současné době je velký tlak na minimalizaci délky nástupní praxe. U sester, které již nástupní praxi absolvovaly je tendence tuto praxi zkracovat na minimum a sestru co nejrychleji zařadit do rozpisu

služeb. Management nemocnice by neměl připustit pouze formální stránku adaptace a měl by se aktivně podílet na vedení a kontrole adaptačního procesu nově nastupujících sester. Management by měl mít také přehled o fluktuaci a nedostatku sester na jednotlivých pracovištích. Velkou oporu by se pro nově nastupující sestru měla stát sestra školitelka, či mentor. Výběr sestry školitelky/mentora by neměl být náhodný, ale měl by být pečlivě promyšlen a školící sestra/mentor by měl mít nejen profesní předpoklady pro tuto funkci, ale měl by být také pedagogicky a psychologicky vzdělán. Právě osobnost sestry školitelky/mentora se stává pracovním a možná také osobnostním vzorem pro nově nastupující sestru. Nevhodně a neefektivně vedený adaptační proces neplní svou funkci, zvyšuje náklady na organizaci a nepřipravuje nového pracovníka na zvládnutí nároků, které vyplývají z povolání. V extrémním případě se může také nezvládnutí náročných pracovních úkolů stát důvodem odchodu absolventa z oboru. Sestra školitelka by měla působit jako kapitán, který pomáhá a ukazuje kopilotovi (novému pracovníkovi) cestu, jak řešit a zvládat veškeré pozitivní a negativní situace, které se při jejich společném letu vyskytnou. Problémy by měly být řešeny s rozvahou a klidem a sestra školitelka/mentor by měl povzbuzovat samostatnost a aktivitu nového pracovníka. Sestra školitelka/mentor by také měl být schopen zhodnotit možnosti nového pracovníka a postupovat od lehčích úkolů k těžším. Bude-li se umět nový pracovník psychicky i fyzicky vyrovnávat se situacemi, které v pracovním procesu nastávají, pak se může stát nejenom výborným pracovníkem, ale také se naučí velmi dobře zvládat stres.

2.2.2 Stres

Podle Mikuláščíka „*Stres není stav, ale naše reakce na určité situace* (Mikuláščík,2009, s.72)”. Křivohlavý (2001) popisuje stres jako „*reakci na negativní emocionální zážitek, který doprovází soubor biochemických, kognitivních, fyziologických a behaviorálních změn*”. Podle něj se organismus snaží změnit situaci, která ho ohrožuje, nebo se přizpůsobit podmínkám, které již nelze zvrátit. Charvát (1964) považuje stres „*za výchylku z ustáleného stavu, kdy je narušena homeostáza*”. Venglářová a kol.,2011, s. 48 definuje stres jako „*setrvalou, dlouhodobou tělesnou nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů*”. Venglářová dále uvádí, že existuje velmi mnoho definic stresu, ale všechny mají jedno

společné, vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka. Vokurka, a kol.,2005, s.860 popisuje stres jako „stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, at už tělesnou nebo duševní” - velký lékařský slovník.

Stres nemá na člověka pouze negativní vliv. Stres je možné rozdělit do dvou skupin, první skupinu tvoří pozitivní, příjemný stres - eustres Na opačné straně leží negativní, nepříjemný stres vedoucí k přetížení člověka – distres. Problematikou stresu se zabývalo mnoho významných vědců např. Ivan Petrovič Pavlov, Walter Bradford Cannon, Hans Seley, Richard Lazarus a mnoho dalších. Pojmy eustres a distres zavedl v roce 1975 významný endokrinolog rakousko-maďarského původu Hans Selye (1907-1982). Sám Seleye studoval lékařství v Praze na Univerzitě Karlově. Seleye definuje stres takto: „Stres je stav. Projevuje se specifickým syndromem, který sestává ze všech nesespecificky navozených změn uvnitř biologického systému“ (Selye, 1984, str.70). Tento vědec již v roce 1936 jako první vytvořil model stresu - General Adoption syndrom (GAS), ve kterém popisuje průběh stresové reakce. Na počátku objevení syndromu, stály pokusy na zvířatech, kterým aplikoval pohlavní hormony, izolované z vaječníků a placenty. Při pozdějším zkoumání vlivu těchto hormonů si všiml stále stejných změn, které vykazovaly určité orgány. Jednalo se o zvětšení kůry nadledvin, zmenšení (atrofii) brzlíku, sleziny, lymfatických uzlin a všech ostatních lymfatických orgánů v těle. V krevním obraze pozoroval lymfocytopenii a pokles nebo téměř vymizení eozinofilů. Dále Seleye pozoroval vznik velkých krvácejících vředů ve vnitřní stěně žaludku a v duodenu. Rozsah změn byla úměrná množství aplikované látky. Později Seleye zjistil, že stejné změny způsobuje i aplikace extraktu z hypofýzy, ledvin, sleziny a všech dalších orgánů, dále podání adrenalinu a inzulínu. Tyto změny nazval jako nespecifické reakce těla na poškození různého druhu. Všeobecný adaptační syndrom rozdělil do tří fází. První je fáze poplachová, následuje stadium rezistence a poslední, třetí fáze je označena jako stadium vyčerpání.

Neustálé posuzování, srovnávání výkonu se spolupracovníky a touha po odvádění dokonalých výsledků může působit frustraci. Frustrace je definována jako stav zklamání, zmaření touhy, zabránění, překážení. Jde o stav, při kterém dochází k neuspokojování potřeb nebo přání, které může mít vliv na zdraví člověka. Je-li člověk frustrován dlouhodobě a významně strádá, může dojít ke stavu deprivace. Deprivace má z hlediska vývoje osobnosti člověka zásadnější dopad a projevy než frustrace (Bedrnová a kol.,2012, s.234). Mezi základní druhy deprivace patří deprivace

senzorická, deprivace citová (emocionální), deprivace sociální a deprivace základních biologických potřeb.

2.2.3 Stresory

Faktory, které ovlivňují míru stresu nazýváme stresory. Stresor může být jeden, ale na jedince může v danou chvíli působit stresorů více. Stresory jsou negativní životní faktory (Venglářová, 2011, s.50), mohou být malé, tzv. ministresory, ale i velké, tzv. makrostresory. Stresor může na člověka působit krátkodobě nebo dlouhodobě.

Faktory fyzikální: prudké světlo, hluk, vibrace, vystavení působení cytostatik, rentgenovému záření apod.

Fyziologické faktory: nedostatek pohybu, nevhodné zásady racionální výživy, přetěžování pohybového aparátu.

Psychické faktory: pracovní zatížení, odpovědnost, nesplněná očekávání.

Sociální faktory: osobní vztahy, organizace práce, perspektivní práce.

Traumatické faktory: události jako narození dítěte, sňatek, úmrtí, závažné onemocnění.

Vznik stresu v dětském věku: týrané a zneužívané děti, závislosti v rodině, vysoké ambice rodičů ve vztahu k dítěti (Venglářová, 2011, s.52).

Příznaky stresu:

Behaviorální příznaky: nerozhodnost, změněný denní rytmus (problémy s usínáním a spaním, pozdní vstávání spojené s pocitem únavy), neustálé stěžování si, změny ve vztahu k potravě, snížená pozornost, ztráta chuti do práce, zhoršuje se kvalita poskytované péče, snaha vyhnout se úkolům, zvýšená absence, nemocnost, zvýšené množství vykouřených cigaret u kuřáků, zvýšená konzumace alkoholu.

Psychické příznaky: prudké a výrazné změny nálady (od euforie až k velkému smutku) zvýšená podrážděnost (iritabilita), úzkostnost (anxiozita), nadměrné pocity únavy, stažení se z aktivního sociálního styku, „zmrazení“ emocionálních postojů k sobě i druhým lidem.

Fyziologické příznaky: bušení srdce (palpitace), zvýšené svalové napětí, bolesti hlavy, bolesti a pocity svírání za hrudní kostí, bolesti břicha, plynatost, průjem, nechutenství, u žen poruchy v menstruačním cyklu, zhoršení sexuální touhy, impotence, nepříjemné pocity v krku, časté nucení na močení apod.

Stres se nemalou měrou může podílet na vzniku většiny onemocnění. Ruský psychiatr V. L. Levi uvádí: „*Není pochyb o tom, že stresy mohou urychlit anginu pectoris, srdeční arytmií, srdeční selhání, infarkt myokardu a srdeční mrtvici těch lidí, kteří již mají kardiovaskulární chorobu*“ (in Venglářová a kol., 2011, s.61).

Stres má negativní vliv na:

- **kardiovaskulární systém:** vznik a vývoj hypertenze; koronárních chorob apod.;
- **gastrointestinální systém:** vznik žaludečních a dvanácterníkových vředů, dráždivý syndrom střeva apod.;
- **imunitní systém:** zvýšená unavitelnost, náchylnost k nemocem apod.;
- **urogenitální systém:** časté nucení na močení, impotence apod.;
- **svalový systém:** bolesti v bederní oblasti, za krkem, bolesti hlavy apod.;
- **dýchací systém:** dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma apod.;
- **dermatologický systém:** ekzémy, alergie, furunkly, abscesy apod.

(Venglářová, 2011, s.61-62)

Zvládání stresové situace: Pojmem „ *coping*“ se rozumí zvládnutí působícího stresoru, tj. nasazení všech sil k boji, aby člověk zvládl nadlimitní zátěž, které je vystaven (Venglářová, 2011). Velký podíl na zvládání stresu mají individuální osobní zdroje jedince a pomoc a podpora okolí.

R.S. Lazarus (1966) klade důraz při zvládání stresu na čtyři skutečnosti: 1) Zvládání není jednorázovou záležitostí, je to dynamický proces. 2) Zvládání není automatickou reakcí. 3) Zvládání vyžaduje určitou (vědomou) snahu a námahu jednající osoby. 4) Zvládání je snahou řídit dění („ukočírovat je“). Podle Lazaruse jsou dobrý

zdravotní stav, dostatek síly a pozitivní postoj, dalšími pozitivními faktory, které pomáhají jednotlivci vyrovnat se se stresem (cit. dle Křivohlavý, 2003).

2.2.4 Osobnost a stres

Friedman a Rosenman v 70. letech poukázali na vliv určitého stylu chování na vznik typického onemocnění pro daný typ osobnosti (Štikar a kol., 2003).

Osobnost typu A: ctižádostivá, netrpělivá, silně orientovaná na výkon, perfekcionistická. Uvažuje v extrémech, vše chce mít dokonalé, nejlepší. Vnitřní neklid a napětí nemusí být vždy na první dojem patrné, mohou působit naprosto klidně a sebevědomě. Osobnost typu A je náchylná ke vzniku infarktu myokardu a mozkovému infarktu.

Osobnost typu B: ve stresových situacích jedná pomaleji, dokáže získat nadhled, věci nebere tak vážně, je rozvážná. Zachovává si chladnou hlavu, pracuje pomalu, stanoví si priority. Dokáže relaxovat, odpočívat, nemá potřebu být první a dokonalý.

Osobnost typu C: vyznačuje se nedostatkem osobní autonomie, tendence vyhýbat se konfliktům, na určité stresové události je neschopna projevit emoční reakce, tendence k popírání vlastních potřeb.

Osobnost typu D: (distress personality): má snížené reakce na stresové podněty, negativní emoce prožívá intenzivně, ale nedochází k jejich ventilaci směrem ven. Tito lidé bývají trvale nešťastné, úzkostné se sklonem k depresím, je prokázána větší úmrtnost na kardiovaskulární i jiné choroby (Šimon, 2004).

Salutory jsou označovány faktory, které působí na psychiku člověka pozitivně. Salutory pomáhají jednotlivci zvládat náročné životní situace, dodávají mu sílu, odvalu k boji a dalšímu vyrovnávání se se stresovou situací. Ideální stav je ten, kdy jsou stresory i salutory v rovnováze (Venglářová, 2011, s.53). Salutorem může být pochvala, uznání či ocenění za dobře vykonanou práci. V psychologické literatuře se také můžeme setkat s pojmem „uplifts“, který znamená posily. Posilou může být myšlena pozitivní sociální podpora od jiného člověka, pozitivní zprávy apod.

2.3 Organizační faktory práce

2.3.1 Pojem organizace

Organizaci definuje Schein takto: „*Organizace je racionální koordinace činností určitého počtu lidí k dosažení určitého společného účelu nebo cíle na základě dělby práce a funkcí a na základě hierarchie autority a odpovědnosti* (Schein, 1985, s.15)“. Zítková označuje organizaci jako formální skupinu osob, která vznikla za účelem koordinace společných a cílených aktivit většího počtu lidí (Zítková a kol.,2015,s.31). Proč vznikla organizace? Lidé si velmi dobře uvědomili, že jedinec není sám schopen uskutečnit všechny své potřeby a přání, protože nemá dostatek schopností, vědomostí, zkušeností a vytrvalosti. Právě spojením těchto vlastností s ostatními lidmi je možné své touhy, potřeby a přání naplnit. Kooperací a týmovou spoluprací jsou lidé schopni nejenom zadané úkoly dokončit rychleji, ale také kvalitněji (Schein, 1985, str.13).

Dle Scheina (1989,s.14) existuje několik základních myšlenek v pojetí organizace, idea o koordinaci úsilí při vzájemné pomoci, idea o dosažení určitých společných cílů nebo účelu pomocí koordinace činností, idea dělby práce (podle schopností, dovedností, zájmu) a neméně důležitá je idea hierarchie autority (kontrola, vedení, řízení). Autorita koordinuje jednotlivé činnosti k dosažení stanovených cílů řízením pracovníků, rozdělováním pracovních úkolů a určováním, kdo a v jakém rozsahu je za provedení úkolů odpovědný. Organizace mají často problém získat lidské zdroje pro určité specifické činnosti a efektivně využívat potenciálu a schopností každého pracovníka. Ohled na individuální potřeby každého pracovníka, to že organizace získá kvalitního pracovníka na určitou pozici, neznamená automaticky naplnění potřeb i pro pracovníka. Vyhledávání talentů a jejich další profesní rozvoj by měl být strategickým plánem organizace. Má-li organizace problém se získáváním a udržováním pracovníků má zpravidla i problém s motivací pracovníků. „*Organizace je určitým omezováním svobody, limitováním individualismu a to v zájmu celku* (Pauknerová, 2012)“. Organizace by měla podporovat a umožňovat jednotlivým pracovníkům uplatňovat své individuální schopnosti a dovednosti. Organizace se neustále mění, může být jednoduchá, ale i složitá, uspořádaná i neuspořádaná (Mikuláščík,2015, s.202). U velkých organizací je potřeba zajistit adekvátní způsob komunikace mezi vedením a zaměstnanci. Není výjimkou, kdy manažeři velkých

organizací řídí své podřízené zaměstnance, které nikdy nepotkali a ani nepotkají. Komunikace mezi zaměstnanci a manažery by měla být otevřená, přímá a jasná, aby nedocházelo k desinformacím, chybám a separaci některých pracovníků. Výsledek společné práce také velmi ovlivňuje schopnost či naopak neschopnost managementu organizaci úspěšně vést, rozvíjet, stanovovat dosažitelné cíle a vize.

2.3.2 Pracovní doba a doba odpočinku

Pracovní dobu zaměstnance určuje zaměstnavatel, délka směny nesmí přesáhnout 12 hodin. Během pracovní doby je zaměstnanec povinen vykonávat pracovní činnosti, které vycházejí z pracovní smlouvy a pracovní náplně. Podle Zákona č.262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění je pracovní doba definována jako doba, po kterou je zaměstnanec připraven na výkon práce podle pokynů zaměstnavatele na svém pracovišti. Mezi jednotlivými směnami musí zaměstnavatel zaměstnanci umožnit minimálně osmihodinový odpočinek. Zaměstnavatel je povinen vyhotovit rozpis služeb písemně. Dále je zaměstnavatel povinen s tímto rozpisem zaměstnance seznámit nejpozději dva týdny před začátkem období, na které se tento rozpis vztahuje, není-li dohodnuto jinak. Při plánování směn je s výhodou, pokud zaměstnavatel zohlední vzdálenost bydliště zaměstnance a také rodinnou situaci.

Zaměstnanec má po odpracování šesti hodin nepřetržité práce nárok na přestávku na jídlo a oddech v délce trvání třiceti minut, mladistvému zaměstnanci (osobě mladší 18 let) musí být tato přestávka umožněna nejdéle po 4,5 hodinách nepřetržité práce. Přestávka na jídlo a oddech může být rozvržena do několika částí, nesmí být kratší 15 minut a neposkytuje se na začátku a konci pracovní doby (přestávkami nelze zkracovat pracovní dobu). Poskytnuté přestávky se nezapočítávají do pracovní doby. Nepřetržitý provoz, který neumožní zaměstnanci práci přerušit, musí být poskytnuta přiměřená doba na oddech a jídlo, tato doba se započítává do pracovní doby.

2.3.3 Mezilidské vztahy na pracovišti

V zaměstnání trávíme většinu svého života a nemáme vždy možnost si své spolupracovníky vybírat podle našich kritérií. Po nástupu do zaměstnání se můžeme stát součástí pracovní skupiny nebo týmu. V pracovní skupině má každý člen přidělenou svoji pracovní roli, za zastávání této role je odpovědný vedoucímu skupiny. Tým je skupina lidí aktivně spolupracující na společném cíli. Členové týmu vzájemně spolupracují, snaží se svými aktivitami pomáhat ostatním a společně tak plnit úkoly (Hayes, 2002).

Týmová práce vyžaduje schopnost spolupracovat, komunikovat, ochotu naslouchat, uznat argument, řešit problém, zdůvodňovat a hodnotit, učinit kompromis. Uplatňování týmové práce vede ke zvyšování úrovně vnitřních vztahů, k provázanosti a následnosti péče, ke zvýšení její kvality a efektivnosti (Bártlová, 2010, str.93).

Dobré vztahy s kolegy se odvíjí od dobrých komunikačních dovedností. Respekt, férové jednání s ostatními, pozitivní zpětná vazba, schopnost kompromisu, spolupráce a aktivní naslouchání jsou velmi důležitými aspekty solidních profesních vztahů (Špatenková, Králová, 2009, s.43).

Výborný manažer si je vědom faktu, že pro každého jedince je v týmu místo. Právě osobnost manažera se významnou měrou podílí na úspěšnosti celého týmu či skupiny a dosahování nejenom perfektního splnění zadaných úkolů, ale také na pracovní spokojenosti zaměstnanců.

Zdravotnický tým má svá specifika, která vychází z historického postavení lékařů a sester. Lékař byl vždy chápán v hierarchii zdravotnických pracovníků na nejvyšším místě. V současné době se tento model mění a na některých pracovištích lze pozorovat výborně fungující tým sester a lékařů. Pracovní atmosféra na těchto odděleních je přátelská, členové týmu si důvěřují a komunikace je otevřená. V nepřátelském pracovním prostředí se mohou vyskytovat osobní útoky spolupracovníků, ponižování či zesměšňování. Situace může vyústit až na úroveň mobbingu nebo šikany. Pro pracovníka je velmi obtížné v takovém pracovním kolektivu nadále setrvávat a raději z organizace odchází (Bártlová a kol.,2010).

2.3.4 Komunikace

Základem úspěšného týmu je otevřená a efektivní komunikace. „*Není možné nekomunikovat*“ je jedním z nejznámějších výroků Paula Watzlawicka, předního teoretika komunikace (Bedrnová a kol.,2012, sr.315). Velmi důležitým faktorem je také ochota komunikovat. Správné a kompletní informace by měli mít všichni členové týmu, tímto způsobem dochází k eliminaci pochybení a omylů. Informace by měly být poskytovány pravidelně, relevantně, adresně a včas (Armstrong,Taylor,2015, s.501). Poskytováním informací prokazuje nadřazený respekt ke svým zaměstnancům (Venglářová, 2011). Důležitým faktorem je také volba komunikačního kanálu, množství, přehlednost a aktuálnost poskytovaných informací. V dnešním moderním světě plném různých technologií je snaha využívat právě tato moderní zařízení. Zpětná vazba, kterou dochází k ověření správnosti pochopení informace je naprosto nezbytná a jistě přispívá nemalou měrou k vytvoření důvěry a pozitivní atmosféry na pracovišti. Problémy v komunikaci mohou vycházet právě z neochoty komunikovat, získávat nové informace, nedůvěry ve vedoucí pracovníky nebo narušených mezilidských vztahů či soupeření mezi spolupracovníky. Ve skupině může dojít k situaci, kdy jsou informace podávány úmyslně neúplně, nepravdivě nebo zkráceně.

Velký význam má komunikace především v informování zaměstnanců o cílech, plánech, strategiích, výsledcích organizace, ale i o změnách, které se mohou týkat změny pracovních postupů, nákupu nového zařízení apod. Zaměstnanci musí znát důvody změn a jejich následný vliv na jednotlivce (nutnost absolvování vzdělávacích kurzů, školení) a měli by mít možnost se k plánovaným změnám vyjádřit.

2.3.5 Motivace

Motivace zaměstnanců je v dnešní době považována za klíčový prostředek při zvyšování výkonnosti a efektivity práce. Někteří zaměstnanci umí ve své práci využít sebemotivaci, chtějí dosahovat nejlepších výsledků a zvyšovat své znalosti. Tito zaměstnanci představují pro organizaci velký potenciál. Motivací k vyšším výkonům může být pro zaměstnance finanční, ale i nefinanční odměna.

Mnohé výzkumy dokazují, že finanční motivace sice působí pozitivně na výkon zaměstnanců, ale tento efekt je pouze krátkodobý (Štikar,2003). Dále je potřeba si

uvědomit, že motivační složky jsou pro každého individuální a nepůsobí na každého stejně. „*Umět motivovat je velmi obtížné, ale je to nezbytné a velmi efektivní* (Mikuláščík,2007, s.144)“.

Motivy neboli pohnutky jsou veškeré potřeby, pudy, zájmy, sklony, postoje, vztahy a tendence. Velmi ovlivňují chování a jednání člověka, který se snaží právě pomocí motivů tyto potřeby uspokojit. Zpravidla nelze uspokojit všechny potřeby najednou, a proto dochází k postupnému uspokojování. „*Motivy jsou všechny síly, které přímo či nepřímo uvádějí naše chování do pohybu – proto bývají také nazývány dynamickými rysy či tendencemi* (Schein, 1989)“. Motivy mohou být chápány jako uvědomělé podněty vyvolávající uspokojení potřeb (Zvolský,2006, s.114). Správně motivovaný pracovník pracuje efektivně, pečlivěji, práce jej těší, pomáhá zlepšovat práci, vykazuje lepší systém vlastní kontroly práce i pracovní výsledky. Nedostatečně motivovaný (demotivovaný) pracovník pracuje velmi často pouze pod přímým vedením, chybí svědomitost, vůle, ochota získávat nové znalosti, což může být způsobeno nesprávným výběrem povolání, ale také vyskytujícími se konflikty na pracovišti nebo nedostatečným finančním ohodnocení. Na motivy působí incentivy (pobídky). Incentivy jsou hmotné i nehmotné stimulační pobídky, které vyvolávají nebo zesilují motivaci (Bedrnová,2012). Problémem se může stát i nepřiměřeně vysoká motivace, tzv.přemotivovanost, která může paradoxně vést k chybám a snižování pracovní výkonnosti (Urban,2017).

2.3.6 Konflikty

Slovo konflikt pochází z latinského *conflictus* (srazit se spolu). Konflikt je definován jako srážka dvou nebo více stran, které se nechtějí nebo nemohou dohodnout. Konflikty jsou nedílnou součástí lidského života, pro organizaci znamenají konflikty přirozený způsob růstu a prevenci stagnace. Podle Bedrnové (2012) konflikt znamená střet dvou nebo více navzájem se vylučujících nebo protichůdných sil (Bedrnová, 2012, s.365). Dle Špatenkové,2009, s.43, konflikty zabraňují stagnaci vztahů, podněcují věcné řešení problémů, zhodnocují vztahy a uvolňují napětí.

Konflikt může být vnitřní (intrapersonální), týkající se jednotlivce, kdy dochází k rozporu mezi vnitřními názory a pocity. Konflikt vnější (interpersonální) vzniká nejčastěji mezi dvěma osobami či skupinami. Konflikty podle Kurt-Lewina lze rozdělit

do tří modelů. První model – člověk stojí mezi dvěma kladnými silami (oba cíle jsou stejně zajímavé, ale nelze jich dosáhnout naráz). Druhý model – konflikt dvou záporných sil (vykonat nepříjemný úkol, který vykonat nechci anebo raději přijmout trest za nevykonání výkonu). Třetí model – konflikt má kladný i záporný cíl (abychom dosáhli vytouženého cíle, musíme nejprve překonat překážky). Reakce na konflikt je podmíněna stresem a postojem k situaci. Velmi záleží také na tom, zda účastníci konfliktu mají zájem na to, aby se vzniklá situace vyřešila.

Dělení konfliktů podle počtu osob, kterých se týká: 1) intrapsychické (vnitřní konflikt); 2) interpersonální (mezi dvěma osobami, tzv. dyadické konflikty); 3) skupinové konflikty (uvnitř skupiny lidí); 4) meziskupinové; 5) konflikt mezi jedincem a skupinou (Bedrnová,2012, s.365).

Konflikty dle různých typů: 1) konflikt cílů (existuje několik nesourodých cílů); 2) konflikt rolí (chování může být v rozporu s očekáváním okolí); 3) vnitroorganizační konflikt (Bedrnová,2012, s.366).

Konflikty mohou být mobilizující nebo demobilizující. Mobilizující konflikty představují hybný motor pro organizaci. Velký problém představují konflikty mezi členy týmu. Mohou se vyskytovat konflikty mezi sestrou-sestra, sestrou-lékař, sestrou-pacient. Atmosféru na pracovišti mohou konflikty s lékaři nepříznivě ovlivnit a nemalou měrou se mohou podílet i na pracovní spokojenosti a nespokojenosti (Bártlová,2010).

2.3.7 Monotónní práce

Monotónní práce je definována jako vykonávání jednotvárných opakujících se a snadno nacvičených činností. Tyto činnosti se postupně stávají pro pracovníka stresorem. Vyvolávají útlum centrální nervové soustavy, dochází k provádění úkonů pouze automaticky. Snižuje se pozornost pracovníka, dochází k rychlé únavě, duševní otupělosti, depresím, zvyšováním chybovosti i pocitům beznaděje. Svou úlohu může monotónní práce sehrát i na rozvoji syndromu vyhoření. Monotónnost práce se projevuje nejenom v oblasti psychické, ale i tělesné. Monotónní práce vede k opakovanému zatěžování až přetěžování určitých svalových skupin -bursitidy, syndrom karpálního tunelu, epikondylitidy apod. (Štikar a kol., 2003, s.54).

2.3.8 Sociální skupina

Vlivy sociálního prostředí hrají podstatnou roli při utváření osobnosti člověka. Člověk je prakticky v neustálé sociální interakci s ostatními lidmi, má touhu někam patřit, být součástí týmu, realizovat svá očekávání a využít v pracovním procesu svých znalostí a dovedností. Úroveň komunikace v týmu velkou měrou ovlivňuje pracovní výsledek. Sociální interakce je definována jako vzájemné působení mezi jednotlivci, jednotlivcem a sociální skupinou, sociálními skupinami. Manželé M. a C. W. Sherifovy (Pauknerová, 2012, s. 109) definují skupinu takto: „*Skupina je sociální jednotka, která sestává z určitého počtu individuí zaujímajících vztahy jeden k druhému ve více či méně definovaném statusu a roli a která udržuje soubor hodnot nebo norem regulujících chování individuálních členů, alespoň v záležitostech týkajících se skupiny*“ (cit. podle Nakonečný, 1970). Formou sociální skupiny na pracovišti mohou být pracovní skupiny (Work Group) nebo pracovní tým (Work Team). V pracovním prostředí se utváří formální i neformální vztahy. Již Gordon Willard Allport v roce 1920 prokázal, že výkon jednotlivce je ovlivňován skupinovou situací. Pracuje-li jedinec v přítomnosti jiných jedinců, podává vždy lepší výkon. Tento poznatek G.W. Allport nazval jako sociální přírůstek. Velmi zajímavý je poznatek, který tvrdí, že jedinec vykonává jednodušší (rutinní) činnost v sociální situaci lépe, než když pracuje beze svědků. Naopak úkony složitější nevykonává jedinec v sociální situaci tak kvalitně, jak by je vykonával beze svědků (Mikuláščík, 2009)

2.3.9 Pracovní skupina

V pracovní skupině se vytváří struktura sociálních (profesních) pozic a rolí. Pracovní skupinu tvoří skupina lidí jednoho pracoviště, spjatých společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením (Bedrnová a kol., 2012). Jednotlivý člen této skupiny má jasně vymezenou pozici. Tato pozice by měla odpovídat nejenom potřebám skupiny, ale především individuálním charakteristikám jedince. Pracovník plní ve skupině sociální (pracovní) roli. Pracovní roli se rozumí očekávané určité chování jedince nacházejícího se v určité sociální (profesní) pozici (Pauknerová, 2012, s. 110).

Základními znaky pracovní skupiny jsou dle Bedrnové (2012): Společné cíle, které oddělují skupinu od okolí. Společná činnost, s jejíž pomocí směřuje skupina k realizaci těchto cílů. Vnitřní struktura pracovních pozic a rolí. Časté vzájemné osobní kontakty mezi spolupracovníky. Relativně trvalé sociální vztahy. Společné pracoviště. Vědomí příslušnosti ke skupině.

Pracovní skupina je většinou ustanovena za účelem splnění úkolů, kdy každý jednotlivec má vymezenou pracovní pozici. Pracovní pozice vyjadřuje jeho objektivní postavení v této pracovní skupině a odvíjí se od popisu vykonávané práce a souhrnu práv a povinností, které skupina, podnik či instituce tomuto pracovníkovi určila (Bedrnová a kol., 2012).

Vedoucí pracovníci by měli věnovat dostatečnou pozornost i potřebám zaměstnanců, zvyšovat loajalitu svých podřízených, motivovat je. Vládne-li v organizaci nepohoda, stres, frustrace, může dojít a často také dochází k situaci, kdy se pracovníci sdružují do skupin, ve kterých si vytvářejí své vlastní normy, které mohou být naprosto odlišné od vize organizace. Dochází ke snížení produktivity práce a zvyšování nespokojenosti pracovníků (Bedrnová a kol., 2012).

2.3.10 Organizační kultura

„Pojem kultura je široký, mezioborový pojem, označující sdílený a naučený způsob myšlení, cítění a chování, který vzniká v důsledku adaptace sociálních skupin na vnější podmínky a jako účinný nástroj zvládnání těchto podmínek je v rámci sociálních skupin předávána (Lukášová, 2010, s.12)“.

Organizační kultura představuje určitý způsob chování, jednání, komunikace, norem, zvyků, hodnot a určených způsobů řešení konfliktů. Kulturu tvoří zakladatelé, management, zaměstnanci, ale také zákazníci (pacienti). Zdravá organizační kultura má velký vliv na rozvoj i budoucnost nejenom organizace, ale i zaměstnanců. Bez jasné vize nelze realizovat program kontinuálního zvyšování kvality, zlepšovat produktivitu práce a pružně a efektivně reagovat na změny technologických, marketingových, politických, finančních a sociálních podmínek (Škrála, 2003). Organizace by neměla podcenit lidský faktor – lidské zdroje, právě lidé představují pro organizaci největší potenciál. Nově příchozí pracovník vstupuje do organizace s vlastním způsobem

myšlení, komunikace, chováním a jednáním i stylem práce. Vhodným výběrem pracovníka, který sdílí stejné hodnoty s organizační kulturou podniku či institucí, dochází k následnému upevňování a podpoře této kultury. Definice organizační kultury existuje několik, Škrla definuje organizační kulturu takto: „*Organizační kultura je komplexní záležitost. Nelze ji snadno vytvořit nebo změnit. Stejně jako má každý člověk nezaměnitelný otisk prstů, každá organizace, každé oddělení má specifickou organizační kulturu*“ (Škrla,2003, s.318).

Organizační kultura by se neměla vyvíjet živelně, bez kontroly. Všeobecně je kultura vnímána jako velmi stabilní a odolná vůči změně. Změna podmínek vede k nutnosti adaptovat se na nově vzniklou situaci a najít takové způsoby chování, které umožní skupině i nadále efektivně spolupracovat. Některé organizace provádějí po určité době zhodnocení své organizační kultury a společně hledají nové optimální řešení pro rozvoj a podporu. Další instituce či podniky se mohou inspirovat z úspěchu jiných firem a přejímat tyto vzorce (tzv. know-how). Existují situace, kdy se silná osobnost jedince může pokusit organizační kulturu změnit a tímto způsobem ji přizpůsobit podle svých vlastních požadavků a potřeb. Má-li tento jedinec potřebné charisma a respekt ostatních zaměstnanců, může se změna podařit. Organizace se slabou nebo žádnou organizační kulturou je odsouzena k zániku. Nesplní-li organizace očekávání pracovníka, následuje odchod z organizace.

„*Pracovní výkon je ovlivněn celou řadou okolností. Je možno je rozdělit na okolnosti působící z vnějšího prostředí a na osobnostní předpoklady pracovníka* (Mikuláščík,2009, s.270)“. Pracovní výkon se v průběhu času mění. Významný vliv na pracovní výkonnost mají také předpoklady (způsobilost) pro danou činnost. Pracovní výkon celé organizace i jednotlivce je významnou měrou ovlivňován managementem, a to převážně liniiovými manažery. Pozitivní, motivující a na potřeby zaměstnanců zaměřená organizační kultura vytváří prostředí, kdy pracovníci pracují aktivněji, vynakládají větší iniciativu, více se angažují, jsou loajální vůči organizaci a nebojí se být zodpovědní za své rozhodnutí a vykonanou pracovní činnost. Normy a vzorce chování skupiny mají na jednotlivce významný vliv, umožňují jednotlivci snížit nejistotu ve skupině, zvýšit emocionální pohodu a spokojenost. Pracovní výkon během směny kolísá a je ovlivňován několika okolnostmi. Mezi vnější okolnosti patří systém organizace a řízení, vybavení pracoviště a pracovní prostředí, technologie pracovních postupů a zpracovávaný materiál, motivační podněty, mezilidské vztahy a sociální prostředí (Mikuláščík, 2009).

Zdravotní stav, odborná připravenost, motivace, tělesné, morální, charakterové a psychické schopnosti jsou dalšími neméně důležitými faktory, které ovlivňují pracovní výkon ve smyslu kvality a kvantity práce. S rostoucí náročností a složitostí práce úměrně rostou požadavky na pracovní profil a zkušenosti pracovníka (Mikuláščík, 2009).

2.3.11 Organizační faktory

„Organizace je racionální koordinace činností určitého počtu lidí k dosažení určitého společného účelu nebo cíle na základě dělby práce a funkcí a na základě hierarchie autority a odpovědnosti (Schein, 1985“). Proč vznikla organizace? Lidé si velmi dobře uvědomili, že jedinec není sám schopen uskutečnit všechny své potřeby a přání, protože nemá dostatek schopností, vědomostí, zkušeností a vytrvalosti. Právě spojením těchto vlastností s ostatními lidmi je možné své touhy, potřeby a přání naplnit. Kooperací a týmovou spoluprací jsou lidé schopni nejenom zadané úkoly dokončit rychleji, ale také kvalitněji. Dle Scheina je jednou ze základních myšlenek v pojetí organizace idea o koordinaci úsilí při vzájemné pomoci, idea o dosažení určitých společných cílů nebo účelu, dělba práce (podle schopností, dovedností, zájmu), hierarchie autority (kontrola, vedení, řízení). Tato autorita právě rozděluje a rozepisuje, kdo je za co odpovědný. Organizace mají často problém získat lidské zdroje pro určité specifické činnosti a efektivně využívat potenciálu a schopností každého pracovníka. Ohled na individuální potřeby každého pracovníka, to že organizace získá kvalitního pracovníka na určitou pozici, neznamená automaticky naplnění potřeb i pro pracovníka. Pokud má organizace problém se získáváním a udržením pracovníků má zpravidla i problém s motivací pracovníků. *„Organizace je určitým omezováním svobody, limitováním individualismu, a to v zájmu celku (Pauknerová, 2012)“.*

Organizace by měla podporovat a umožňovat jednotlivým pracovníkům uplatňovat své individuální schopnosti a dovednosti. Organizace se neustále mění, může být jednoduchá, ale i složitá, uspořádaná i neuspořádaná. U velkých organizací je potřeba zajistit adekvátní způsob komunikace mezi vedením a zaměstnanci. Není výjimkou, kdy manažeři velkých organizací řídí své podřízené zaměstnance, které nikdy nepotkali a ani nepotkají. Komunikace mezi zaměstnanci a manažery by měla být

otevřená, přímá a jasná, aby nedocházelo k desinformacím, chybám a separaci některých pracovníků. Výsledek společné práce také velmi ovlivňuje schopnost či naopak neschopnost managementu organizaci úspěšně vést, rozvíjet, stanovovat dosažitelné cíle a vize (Mikuláščík,2009).

Výzkumy v USA ukázaly, že chudé organizační klima a vysoká pracovní zátěž sester vede k vyšší míře úrazovosti a poranění jehlou (Aiken et al.,2002).

2.3.12 Směnnost

Zaměstnavatel je povinen od ledna 2012 evidovat začátek i konec pracovní doby, noční směny, přesčasy a přestávky. Sestry ve směnném provozu obvykle pracují ve dvanácti hodinových směnách. Týdenní průměrná pracovní doba činí 38,75 hodin. Dle Zákoníku práce je zaměstnavatel povinen zaměstnanci po šesti hodinách práce poskytnout odpočinek v délce třiceti minut. Zaměstnavatel by měl umožnit zaměstnanci po tuto dobu opustit pracoviště nebo trávit tuto bezpečnostní přestávku v určené místnosti. Přestávku nelze čerpat na začátku nebo konci pracovní doby. Není-li zákonem určeno jinak, tato přestávka se nezapočítává do pracovní doby. Zaměstnavatel je povinen umožnit zaměstnanci mezi jednotlivými směnami minimálně 11 hodinový nepřetržitý odpočinek. Dle Zákoníku práce je možné tuto dobu zkrátit na 8 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích zaměstnanci staršímu 18 let a za podmínky, že následující odpočinek mu bude o tuto dobu prodloužen. K této situaci by se měl manažer uchýlovat pouze ve výjimečných případech, stejně jako v případě nařizování práce přesčas. Management by měl disponovat dostatečným počtem způsobilých pracovníků. V současné době dochází k trendu snižování pracovních úvazků na různé úrovně. Poloviční úvazky zpravidla využívají sestry, které mají rodiny nebo sestry, které se rozhodly pro zvýšení kvalifikace dalším studiem. Pozornost byla také věnována délce pracovní směny u zdravotníků a jejímu vlivu na spokojenost sester, syndromu vyhoření a záměru opustit pracovní pozici (Dall’Ora et kol.,2015). Australská studie (Ferguson, Dawson,2012) se zabývala otázkou, zda je vhodnější délka pracovní doby osm nebo dvanáct hodin. Směnný provoz s sebou nese poruchy cirkadiánního rytmu, který je narušován především nutností noční práce. Jiráček a Vašína (2009, s.97) uvádějí, že vlivem směnného provozu dochází k narušení fyziologických pochodů organismu,

protože dochází k nesouladu mezi přirozenou tendencí k útlumu fyzických i psychických funkcí a požadavkům na zvýšenou fyzickou a psychickou aktivitu. Někteří zaměstnanci mají problém po noční směně během dne odpočívat a pokrýt spánkový deficit. Tato situace, zvláště pokud se opakuje během několika za sebou následujících nočních směn, může vést k pocitům únavy, spánkové deprivace a k snížení pracovní výkonnosti.

2.3.13 Bezpečnost a ochrana při výkonu práce

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je definována také jako multidisciplinární vědní obor zabývající se nalézáním a uplatňováním metod a prostředků, jejichž cílem je zajistit, aby člověk v pracovním procesu nebyl ohrožován fyzicky ani mentálně (Vévoda, 2013, s. 78).

Základní povinností organizace je zajištění bezpečnosti a ochranných pomůcek pro své zaměstnance. Ochranné pomůcky jsou organizací poskytovány zdarma a v dostatečném množství. Samozřejmě, že by zdravotničtí pracovníci neměli ochrannými pomůckami zbytečně plýtvat. Velkým problémem jsou pracovní úrazy, a to především poranění použitou jehlou. Stále ještě existují pracoviště, kde se vrací na použitou jehlu kryt a teprve poté se celý set likviduje jako infekční materiál. Právě při manipulaci s použitými jehlami, nebo biologickým materiálem je sestra vystavena velkému riziku přenosu infekčních chorob. Každý zaměstnanec by měl být informován na koho se obrátit v případě vzniku úrazu a jak se zachovat dojde-li k poranění použitou jehlou nebo potřísnění biologickým materiálem. Zdravotnická zařízení by se také měla zabývat řízením rizik na pracovišti. Nejprve by tato rizika měla být organizací identifikována, popsána, zhodnoceno procento výskytu a navržena preventivní opatření. Nedodržování bezpečnostních pravidel, tlak na lůžka, zvyšování poměru pacient/sestra nebo porušování pracovních standardů vede ke snižování úrovně poskytované péče, riziku vzniku poškození zdraví pacienta ale i sestry. Právě pracovnímu přetížení sester by měla být věnována dostatečná pozornost. Několik zahraničních studií dokázalo souvislost pracovního přetížení a zvýšeného rizika poranění sestry, vyšší výskyt vzniku pádů pacientů, vyšší procento medikačních omylů, vzniku dekubitů a přenosu nozokomiálních infekcí (Tervo-Heikinen et al., 2008). Sestry by se měly také aktivně

podílet na prevenci vzniku nežádoucích událostí, velmi důležitá je ochota zaměstnanců podávat zprávy o nebezpečných incidentech nebo pochybeních, které se na pracovišti vyskytly (El- Jardali et al, 2011). Management nemocnice by tato hlášení neměl trestat, ale identifikovat faktory vedoucí k této situaci a poučit se do budoucna. Podceňování bezpečnostních opatření a ignorování stávajících pracovních podmínek může být důvodem odchodu sester do jiných zdravotnických zařízení s lepší prevencí těchto rizik. Bohužel ani zdravotníci se ve své práci nevyhnou slovním nebo dokonce fyzickým útokům pacientů. I na tuto problematiku by měl management myslet a zabývat se prevencí těchto událostí.

2.3.14 Pracovní adaptace, výběr pracovníka

Adaptací rozumíme proces, ve kterém je člověk konfrontován se subjektivně (tj. z jeho hlediska) novými nároky a požadavky, které na něj kladou podmínky a okolnosti vnějšího světa. Adaptovanost označuje stav, výsledek adaptačního procesu (Pauknerová, 2012, s.215).

Rymeš definuje adaptaci „jako proces kontinuální interakce člověka s objektivní realitou, v jehož průběhu dochází k aktivní konfrontaci, vybaveného jistým potenciálem, s naléhavostí působení vlivů a podmínek vnějšího světa (Rymeš,1985, s.28)“.

Organizace by měla mít jasně stanovené požadavky na své pracovníky. Výběr by měl být prováděn důsledně jasným definováním pracovní pozice. Bohužel v současné době nedostatku kvalifikovaného zdravotnického personálu se často stává, že je pracovní pozice obsazena pracovníkem, který má sice odbornou způsobilost k výkonu povolání, ale nemá nebo nemusí mít také osobní předpoklady pro tuto pozici. Hugo Münsterberg, psycholog německého původu, který se zabýval psychologií práce a organizace předpokládal, že vzniklé problémy v pracovním prostředí jsou způsobovány především proto, že jednotlivá pracovní místa jsou obsazována pracovníky, kteří nemají odpovídající předpoklady (Pauknerová,2012,s.39). Hugo Münsterberg jako první použil termín psychotechnika ve své knize *Psychologie und Wirtschaftsleben* (psychologie a hospodářský život). Jak uvádí Pauknerová, 2012, na s.40, psychotechnika vedla ke vzniku dnešní poradenské psychologie práce, řeší problémy psychologického výběru pracovníků či poradenského posuzování jejich pracovních předpokladů, přičemž klade důraz na celkový rozbor osobnosti člověka a na možnosti jeho dalšího rozvoje

(personální psychologie). Organizace by měla v tomto případě věnovat dostatečnou a adekvátní pozornost právě adaptačnímu procesu nového pracovníka. Pracovník přichází na pracoviště s jistou představou a očekáváním. Mezi zaměstnavatelem a pracovníkem je uzavřena nejenom pracovní smlouva ale i tzv. psychologická smlouva. Psychologická smlouva je chápána jako nepsaná a nevyřčená vzájemná očekávání zaměstnavatele a pracovníka (Lukášová, 2012). Pracovník je přijímán s předpokladem, že bude pracovat efektivně a oddaně a že se bude ztotožňovat s cíly organizace. Nejsou-li úkoly nebo pracovní povinnosti jasně vymezeny, dochází ke zbytečným nedorozuměním, konfliktům s vedoucím pracovníkem i spolupracovníky, poklesu pracovní výkonnosti a v neposlední řadě i spokojenosti pracovníka (Urban, 2012). Prevencí těchto situací lze dosáhnout přidělením školitele/mentora po dobu zapracovávání pracovníka.

Ve vztahu k práci je možné rozlišit dva základní okruhy adaptace člověka, pracovní adaptaci a sociální adaptaci (Jermář a kol.,2014, s.48). **Pracovní adaptace** je chápána jako přizpůsobení se práci, pracovnímu prostředí, pracovním podmínkám. Úspěšnou pracovní adaptaci významně zvyšuje odborná příprava (zácvik, školení, kurzy, další vzdělávání). **Sociální adaptace** znamená začlenění pracovníka do pracovní skupiny a přizpůsobení se jejím normám, zvykům, postojům, hodnotám, tradicím a požadavkům.

Pracovní i sociální adaptace neprobíhá u všech pracovníků identickým způsobem. Důležité jsou vnitřní a vnější faktory, které mohou adaptaci ulehčovat nebo ji naopak činit složitější a náročnější. Mezi **vnitřní faktory** patří odborná připravenost (dosažené vědomosti, znalosti, dovednosti), charakterové a morální vlastnosti, motivovanost, fyzická a psychická odolnost, osobní návyky, normy, hodnoty a postoje. **Vnější faktory** zahrnují fyzické podmínky práce (osvětlení, hluchost, vibrace), vedení pracovníků a způsob řízení lidských zdrojů, sociální klima v pracovní skupině, technické a hygienické vybavení pracoviště apod.

Při žádné nebo špatné adaptaci dochází u pracovníků ke vzniku nespokojenosti, pocitům zklamání, pasivitě, snižuje se motivace, zvyšuje se fluktuace na pracovišti a v extrémním případě může docházet ke kontraproduktivnímu jednání pracovníků (Jermář a kol.,2015, str.48).

2.3.15 Fyzická zátěž

Fyzická či tělesná pracovní zátěž je pracovní zátěží pohybového, kardiovaskulárního a respiračního systému s odrazem v látkové přeměně (metabolismu) a termoregulaci lidského těla (Malý a kol.,2010, s.98).

Sestry, pracující na lůžkových oddělení jsou vystaveny fyzické zátěži v mnohem větší míře než sestry v ambulantních provozech (Vévoda,2013, s.86). Míra fyzické zátěže je určována typem oddělení, aktuálními potřebami pacientů a jejich zdravotním stavem. Vyšší míra fyzické zátěže se vyskytuje na odděleních, kde jsou hospitalizováni částečně nebo zcela imobilní pacienti s deficitem v oblasti sebekpěče (osobní hygieně, polohování, rehabilitační cvičení). Specifické z tohoto hlediska jsou oddělení následné péče, specializované rehabilitační ústavy. Nadměrná zátěž může vést k rupturám svalů a šlach, poškození periferních kloubů, nejčastěji kloubu kolenního a kyčelního (Jirák, Vašina, 2009, s.98). Velmi často dochází u sester k bolestem zad, z důvodu chronického přetěžování bederní krajiny a poškození obratlů L5/S1. Při opakované a nesprávné manipulaci s pacientem může dojít u sester ke zvyšování nitrobršního tlaku, který může vést k poškození závěsného aparátu dělohy, případně až k prolapsu dělohy (Jirák, Vašina,2009, sr.98).

Muskuloskeletálním poruchám věnuje pozornost Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Mezi nejčastější příčiny, které vedou ke vzniku muskuloskeletálních poruch patří manipulace s břemeny, opakované nebo prudké pohyby, nepřirozené nebo statické polohy, vibrace, špatné osvětlení nebo chladné prostředí, práce v rychlém tempu, dlouhé sezení nebo stání ve stejné poloze. Nejčastěji dochází k postižení zad, krku, ramen, horních končetin, ale mohou postihnout i dolní končetiny (<https://osha.europa.eu/cs/themes/musculoskeletal-disorders>).

Nařízení vlády č.361/2007 Sb. kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci se věnuje problematice fyzické zátěže, lokální svalové zátěže, ruční manipulaci s živým břemenem a stanovuje příslušný hygienický limit pro občasné a časté zvedání a přenášení tohoto břemene pro muže a pro ženy.

Pracovní poloha významně ovlivňuje namáhavost práce a může se podílet i na vzniku nemocí z povolání (Jirák, Vašina,2009, s.56). Základní pracovní polohou je poloha vstojie nebo vsedě, případně s možností střídání sedu a stojie. Pro práce, které vyžadují vykonání větší svalové síly je výhodnější poloha vstojie, naopak práce vyžadující přesnost je výhodnější poloha vsedě (Jirák, Vašina, 2009, s.56).

Za tvůrce pohybových studií je považován Frank Bunker Gilbreth, který se zabýval studiem ekonomičnosti pracovních pohybů objasňováním optimálních pracovních pohybů a problematikou registračních metod, například s použitím filmové kamery. Důležitou myšlenkou pohybových studií bylo rozčlenění pracovních pohybů na drobné prvky, therbligy (Kohoutek, Štěpaník, 1999, s.30). Pro lidskou pracovní činnost mají význam spíše pohybové struktury než samotné elementy a izolované zákroky. Pracovní poloha ovlivňuje značně fyzickou zátěž, stoj je téměř o 100% namáhavější než sed, předklon je o 200% namáhavější než sed (Kohoutek, 2007).

2.3.2 Sociální podmínky práce

Spokojenost zaměstnanců nesouvisí pouze s prací, ale také s mnoha ostatními faktory. Nedílnou součástí sociálního zázemí by měla být místnost pro sestry, která může sloužit nejenom k odpočinku, ale kde si mohou zaměstnanci vzájemně předávat své zkušenosti. S výhodou je vybavení šaten pro sestry sprchovým koutem, kde mají možnost se po službě osprchovat. Šatny by měly být dostatečně prostorné, vhodné osvětlené a uzamykatelné (Mikuláščík, 2009).

Na lidskou psychiku působí vzhled a velikost místností ve kterých pracují nebo odpočívají (barva stěn, podlahové krytiny, osvětlení atd.) Je známo, že některé barvy dokáží stimulovat, jiné naopak mají tlumivý efekt. Vždy je potřeba se zamyslet k jakému účelu bude jednotlivá místnost využita. Velmi vhodné je i použití přírodních materiálů (např. dřeva). Dle Pauknerové (2012) plní barvy na pracovišti především tyto funkce: bezpečnostní, orientační, estetickou.

Barevně se zpravidla označuje první či poslední schod, různě omezený či nebezpečný prostor. Některé barvy opticky zmenšují prostor (syté a tmavé barvy), nevýrazné barvy prostor zvětšují (světle modrá, světle zelená), vodorovné pruhy zvětšují prostor do šířky, pruhy svislé zvětšují prostor do výšky.

Důležitá je také orientace pracoviště, jedná-li se o orientaci na jižní stranu, kde je dostatek denního světla, je třeba zvolit studené barvy, mezi které patří například modrá a zelená barva. Je-li pracoviště orientováno na západní stranu je potřeba zvolit teplé barvy (oranžová, žlutá, červená). Důležitá je také čitelnost barev na různém

podkladu. Za velmi vhodnou kombinaci barev lze považovat např. modrou na bílé či žluté, zelenou na bílé nebo červené, černou na bílé, červenou na bílé, oranžovou na černé. Každá barva má svou vlnovou délku. Barvy, které mají delší–vlnovou délku (červená, oranžová, žlutá) zvyšují činnost autonomního nervového systému, dochází ke zvýšení krevního tlaku, tepové frekvence apod. Barvy s krátkou vlnovou délkou (modrá, zelená) mají naopak tlumivý efekt a snižují činnost autonomního nervového systému (snížení krevního tlaku, tepové frekvence). Měli bychom se snažit vyhnout příliš výrazným a nápadným vzorům, které mohou působit agresivně. Pro zakrytí nerovností stěn, je s výhodou použít nepravidelné vzory. Světlá barva na stropěch místností umožňuje optické zvětšení místnosti. Barva podlaha by neměla být příliš světlá, s výhodou je používat spíše barvy tmavé. Tmavá podlaha ve větších místnostech samozřejmě snižuje světlost prostoru. K dosažení optického efektu zvětšení místnosti je možné citlivé přetáhnutí podlahové krytiny i na stěny. Zajímavé je dělení barev z psychologického účinku na člověka na tzv. teplé a studené barvy. Mezi teplé barvy patří červená, oranžová a některé odstíny žluté, studené barvy jsou modrá a zelená. Ženy bývají na barvy citlivější, dávají přednost především barvám teplým a sytým, muži naopak barvám tlumeným. Barvy mohou pozitivně, ale i negativně ovlivňovat také zdravotní stav pacientů barvová terapie- colorterapie (Kohoutek,2007).

Management v nemocnicích ve většině případů o kvalitě osvětlení často ani nepřemýšlí nebo ji nepovažuje za důležitý parametr. Vhodně, esteticky a účelně zvolená světla napomáhají předcházet problémům s poruchami zraku a únavou zaměstnanců. Velká pozornost by měla být věnována především bezpečnému osvětlení v nočních hodinách nebo dojde-li k výpadku elektrické energie – funkční nouzová světla. Problémem se může stát přílišná nebo naopak nedostatečná intenzita světla či nevhodně zvolený úhel dopadajícího světla. Nařízení vlády číslo 361/2007 Sb. kterým se stanoví podmínky ochrany a zdraví při práci v platném znění, se v paragrafu č. 45 věnuje pozornost právě osvětlení pracoviště. Osvětlení by mělo být rovnoměrné, lidské oko je velmi dobře přizpůsobeno dennímu světlu (Pauknerová, 2012). V některých situacích však nelze zajistit dostatek přirozeného denního světla a je nutné použít světlo umělé (celkové, místní, kombinované). Čistota prostředí by také neměla být podceňována, nemytá okna mohou snížit kvalitu osvětlení snížit až o 60 % (Pauknerová, 2012).

U umělého osvětlení je velmi důležitá intenzita (udávaná v luxech), která je dána pro všechny typy pracovišť. Jemná, detailní a kontrolní pracovní činnost vyžaduje vyšší intenzitu osvětlení. Pozor je třeba dávat na efekt oslnění, velké kontrasty, nerovnoměrné

osvětlení a tzv. hře světla a stínů. V případě, kdy může na pracovišti docházet k zvýšené tepelné zátěži nebo oslnění, které je způsobeno denním světlem, musí být osvětlovací otvory vybaveny clonícími zařízeními umožňujícími regulaci přímého slunečního záření (Pauknerová, 2012).

2.4 Přehled dříve realizovaných studií

Velká část výzkumných prací, které se zabývaly pracovním prostředím sester vychází z původních studií tzv. magnet hospitals v USA. Magnet hospitals jsou nemocnice, které dokáží i přes zvyšující se nedostatek a fluktuaci sester nejen nabídnout, ale také trvale zajistit takové pracovní podmínky, které jsou pro sestry lukrativní, zajímavé, motivující a sestry nevykazují tendence ze zaměstnání odejít. Na základě rozhovorů s pracovníky managementu těchto nemocnic se badatelé chtěli pokusit identifikovat konkrétní faktory vedoucí ke spokojenosti sester, snížené fluktuaci a tendencím sester v nemocnici i nadále setrvat. Byl sestaven první dotazník hodnotící pracovní prostředí a podmínky práce sester – The Nurse Work Index (NWI), obsahující 65 otázek (Kramer and Hafner, 1989), (Kramer and Schmalenberg, 1988). V roce 2002 byl Dr. Lake z Pensylvánské univerzity NWI dotazník přepracován, významně zkrácen a nazván The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Obsahuje 31 otázek, které jsou tématicky seřazeny do pěti hlavních skupin. PES-NWI byl přeložen do několika světových jazyků a opakovaně ověřován především v USA a Kanadě. V letech 2009-2010 byl za použití PES-NWI realizován RN4CAST projekt ve dvanácti zemích Evropy – Anglie, Belgie, Finsko, Irsko, Itálie, Německo, Nizozemí, Norsko, Polsko, Řecko, Španělsko, Švédsko). PES-NWI byl testován v Portugalsku, na Islandu, Brazílii, Malajsii, Číně, Libanonu, Austrálii, Íránu, Estonsku, Turecku nebo Taiwanu. Mnoho studií, které použilo PES-NWI, opakovaně prokázalo jeho vysokou validitu a reliabilitu (Lake, 2007, Lake and Friese, 2006). PES-NWI byl použit v ambulantním i lůžkovém provozu, na odděleních akutní a intenzivní péče, chirurgických, interních a psychiatrických odděleních, dialyzačních centrech. Existují studie, ve kterých nebylo použito všech 31 položek PES-NWI - např. australská studie, Middleton et al., 2008 – nebyla zahrnuta položka č. 31 Use of nursing diagnosis, přesto je tato studie nejvíce podobná originální verzi dle Dr. Lake (Warshawsky and Havens, 2011). Thomas-Hawkins et al., 2003 vyloučili položky A chief nurse executive equal in

power and authority to other hospital executives a Supervisors use mistakes as learning opportunities. V roce 2007, Thomas-Hawkins et al. zařadili do studie všech 31 položek PES-NWI. Kanadská studie, Aiken et al.,2001 nezahrnovala dokonce tři položky, Career development/clinical ladder opportunity, Use of nursing diagnosis a Supervisors use mistakes as learning opportunities. Ve studiích Chiang and Lin, 2009, Gunnarsdottir et al.,2009, Hanrahan, 2007 byly použity položky z NWI a NWI-Revised (Aiken and Patricia,2000), které nejsou součástí PES-NWI – Nurses participate to control costs, Nurses participate in selecting new equipment, Support for new and innovative ideas about patient care, Working with experienced nurses, Opportunity to work on a highly specialized patient care ward, Flexible shift patterns are available, Physicians give good quality care. Gunnarsdottir et al.,2009 použili šest položek, Hanrahan,2007 pět položek a Chiang and Lin,2009 jednu položku. Hanrahan et al.,2010 vynechali Adequate Staffing and Resources, Kutney-Lee, McHugh et al.,2009 vyloučili Adequate Staffing and Resources a Nursing Foundations for Quality Care. Gardner et al.,2007 zjistili zajímavý fakt, sestry považovaly 28 položek PES-NWI z 31 za velmi důležité pro jejich práci a spokojenost v práci.

Lake and Friese zavedly v roce 2006 inovativní způsob vyhodnocování pracovního prostředí pomocí PES-NWI. Dosáhne-li (nebo dokonce překročí-li) celkový součet čtyř nebo pěti podskupin středního skóre 2.5, je pracovní prostředí hodnoceno jako prostředí s příznivým pracovním klima – tzv. favorable practice environment. Dosáhnou-li tři nebo dvě položky z pěti podskupin celkového skóre 2.5, je pracovní prostředí hodnoceno jako smíšené – tzv. mixed practice environment, pokud nedosáhne žádná podskupina nebo pouze jedna podskupina skóre 2.5, pak je toto prostředí hodnoceno jako nepříznivé – tzv. unfavorable practice environment. Podskupina 1-2 poskytuje informace o pracovních podmínkách, které panují v celé nemocnici, podskupiny 3-5 odráží pracovní podmínky na ošetrovatelských jednotkách. K vyplnění dotazníku je využívána Likertova škála 1-4, kde 4 znamená rozhodně nesouhlasím (strongly disagree), 3 spíše nesouhlasím (disagree), 2 spíše souhlasím (agree) a 1 rozhodně souhlasím (strongly agree), (Aiken et al.,2008, Friese et al.,2008, Kutney-Lee, McHugh et al.,2009). Celkové skóre bylo uvedeno ve třinácti studiích a dosahovalo 2,48 – 3,17, např. vzorek 199 ambulantních sester na dialyzačních oddělení v USA vykazoval celkové skóre 3,09 (Gardner et al.,2007), sestry z 25 jednotek intenzivní péče ve státě Michigan udávaly skóre 2.60 (Manojlovich et al.,2009), sestry v Austrálii udávaly skóre 2,69 (Middleton et al.,2008).

Některé studie použily PES NWI k ověření hypotézy, zda existuje spojení mezi kvalitou prostředí, ve kterém je poskytována ošetrovatelské péče a tzv. nurse and patient outcomes. Statisticky významné byly studie např. Armstrong and Laschinger,2006, Armstrong et al.,2006, Harwood et al.,2007, Laschinger,2008, Manojlovich et al.,2009, které potvrdily vztah mezi dosaženým skóre PES NWI a tzv. nurse empowerment. Gunnarsdottir et al.,2009, Laschinger,2008, Manojlovich, 2005 prokázaly souvislost s pracovní spokojeností, organizačními podmínkami práce (Liu and Grobe,2008). Podskupiny, které byly často spojeny se spokojeností sester byly Staffing and Resource Adequacy, Nurse Manager ability, Leadership and Support, Collegial Nurse-Physician Realties (Friese, 2005, Gunnarsdottir et al.,2009, Kim et al.,2009). Výsledky v některých studiích potvrdily souvislost s vyhořením sester, nespokojeností s prací, špatnými mezilidskými vztahy na pracovišti a tendencí ze zaměstnání odejít (Aiken et al.,2008, Friese, 2005, Gardner et al.,2007, Hanrahan et al.,2010).

Patient outcomes a PES NWI – kvalita poskytované péče byla nejčastěji měřena pomocí tzv. patientských výstupů, které zahrnovaly medical errors, failure to rescue, vznik dekubitů, nozokomiálních nákaz, pády. Zde několik studií ověřilo, že existuje souvislost mezi pracovním prostředím s nízkou kvalitou poskytované péče a dosaženým skóre PES NWI (Kutney-Lee, McHugh et al.,2009, Patrician et al.,2010). Aiken et al.,2008, Friese et al., uvádí, že pacient v nepříznivém ošetrovatelském prostředí je ohrožen vyšším rizikem vzniku pooperačních komplikací, pozdním zahájením resuscitace a vyšší mortalitou.

Australská studie (Parker et al. 2010)

Cílem studie bylo ověření validity a reliability třiceti položkového dotazníku The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Z dotazníku byla vyloučena položka č. 31 Use of Nursing Diagnosis. Reliabilita byla hodnocena použitím Cronbachova alfa. Autoři oslovili sestry, poskytující ošetrovatelskou péči seniorům, sestry v privátních zdravotnických zařízeních a sestry, pracující ve státních zdravotnických zařízeních. Oslovené sestry byly členkami Queensland Nurse Union (29 789 sester v roce 2007), 4 359 (14,6%) poskytovalo ošetrovatelskou péči seniorům, 20 692 (69,5%) pracovalo ve státních zdravotnických zařízeních a 4 738 (15,9%) sester pracovalo v nestátních zdravotnických zařízeních. Z každé skupiny byl vybrán vzorek 1000 sester (stratifikovaný výběr). Randomizace byla generována počítačem a

provedena zaměstnanci v Queensland Nurse Union. Z 3000 distribuovaných dotazníků bylo 36 vráceno respondentům k doplnění. Návratnost dotazníků činila 1 192 dotazníků – přibližně 40 %. Zastoupení jednotlivých kategorií bylo procentuálně téměř vyvážené – 31,3 % sester v oblasti péče o seniory, 32,2 % sester pracujících v soukromých zdravotnických zařízeních a 27,7 % sester pracujících ve státních zdravotnických zařízeních. Z 1 192 respondentů bylo 94 % žen, ve věku mezi 40-60 let. Délka praxe v současném zaměstnání činila méně než dva roky u 20 %, dva až pět let u 21 % a pět až deset let u 22 % respondentů. Více než deset let praxe v současném zaměstnání udávalo 37 % respondentů.

Výsledky v jednotlivých položkách PES-NWI

Nejvyšší skóre vykazovaly položky zahrnuté ve skupině Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech (*Nursing foundation for quality of care*) 2.85, Schopnosti vedoucích sester vést a podporovat sestry (*Nurse manager ability*) 2.64, Vzájemné pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami (*Collegial nurse physician relations*) 2.87, Účast sester na nemocničních záležitostech (*Nurse participation in hospital affairs*) 2.46. Nejnižší skóre vykazovaly položky zahrnuté ve skupině Personál a zajištění zdrojů (*Staffing and resource adequacy*) 2.35. Kompozitní skóre činilo 2.64, jedná se o tzv. favourable practice environment. Sestry poskytující péči ve státních zdravotnických zařízeních hodnotily vysokým skóre položku Staffing and resource adequacy. Sestry poskytující péči seniorům hodnotily veškeré položky nižším skóre než sestry v soukromých a státních zdravotnických zařízeních. Byl zde zaznamenán statisticky významný rozdíl v kompozitním skóre mezi sestrami poskytujícími ošetrovatelskou péči ve státním zdravotnickém zařízení (vyšší kompozitní skóre) a péči poskytovanou sestrami u seniorů. Sestry v soukromých zdravotnických zařízeních ve srovnání se sestrami poskytujícími ošetrovatelskou péči u seniorů také vykazovaly statisticky významně vyšší kompozitní skóre.

Reliabilita

Reliabilita dotazníku, použitého v této studii vykazovala dobrou vnitřní konzistenci, s Cronbachovým alfa 0.948. Jednotlivé podskupiny vykazovaly Cronbachovo alfa vyšší než 0.7 a vykazovaly vnitřní konzistenci, Účast sester na nemocničních záležitostech (*Nurse participation in hospital affairs*) 0.892, Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech (*Nursing foundation for quality of care*)

0.808, Schopnosti vedoucích sester vést a podporovat sestry (*Nurse manager ability, leadership and support of nurses*) 0.705, Personál a zajištění zdrojů (*Staffing and resource adequacy*) 0.772 a Vzájemné pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami (*Collegial nurse-physician relations*) 0.846.

Limity studie

Studie byla prováděna pouze v jednom státě Austrálie a dotazníky byly distribuovány pouze sestram, které byly členkami The Queensland Nurses Union.

TAB. 1. – Dosažené skóre v jednotlivých položkách (Subscale scores for nurses working in public, private and aged care sector) Parker,2010

Subscale from Lake 2002	Public Sector		Private Sector		Aged Care	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Účast sester na nemocničních záležitostech. (Nurse participation in hospital affairs).	2.48	.59	2.49	.63	2.39	.67
Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech. (Nursing foundations for quality of care).	2.85	.50	2.88	.53	2.82	.55
Schopnosti vedoucích sester vést a podporovat sestry. (Nurse manager, ability, leadership and support of nurses).	2.61	.69	2.73	.66	2.53	.77

Personál a zajištění zdrojů. (Staffing and resource adequacy).	2.46	.69	2.39	.71	2.12	.70
Vzájemné pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami. (Collegial nurse – physician relations).	2.86	.63	2.96	.63	2.77	.67
Celkové skóre (Composite score of subscale).	2.67	.48	2.7	.51	2.51	.59

Dánská studie (Mainz et al. 2015)

Cílem studie bylo přeložení, validizace a testování spolehlivosti The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index v dánských podmínkách. Autoři následně dosažené výsledky porovnali s výsledky tzv. non-magnet a magnet hospitals v USA. Reliabilita testu byla měřena pomocí Cronbachovo alfa.

V Dánsku jsou peníze na zdravotnictví přímou součástí daní, je zde nejvyšší zdanění v Evropě, 60 %. Průměrná délka hospitalizace pacienta v Dánsku se pohybuje okolo 3,6 dne a patří mezi nejnižší v Evropě (Danish Ministry of Health 2014). Danish Working Environment Authority (DWEA) dohlíží na podmínky pracovního prostředí všech zaměstnanců v Dánsku a úzce spolupracuje s The National Centre for the Working Environment.

Do studie byly zařazeny čtyři ošetrovatelské jednotky (pouze z jedné univerzitní nemocnice v Dánsku), které byly vybrány tak, aby reprezentovaly různé klinické obory (ortopedie, onkologie, kardiologie a gastroenterologie). Dle doporučení The Joint Commission International, byly do studie zařazeny sestry, které pracovaly v plném či částečném úvazku a trávily u lůžka pacienta alespoň 50 % pracovní doby. Nově přijaté sestry, sestry pracující pouze v administrativě a sestry s menší než 3 měsíční praxí na

odděleních byly z výzkumu vyloučeny. Sestry byly do studie pozvány prostřednictvím schůzky s autory dotazníku, kteří odpovídali na dotazy sester. Následně sestry, které souhlasily s účastí na výzkumu obdržely materiály ke studii a anonymní dotazník, který se týkal informací o respondentovi – věk, pohlaví, počet odpracovaných hodin za týden, dosažená úroveň vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví. Vyplněné dotazníky sestry odevzdávaly do uzamčených schránek na jednotlivých odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo. Sestry dotazníky odevzdávaly od začátku dubna do konce května 2011.

Výsledky v jednotlivých položkách PES-NWI

Nejvyšší skóre vykazovaly položky zahrnuté ve skupině Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech (*Nursing foundation for quality of care*) 3.30, Vzájemné vztahy mezi lékaři a sestrami (*Collegial nurse-physician relations*) 3.10, Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech (*Nursing foundation for quality of care*) 3.08, nejnižší skóre vykazovaly položky Personál a zajištění zdrojů (*Nurse staffing and resource adequacy*) 2.68 a Účast sester na nemocničních záležitostech (*Nurse participation in hospital affairs*) 2.66. Kompozitní skóre činilo 2.95, jedná se o tzv. favourable practice environment. Dánské sestry hodnotily podskupiny 3-5 lépe než sestry v magnet hospitals. Podskupina Nurse manager ability, leadership and support of nurses dosáhlo nejvyššího skóre ze všech podskupin, dokonce bylo vyšší než v magnet hospitals. Staffing and resource adequacy se v dosaženém skóre minimálně lišilo od magnet hospitals. Collegial nurse-physician relations sestry v Dánsku hodnotily shodně se sestrami z magnet hospitals.

Reliabilita

Reliabilita dotazníku použitého v této studii vykazovala dobrou vnitřní konzistenci s Cronbachovým alfa 0.88. Jednotlivé podskupiny vykazovaly Cronbachovo alfa vyšší než 0.7. Nurse participation in hospital affairs 0.74, Nursing foundations for quality of care 0.71, Nurse manager ability, leadership and support of nurses 0.78, Staffing and resource adequacy 0.78, Collegial nurse-physician relations 0.82.

Limity studie

Autoři se zamýšlí nad záměrem PES-NWI aktualizovat, provést nové měření pracovního prostředí sester v magnet i non-magnet hospitals. Při srovnávání kompozitního skóre se dosažený výsledek v Dánsku nelišil od jiných provedených studií (např. Kelly et al. 2011). Autoři upozorňují na fakt, že byl ve výzkumu osloven poměrně malý počet sester (127) a na rozdíl od podobných studií zaznamenali vyšší hodnotu SD (standardní odchylka), která mohla být způsobena malým počtem sester a větší variabilitou odpovědí.

TAB. 2.: PES-NWI skóre Dánsko, PES-NWI scores from Magnet and non-Magnet hospitals in the USA and Danish scores

Subscale (number of items)	USA Non-Magnet n= 10 926 PES-NWI (SD)	USA Magnet n=1054 PES-NWI (SD)	Denmark n=127 PES-NWI (SD)
Nurse participation in hospital affairs	2.30* (0.23)	2.96*(0.18)	2.66 (0.41)
Nursing foundations for quality of care	2.81* (0.20)	3.32*(0.15)	3.08 (0.34)
Nurse manager ability, leadership and support of nurses	2.36* (0.24)	2.91* (0.14)	3.30 (0.44)
Nurse staffing and resource adequacy	2.18* (0.26)	2.77 (0.24)	2.68 (0.54)
Collegial nurse-physician relations	2.75* (0.26)	3.02 (0.12)	3.10 (0.49)
COMPOSITE SCORE	2.48*(0.18)	2.99 (0.12)	2.95 (0.33)

* Statisticky významný rozdíl v porovnání s dosaženým skóre v Dánsku P <0,05

Portugalská studie (Amaral et al.,2012)

Cílem práce bylo přeložení a validizace originálního dotazníku The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Dotazník byl přeložen do portugalského jazyka a následně zadán v elektronické podobě sestrám, které byly členkami The national Board for Nursing, celkem. Výzkumné šetření probíhalo od 11. října do 30. října 2011. Celkem bylo do šetření zahrnuto 418 odpovědí respondentů, 83,5 % tvořily ženy, věkové rozmezí 22–68 let (průměrný věk 33,9). Ke zhodnocení reprezentativnosti vzorku populace sester byl použit chí kvadrát, který odhalil, že významný rozdíl není v pohlaví, ale věku respondentů, protože vzorek sester je lehce mladší než průměrný věk populace. Reliabilita byla měřena pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Autoři použili Kaiser-Mayer-Olkin test a Bartlettův test sféricity, kterými zjišťovali, zda má smysl provést faktorovou analýzu položek. Provedenou faktorovou analýzou bylo identifikováno 8 faktorů. Celková interní konzistence (Cronbachovo alfa) byla 0.892 a nezvýšila se s odstraněním některé z položek ve škálách. V jednotlivých položkách dotazníku se skóre pohybovalo od 0.693 do 0.822.

Autoři v závěru vyhodnotili portugalskou verzi dotazníku za platnou a použitelnou k hodnocení pracovního prostředí sester.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části bakalářské práce jsou na začátku stanoveny cíle a pracovní hypotézy, je také popsána metodika vlastního šetření, charakteristika zkoumaného vzorku a organizace šetření. Ve výsledkové části práce jsou uvedeny výsledky statistické analýzy získaných dat a jejich prezentace pomocí tabelárních přehledů a histogramů četností.

V empirické části byly stanoveny následující cíle a hypotézy:

Cíl 1. Řádným a pečlivým způsobem prostudovat řešenou problematiku ze zahraničních literárních, časopiseckých i ověřených internetových zdrojů.

Cíl 2. Z ověřených zahraničních zdrojů převzít, přeložit a adekvátně upravit validizovaný dotazník pro cílovou skupinu respondentů.

Cíl 3. Vybraným skupinám respondentů zadat upravený dotazník.

Cíl 4. Získané výsledky dotazníkového šetření objektivním a správným způsobem seřadit, zpracovat a statisticky vyhodnotit.

Cíl 5. Výsledky dotazníkového šetření následně zhodnotit a porovnat s již provedenými studii na podobné téma.

Cíl 6. Možnost aplikace dosažených poznatků do praktické oblasti ošetrovatelství.

Na základě prostudování souvisejících literárních a časopiseckých zdrojů byly stanoveny tyto pracovní hypotézy:

Hypotéza č.1 Lze očekávat, že odpovědi respondentů se nebudou statisticky významně lišit podle typu jejich pracovního zařazení při hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů práce.

Hypotéza č.2 Lze očekávat, že odpovědi respondentů se nebudou statisticky významně lišit podle jejich věku při hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů práce.

Hypotéza č.3 Lze očekávat, že odpovědi respondentů se nebudou statisticky významně lišit podle délky jejich praxe v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů práce.

Hypotéza č.4 Lze očekávat, že odpovědi respondentů se nebudou statisticky významně lišit podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání při hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů práce.

Hypotéza č.5 Lze očekávat, že odpovědi respondentů se nebudou statisticky významně lišit podle délky setrvání v profesi při hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů práce.

3.1 Metodika šetření

Cílovou skupinou respondentů dotazníkového šetření byly všeobecné sestry, dětské sestry, praktické sestry, porodní asistentky a zdravotničtí záchranáři poskytující ošetrovatelskou péči v lůžkové, ambulantní i operační složce. K získání potřebných informací k dosažení cílů práce byl respondentům zadán dotazník. Dotazník byl převzat z amerického originálu The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, sestavený Dr. Eileen T. Lake z Pensylvánské univerzity v roce 2002. Dotazník byl použit s laskavým souhlasem Dr. Eileen T. Lake ze dne 12.04.2017 (viz příloha A). Originální verze dotazníku byla doplněna o sociálně-demografické charakteristiky respondentů vlastní konstrukce a o volnou položku, ve které mohli účastníci šetření uvést své postřehy a názory na řešenou problematiku a na vlastní dotazník.

V dotazníku byly zařazeny položky obsahové – zaměřené na zjišťování údajů nezbytných pro splnění záměru šetření a dále položky funkcionální, tedy kontaktní, psychologické a kontrolní. Z hlediska formy položek byly použity položky strukturované uzavřené nebo polouzavřené (v demografické charakteristice respondenta), Pouze jedna otázka (nepovinná-volná) zjišťující názor respondentů na řešenou problematiku a vlastní dotazník byla položkou nestrukturovanou – otevřenou.

Příprava dotazníku na vlastní šetření, pilotáž a předvýzkum jsou podrobně popsány v následující kapitole Organizace vlastního šetření a zpracování dat.

3.2 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Sběr výzkumných dat byl prováděn formou kvantitativního průzkumu, pomocí anonymního šetření ve formě standardizovaného dotazníku (viz příloha C). Dotazník byl přeložen z anglického jazyka do jazyka českého. Překladem se význam jednotlivých položek nezměnil. V první části dotazníku respondenti vybírali odpovědi na jednotlivé položky pomocí Likertovy škály v rozmezí 1-4 (1 rozhodně souhlasím, 2 souhlasím, 3 rozhodně nesouhlasím a 4 nesouhlasím). V úvodu dotazníku byly respondenti požádáni, aby z nabídnutých možností označily příslušné číslo zakroužkováním, tvrzení se kterým nejvíce souhlasí.

Dále následovaly položky patřící do oblasti soc.-dem.- charakteristik, které si kladly za cíl zjistit věk, pohlaví, výkon povolání, dosažené specializace ve zdravotnictví, délka praxe ve zdravotnictví celkem, délka praxe v současném zaměstnání, typ pracoviště, zaměření pracoviště.

Vlastní šetření probíhalo na Rehabilitační klinice na Malvazinkách v Praze, OB Klinice v Praze, Nemocnici v Neratovicích a Nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově. Během podzimu 2017 a zimy 2017/2018 byl originální dotazník přeložen do českého jazyka. K účasti ve výzkumném šetření byly pozvány všechny osoby, vykonávající profesi sestry, které byly ochotné vyplnit předložený dotazník (anketní výběr). Dotazníky byly distribuovány na standardní lůžková oddělení chirurgického a interního typu, ambulantní pracoviště, jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení a komplement (centrální operační sály, sterilizace, odběrová místa apod.). Volba byla dána snahou oslovit širokou skupinu sester pracujících v nestátních zdravotnických zařízeních na různých typech pracovišť. Před zadáním dotazníků bylo nutné získat povolení s realizací výzkumného šetření ve vybraných zdravotnických zařízeních. Byly osloveny náměstkyně ošetrovatelské péče a Etická komise OB Kliniky v Praze. Vlastní šetření probíhalo od konce ledna 2018 do poloviny března 2018, kdy byly osloveny vrchní sestry na všech odděleních i ambulancích k rozdáni dotazníků v tištěné podobě. Na vybraná pracoviště byl distribuován počet dotazníků dle počtu

sester, které zde v období realizovaného výzkumného šetření pracovaly. Vrchní i staniční sestry měly k dispozici vytištěné dotazníky s příloženými obálkami, které následovně rozdaly sestřím k vyplnění. Respondent měl vyplněný dotazník vložit do obálky, zalepit a předat své vrchní sestře, čímž byla zajištěna anonymita vlastního šetření. Celkem jsem rozdala 420 dotazníků v tištěné podobě, přičemž řádně vyplněných se vrátilo 262. Návratnost činila 62,4 %. Posouzením vrácených dotazníků bylo nutné 18 dotazníků vyřadit z důvodu nesplnění základních kritérií (dotazníky vyplněné zdravotnickými laboranty, kteří nepatří do sledované skupiny). V empirické části jsem použila celkem 244 řádně vyplněných dotazníků. K základnímu třídění a zpracování dat byl použit Microsoft Office Excel 2007, byl vytvořen datový list, do kterého byla zanesena získaná data. Ke statistickému zpracování dat byl využit program SPSS, pomocí kterého byly vytvořeny grafické výstupy v podobě histogramů četností a výsečových diagramů.

K ověření porozumění položek dotazníku a smyslu prováděného výzkumného šetření byla provedena pilotáž, kdy byla oslovena skupina deseti sester, pracujících na pooperačním oddělení soukromé kliniky plastické chirurgie v Praze. Pilotáž proběhla formou rozhovoru. Předvýzkum probíhal na 2. LF UK, kdy byl dotazník zadán k vyplnění studentům prvního, druhého i třetího ročníku kombinovaného studia Všeobecná sestra v bakalářském programu. Cílem pilotáže i předvýzkumu byla identifikace položek, které jsou obtížně hodnotitelné, nebo kterým sestry či studenti nerozumí. Na základě proběhlých pilotáží byly některé položky v dotazníku následně znovu prodiskutovány a zváženy překlad.

3.3 Charakteristika souboru respondentů

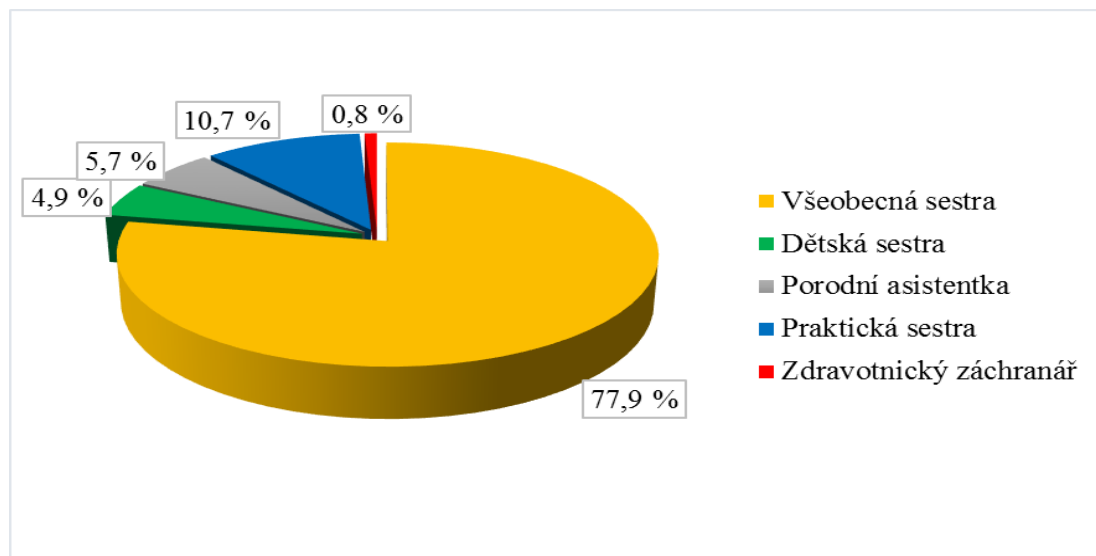
V této části práce bude popsán soubor respondentů, u kterých proběhlo dotazníkové šetření.

Zkoumaní respondenti jsou charakterizováni podle pohlaví, věku, délky praxe, typu pracoviště, celkové délky praxe ve zdravotnictví, délkou praxe na současném pracovišti, zda absolvovali specializační vzdělání, zaměření a typu pracoviště, charakteru poskytovaných služeb, výše pracovního úvazku a podle pracovního režimu.

Ve výzkumném souboru jsme měli $n=244$ sester, 226 bylo žen (92,6 %) a 18 mužů (7,4 %). Sestry udávaly věk od 22 let do 64 let. Průměrný věk sester byl 39,36 let,

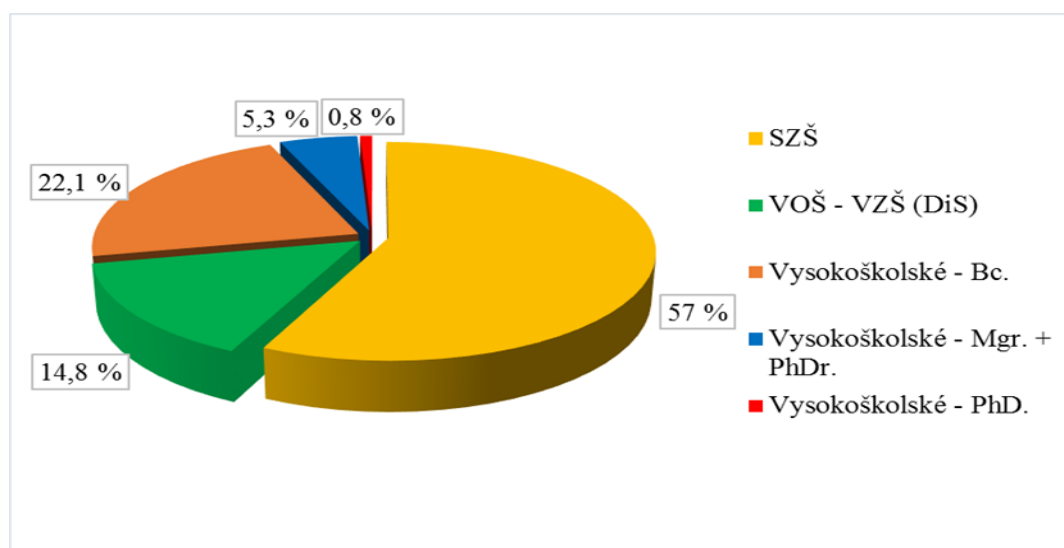
medián 38,5 let. Sestry v našem výzkumu nejčastěji vykonávají povolání všeobecné sestry, což udávalo celkem 190 sester (77,9 %). Dále následovala povolání praktická sestra n = 26 (10,7 %), porodní asistentka n = 14 (5,7 %), dětská sestra n = 12 (4,9 %) a poslední skupinu tvořili zdravotničtí záchranáři n = 2 (0,8 %).

Výšečový graf 1.: Složení výzkumného souboru podle povolání



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že sestry nejčastěji vykonávají povolání všeobecné sestry, následuje praktická sestra, porodní asistentka, dětská sestra a nejmenší procentuální zastoupení tvoří zdravotnický záchranář.

Výšečový graf 2.: Složení výzkumného souboru podle dosaženého nejvyššího vzdělání



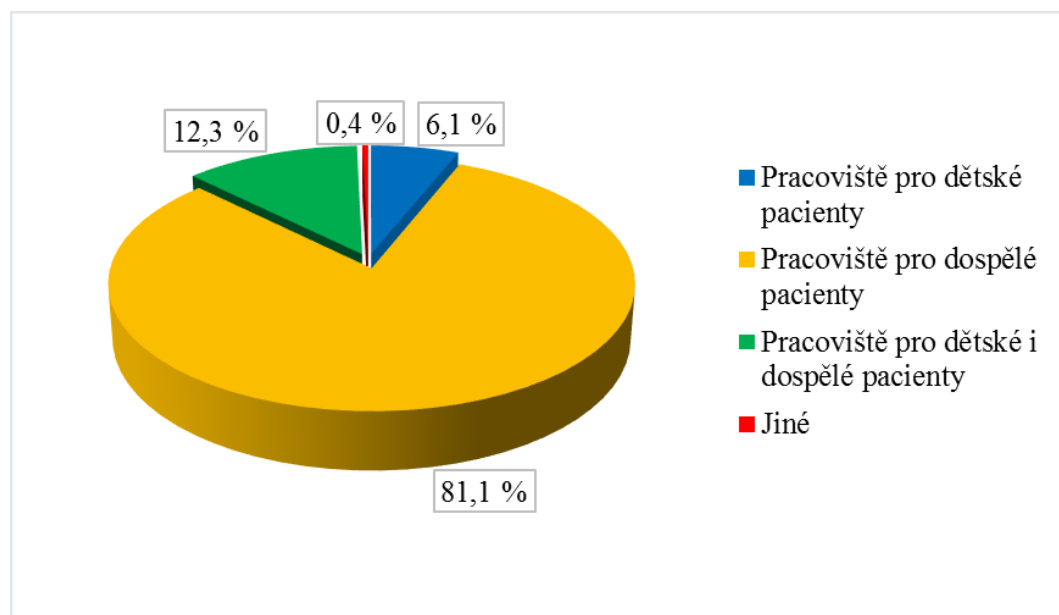
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 139 sester (57 %) absolvovalo SZŠ, 36 sester (14,8 %) absolvovalo VOŠ-VZŠ (Dis), 54 sester (22,1 %) absolvovalo vysokoškolské vzdělání 1.stupně, 13 sester (5,3 %) absolvovalo vysokoškolské vzdělání 2. stupně (včetně rigorózního řízení) a 2 sestry (0,8 %) absolvovaly vysokoškolské vzdělání 3. stupně (titul PhD. za jménem).

Specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém sestry pracují má 78 sester (32 %) a nemá 166 sester (68 %).

Celková délka praxe sester se pohybuje v rozpětí od 1 roku do 45 let a průměrná délka praxe je 17,09 roků (SD = 11,46). Medián délky praxe je 15,5 let.

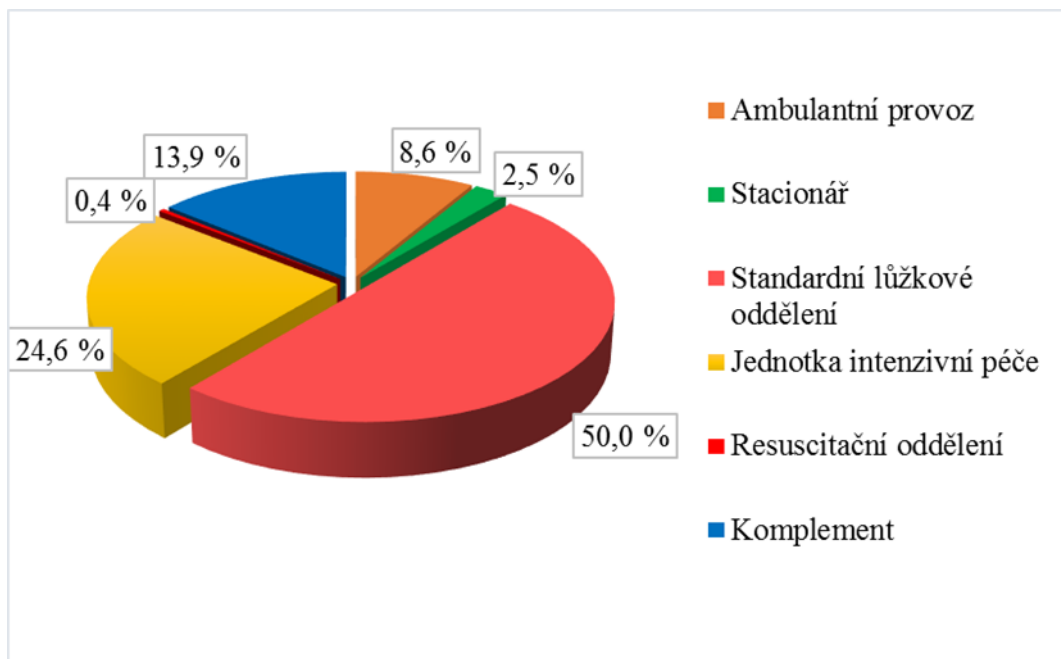
Na současném pracovišti pracují sestry v průměru 9,13 let (SD = 9,26) a rozpětí let je od 1 roku do 44 let. Medián je 6 let.

Výšečový graf 3.: Složení výzkumného souboru podle zaměření pracoviště



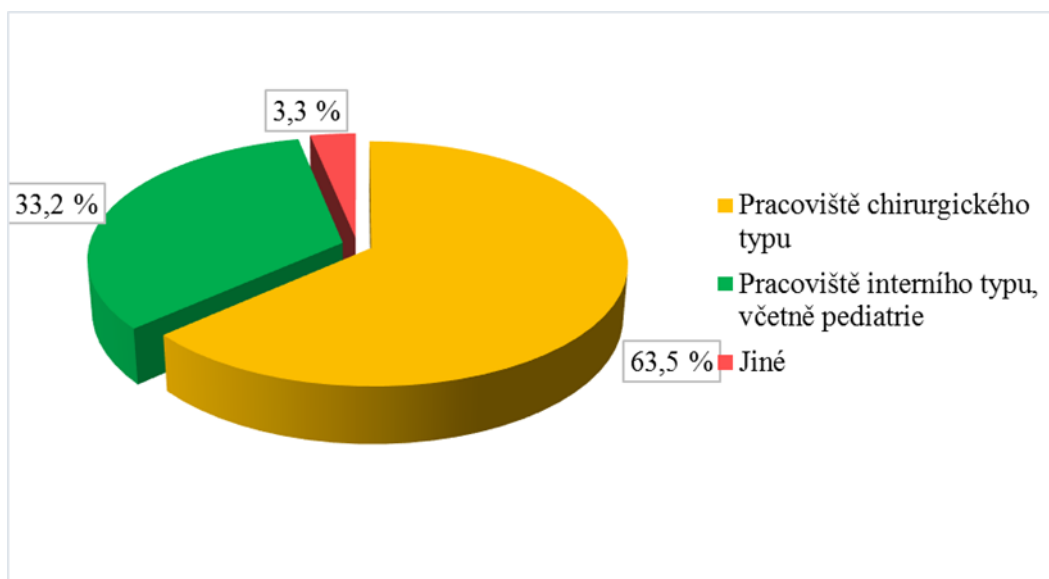
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 15 sester (6,1 %) pracuje na pracovištích pro děti, na pracovištích pro dospělé pacienty pracuje 198 sester (81,1 %) a na pracovišti pro děti a dospělé pracuje 30 sester (12,3 %). Jiné pracoviště uvedla 1 sestra (0,4%).

Výšečový graf 4.: Složení výzkumného souboru podle typu pracoviště



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 21 sester (8,6 %) pracuje v ambulantním provozu, v stacionáři pracuje 6 sester (2,5 %). Na standardním lůžkovém oddělení pracuje 122 sester (50 %), na jednotce intenzivní péče pracuje 60 sester (24,6 %), na resuscitačním oddělení pracuje 1 sestra (0,4 %) a v komplementu pracuje 34 sester (13,9 %).

Výšečový graf 5.: Složení výzkumného souboru podle charakteru pracoviště



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 155 sester (63,5 %) poskytuje ošetrovatelskou péči na pracovištích chirurgického typu (veškeré operační obory), na pracovištích interního

typu, včetně pediatrie (např. neurologie, kardiologie, pneumologie apod.) poskytuje 81 sester (33,2 %), jiné pracoviště uvedlo 8 sester (3,3 %).

Velké procento sester ($n = 198$, 81,1 %) pracuje na plný úvazek (100 %), ale ve vzorku jsme měli sestry i s jinou výší úvazku. Rozsah úvazku se pohyboval od 10 % do 100 %. Polovičný úvazek uvedlo 25 sester (10,2 %), 60 % úvazek mělo 5 sester (2 %), 70 % úvazek uvedly 2 sestry (0,8 %), $\frac{3}{4}$ úvazek uvedly 3 sestry (1,2 %) a 80 % úvazek uvedlo 8 sester (3,3 %). Evidovali jsme ještě úvazek 10 %, 25 % a 40 % vždy u jedné sestry (0,4 %).

V nepřetržitém pracovním provozu (směnný provoz) pracuje 179 sester (73,4 %) a v jednosměnném pracovním provozu pracuje 65 sester (26,6 %).

3.4 Výsledky vlastní práce

3.4.1 Psychometrická analýza položek

V bakalářské práci jsme použili verzi dotazníku The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, který není v České republice standardizovaný. Před jeho samotným použitím byla použita psychometrická analýza, která byla zaměřena na analýzu položek, mezipoložkové korelace, zjištění vnitřní konzistence a deskriptivní ukazatele.

3.4.2 Analýza položek

Relativní četnosti odpovědí na jednotlivé položky dotazníku jsou uvedené v tabulce 3. Možnosti odpovědí představují Likertovu škálu bez střední hodnoty, tzn. respondent je nucen přiklonit se k souhlasné anebo nesouhlasné odpovědi. V jednotlivých otázkách využívaly sestry celou škálu odpovědí, pouze ve 4 otázkách nebyla využita odpověď rozhodně nesouhlasím. Chybění odpovědi, resp. její nevyplnění bylo přítomno ve 2 položkách a v obou případech dosáhlo hodnoty nižší než 2 % všech

odpovědi. V tomto případě se mohlo jednat o přehlédnutí, nebo nerozhodnost respondenta v odpovědi.

TAB. 3.: Relativní četnosti (%) odpovědí na položky dotazníku n=244

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím	Bez odpovědi
otázka č.1	0,8	7,8	60,7	30,7	-
otázka č.2	0,8	11,5	75,0	12,7	-
otázka č.3	-	2,5	66,8	30,7	-
otázka č.4	1,6	18,0	69,7	10,7	-
otázka č.5	2,5	19,7	69,7	8,2	-
otázka č.6	3,7	37,7	52,9	5,7	-
otázka č.7	2,0	22,5	69,3	6,1	-
otázka č.8	2,9	27,9	59,0	10,2	-
otázka č.9	2,0	21,3	48,8	27,9	-
otázka č.10	0,8	12,7	61,5	25,0	-
otázka č.11	2,9	13,9	68,9	14,3	-
otázka č.12	20,5	44,3	30,3	4,9	-
otázka č.13	5,3	43,4	44,3	7,0	-
otázka č.14	-	4,5	67,2	28,3	-
otázka č.15	2,0	17,2	68,0	12,7	-
otázka č.16	1,2	11,5	70,5	16,8	-
otázka č.17	1,2	14,3	70,1	14,3	-
otázka č.18	0,4	7,8	70,9	20,9	-
otázka č.19	0,8	9,4	69,3	20,5	-
otázka č.20	2,5	21,3	60,7	15,6	-
otázka č.21	8,2	52,0	36,5	3,3	-
otázka č.22	0,4	7,4	79,9	12,3	-
otázka č.23	5,7	39,8	50,4	4,1	-
otázka č.24	-	7,8	76,2	15,6	0,4
otázka č.25	1,6	9,0	65,2	24,2	-
otázka č.26	1,6	13,9	70,1	14,3	-

otázka č.27	1,2	34,4	59,0	5,3	-
otázka č.28	-	11,5	74,2	14,3	-
otázka č.29	0,8	15,2	73,0	11,1	-
otázka č.30	2,0	22,5	62,7	11,1	1,6
otázka č.31	1,6	10,7	74,6	13,1	-

Otázka č.1

Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetřovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.

Otázka č.2

Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.

Otázka č.3

Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).

Otázka č.4

Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.

Otázka č.5

Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.

Otázka č.6

Všeobecné sestry mají možnost podílet se rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště/zdravotnického zařízení (nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce).

Otázka č.7

Nadřízení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.

Otázka č.8

Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.

Otázka č.9

Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.

Otázka č.10

Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.

Otázka č.11

Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.

Otázka č.12

Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.

Otázka č.13

Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné.

Otázka č.14

Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Otázka č.15

Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.

Otázka č.16

Lékaři a sestry často pracují v týmu.

Otázka č.17

Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy).

Otázka č.18

Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.

Otázka č.19

Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.

Otázka č.20

Vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester, a to i v případě, že se jedná o spor s lékařem.

Otázka č.21

Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.

Otázka č.22

Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).

Otázka č.23

Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).

Otázka č.24

Lékaři a sestry spolupracují.

Otázka č.25

Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).

Otázka č.26

Ošetrovatelská péče je založena především na ošetrovatelském přístupu (potřeby klienta), než na přístupu medicínském.

Otázka č.27

Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničním ošetrovatelských pracovních a poradních skupinách.

Otázka č.28

Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány.

Otázka č.29

Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány.

Otázka č.30

Jsou zavedena ošetřovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje stejného pacienta i v následující směně.

Otázka č.31

Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetřovatelské diagnózy.

3.4.3 Mezipoložkové korelace

Mezipoložkové korelace jsme zjišťovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu z důvodu povahy škály odpovědí, která je ordinální. Protože každá položka, která s ostatními položkami tvoří škálu, by s nimi měla také souviset. Velikost korelací je ideální od 0,15 až po 0,5. Hodnoty korelačního koeficientu nižší než 0,15 jsou slabé a vypovídají o tom, že položky spolu nesouvisí a nejsou vhodné pro použití za účelem měření ve stejné škále. Na druhou stranu vyšší korelace než 0,5 vypovídají o tom, že se položky ptají na to samé a tak je potom jedna z položek nadbytečná.

Ve škále **Nurse Participation in Hospital Affairs** jsme zjistili pozitivní korelace, které se pohybovaly v rozpětí od 0,005 po 0,387 (tab.4).

TAB. 4.: Mezipoložkové korelace ve škále I. Nurse Participation in Hospital Affairs

	č. 6	č. 11	č. 15	č. 17	č. 21	č. 23	č. 27	č. 28
č. 5	0,267	0,338	0,124	0,290	0,255	0,246	0,340	0,141*
č. 6		0,187	0,248	0,114	0,362	0,205	0,207	0,199
č. 11			0,267	0,226	0,387	0,292	0,291	0,118
č. 15				0,178	0,221	0,124	0,107	0,073
č. 17					0,144*	0,182	0,220	0,151*
č. 21						0,513	0,315	0,057
č. 23							0,477	0,005
č. 27								0,142*

Poznámka: statistická významnost < 0,05 - *

Otázka č.5

Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.

Otázka č.6

Všeobecné sestry mají možnost podílet se rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště/zdravotnického zařízení (nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce).

Otázka č.11

Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.

Otázka č.15

Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.

Otázka č.17

Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy).

Otázka č.21

Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.

Otázka č.23

Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).

Otázka č.27

Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničním ošetrovatelských pracovních a poradních skupinách.

Ve škále **Nursing Foundations for Quality of Care** jsme rovněž zjistili pozitivní korelace, které se pohybovaly v rozpětí od 0,006 po 0,489.

TAB. 5.: Mezipoložkové korelace ve škále II. Nursing Foundations for Quality of Care

	č. 14	č. 18	č. 19	č. 22	č. 25	č. 26	č. 29	č. 30	č. 31
č. 4	0,067	0,173	0,239	0,033	0,292	0,143*	0,151*	0,146*	0,296
č. 14		0,224	0,209	0,184	0,276	0,183	0,190	0,181	0,198
č. 18			0,471	0,296	0,364	0,309	0,145*	0,239	0,277
č. 19				0,135*	0,489	0,239	0,236	0,229	0,256
č. 22					0,281	0,116	0,057	0,194	0,006
č. 25						0,197	0,182	0,193	0,254
č. 26							0,188	0,305	0,436
č. 29								0,310	0,314
č. 30									0,260

Poznámka: statistická významnost < 0,05 - *

Otázka č.4

Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.

Otázka č.14

Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Otázka č.18

Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.

Otázka č.19

Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.

Otázka č.22

Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).

Otázka č.25

Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).

Otázka č.26

Ošetrovatelská péče je založena především na ošetrovatelském přístupu (potřeby klienta), než na přístupu medicínském.

Otázka č.29

Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetrovatelské plány.

Otázka č.30

Jsou zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje stejného pacienta i v následující směně.

Otázka č.31

Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy.

Ve škále **Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses** se korelace mezi položkami pohybovaly v rozpětí od 0,167 po 0,399.

TAB. 6.: Mezipoložkové korelace ve škále III. Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses

	č. 7	č. 10	č. 13	č. 20
č. 3	0,297	0,229	0,194	0,167
č. 7		0,271	0,399	0,338
č. 10			0,251	0,392
č. 13				0,213

Poznámka: statistická významnost < 0,05 - *

Otázka č.3

Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).

Otázka č.7

Nadřízení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.

Otázka č.10

Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.

Pozitivní korelace jsme zjistili i ve škále **Staffing and Resource Adequacy** v rozpětí od 0,023 po 0,359.

TAB. 7.: Mezipoložkové korelace v škále IV. Staffing and Resource Adequacy

	č. 8	č. 9	č. 12
č. 1	0,168	0,172	0,145
č. 8		0,023	0,359
č. 9			0,125

Poznámka: statistická významnost < 0,05 - *

Otázka č.1

Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetřovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.

Otázka č.8

Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.

Otázka č.9

Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.

Otázka č.12

Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.

Poslední škála **Collegial Nurse-Physician Relations** vykazovala také pozitivní korelace mezi položkami v rozpětí od 0,247 po 0,431.

TAB. 8.: Mezipoložkové korelace ve škále V. Collegial Nurse-Physician Relations

	č. 16	č. 24
č. 2	0,247	0,287
č. 16		0,431

Poznámka: statistická významnost < 0,05 - *

Otázka č.2

Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.

Otázka č.16

Lékaři a sestry často pracují v týmu.

Otázka č.24

Lékaři a sestry spolupracují.

3.4.4 Vnitřní konzistence

Vnitřní konzistence byla zjišťována pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Celková vnitřní konzistence byla $\alpha = 0,859$ a v jednotlivých škálách se pohybovala od 0,453 po 0,743.

Vzhledem k těmto hodnotám je možné považovat vnitřní konzistenci jednotlivých škál, stejně tak i dotazníku za dobrou.

TAB. 9.: Vnitřní konzistence

	počet položek	Cronbachova α
Nurse Participation in Hospital Affairs	9	0,743
Nursing Foundations for Quality of Care	10	0,734
Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	5	0,641
Staffing and Resource Adequacy	4	0,453
Collegial Nurse-Physician Relations	3	0,567
Celkově	31	0,859

Nurse participation in Hospital affairs = Podíl sester na nemocničních záležitostech (obsahuje 9 položek: 5,6,11,15,17,21,23,27,28).

Nursing Foundations for Quality of Care = Kvalita péče je založena na ošetrovatelských základech (obsahuje 10 položek: 4,14,18,19,22,25,26,29,30,31).

Nurse Manager Ability, Leadership and support of Nurses = Schopnosti vedoucích sester vést a podporovat sestry (obsahuje 5 položek: 3,7,10,13,20).

Staffing and resource Adequacy = Personál a zajištění zdrojů (4 položky: 1,8,9,12).

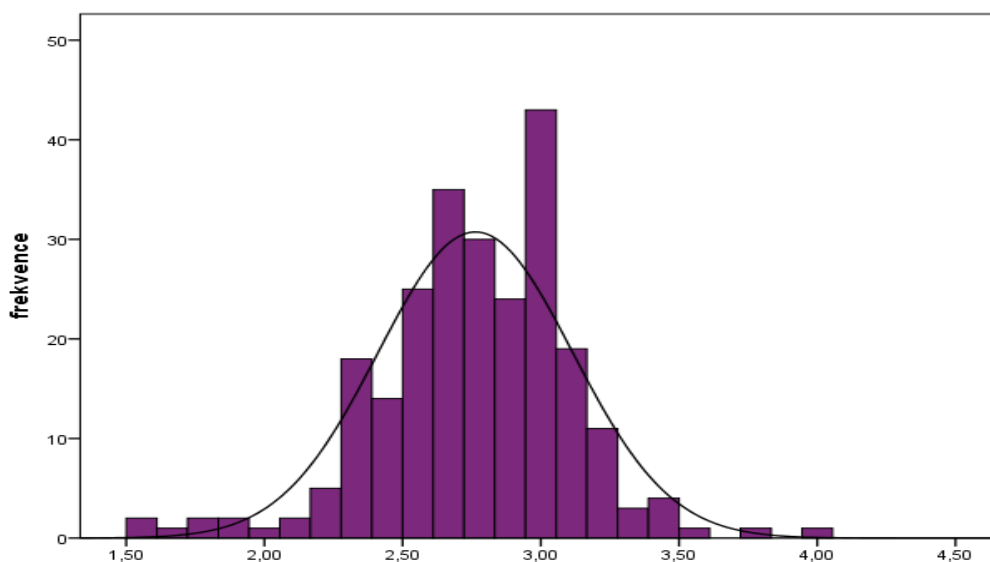
Collegial Nurse-Physician relations = Vztahy mezi lékaři a sestrami (obsahuje 3 položky: 2,16,24).

3.4.5 Deskriptivní statistika

Před analýzou samotných dat ve smyslu subškál a celkového skóre, byly odpovědi sester reverzně překódované tak, aby vyšší skóre indikovalo vyšší souhlas, t.j. odpovědím rozhodně souhlasím jsme přiřadili bodovou hodnotu 4 a odpovědím rozhodně nesouhlasím bodovou hodnotu 1. Pro každého respondenta jsme vypočítali průměrné skóre v jednotlivých subškálách. Průměrné skóre subškál je vhodné použít proto, protože je tu potom možnost porovnat subškály mezi sebou a to i přes to, že mají různé počty položek. Mimo průměrného skóre subškál jsme vypočítali také kompozitní skóre jako průměr skóre všech subškál. Lake a Friese (2006) vyvinuli třístupňovou klasifikaci pro interpretaci skóre jednotlivých subškál. Příznivé prostředí je takové, kde 4 až 5 subškál má skóre vyšší než 2.5, smíšené prostředí má 2 anebo 3 subškály se skóre vyšším než 2.5 a nepříznivé prostředí nemá ani jednu ze subškál vyšší než 2.5.

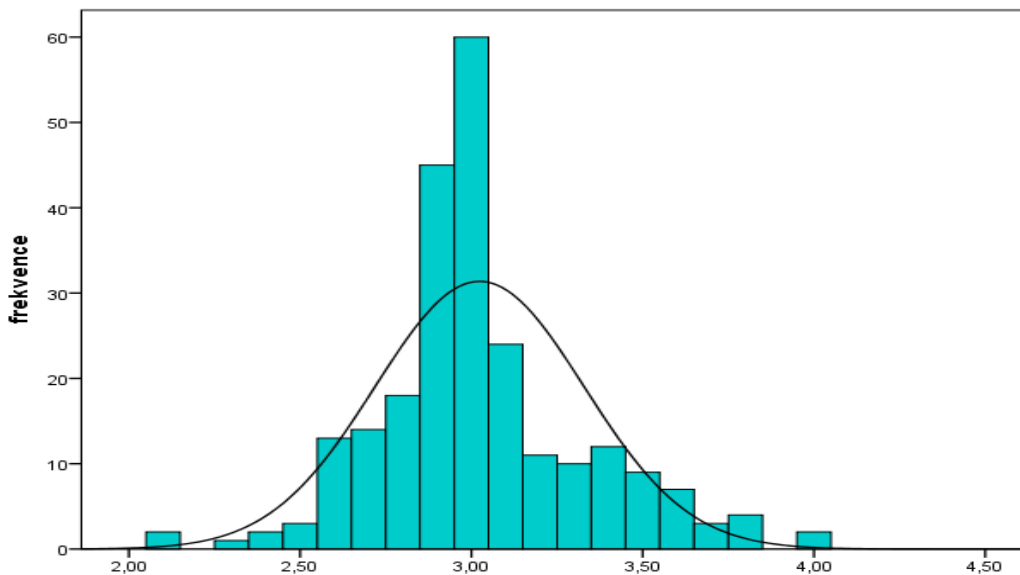
V škále **Nurse Participation in Hospital Affairs** bylo dosaženo průměrného skóre **M = 2,76 (SD = 0,35)**. Skóre se pohybuje v rozpětí od 1,56 po 4. Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Histogram 1.: Histogram škály Nurse Participation in Hospital Affairs



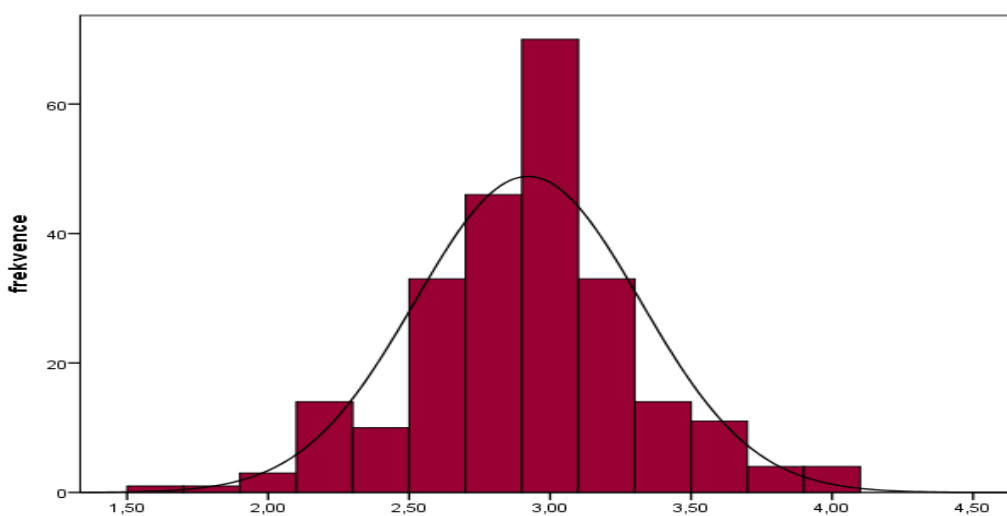
V škále **Nursing Foundations for Quality of Care** bylo dosaženo průměrného skóre $M = 3,02$ ($SD = 0,31$). Skóre se pohybuje v rozpětí od 2,1 po 4. Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají rovnoměrné rozložení.

Histogram 2.: Histogram škály Nursing Foundations for Quality of Care



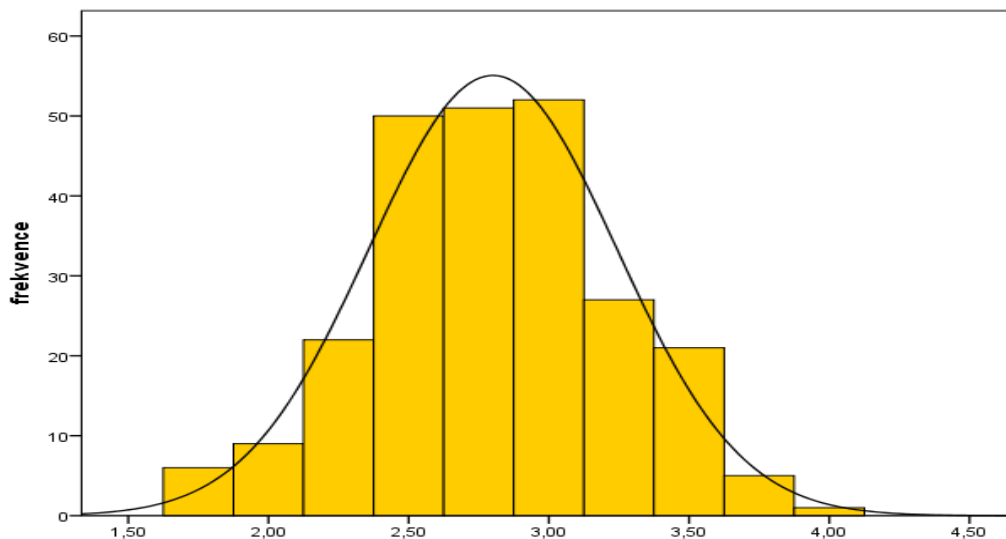
V škále **Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses** dosáhly sestry průměrné skóre $M = 2,92$ ($SD = 0,4$). Skóre se pohybuje v rozpětí od 1,6 po 4. Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Histogram 3.: Histogram škály Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses



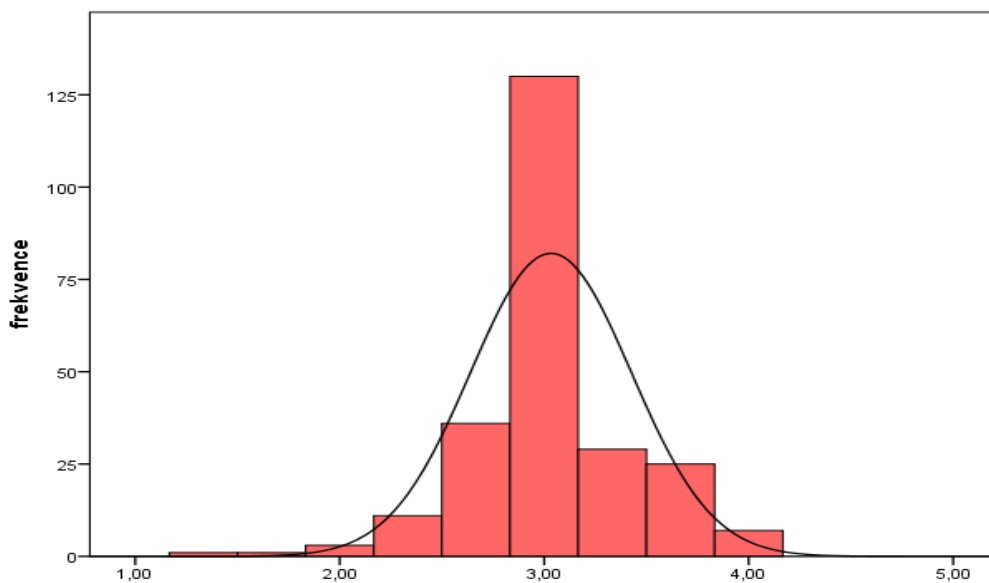
Ve škále **Staffing and Resource Adequacy** dosáhly sestry průměrné skóre **M = 2,8** (**SD = 0,44**). Skóre se pohybuje v rozpětí od 1,75 po 4. Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Histogram 4: Histogram škály Staffing and Resource Adequacy



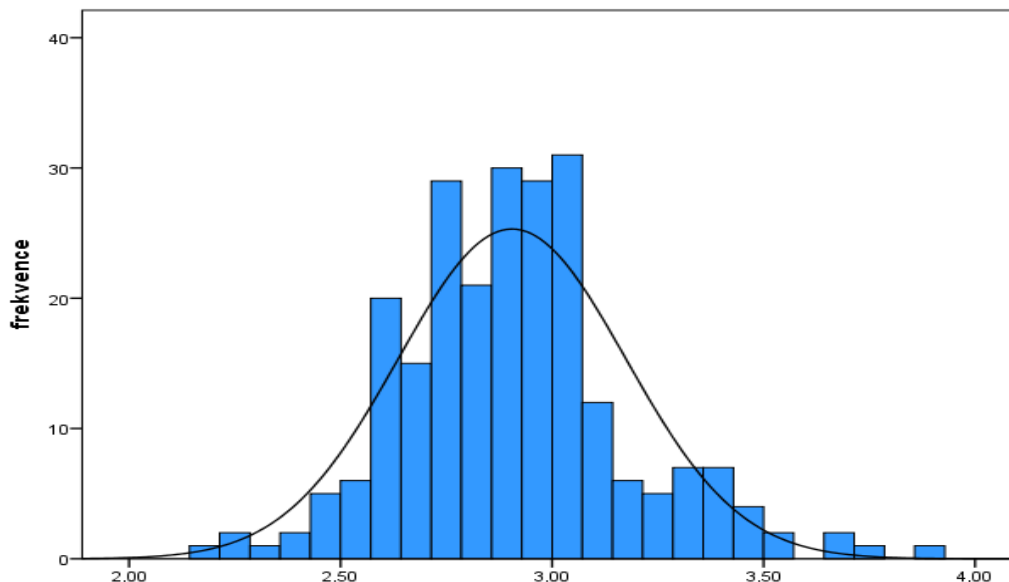
Ve škále **Collegial Nurse-Physician Relations** dosáhly sestry průměrné skóre **M = 3,03** (**SD = 0,39**). Skóre se pohybuje v rozpětí od 1,33 po 4. Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Histogram 5.: Histogram škály Collegial Nurse-Physician Relations



Celkové skóre se pohybovalo v rozpětí od 20,16 po 3,86. Průměrné skóre $M = 2,9$ ($SD = 0,27$). Z průběhu Gaussovy křivky vyplývá, že data nemají normální rozložení.

Histogram 6.: Histogram celkového skóre



Ověření hypotéz

H1: Lze očekávat, že respondenti se nebudou statisticky významně lišit podle typu pracovního zařazení respondentů v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Sestry jsme porovnali v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a také v celkovém skóre vzhledem k jejich současnému pracovnímu zařazení. Sestry, které pracují ve stacionáři a sestry pracující na resuscitačním oddělení jsme nezařadili do analýz kvůli nízkému počtu sester v těchto skupinách ($n < 10$). Pro porovnání jsme použili Kruskal-Wallisův test, kde nebyla zjištěna normalita v rozložení dat. Na základě hodnot statistické významnosti (tab.10) konstatujeme, že mezi sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci vzhledem k typu pracovního zařazení.

Hypotézu H1 přijímáme.

TAB. 10: Porovnání sester vzhledem k typu pracovního zařízení

	Škála 1	Škála 2	Škála 3	Škála 4	Škála 5	skóre
Chí kvadrát	1,87	2,376	1,164	2,535	6,241	4,221
Stupně volnosti	3	3	3	3	3	3
Statistická významnost	0,6	0,498	0,762	0,469	0,1	0,239

Škála č.1 zahrnuje celkem 9 položek, které se týkají podílu sester na nemocničních záležitostech a tématicky patří do skupiny Nurse Participation in Hospital affairs.

Škála č.2 zahrnuje celkem 10 otázek, které se týkají kvality péče, založené na ošetrovatelských základech a tématicky patří do skupiny Nursing Foundations for Quality of Care.

Škála č.3 zahrnuje celkem 5 položek, které se týkají schopností vedoucích sester vést a podporovat sestry a tématicky patří do skupiny Nurse Manager ability, leadership, and support of Nurses.

Škála č.4 zahrnuje celkem 4 položek, které se týkají personálu a přiměřenosti zdrojů a tématicky patří do skupiny Staffing and Resource Adequacy.

Škála č.5 zahrnuje celkem 3 položky, které se týkají vztahů mezi lékaři a sestrami a tématicky patří do skupiny Collegial Nurse-Physician Relations.

H2: Lze očekávat, že respondenti se nebudou statisticky významně lišit podle věku respondentů v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Věk sester jsme kategorizovali a vytvořili jsme 4 věkové skupiny: od 20 let do 30 let (n = 64), od 31 let do 40 let (n = 63), od 41 let do 50 let (n = 70) a nad 50 let (n = 41). Porovnání těchto věkových skupin jsme realizovali Kruskal-Wallisovým testem, (nebyla zjištěna normalita dat). Na základě hodnot statistické významnosti (tab.č.9) konstatujeme, že mezi sestrami vzhledem k jejich věku neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a ani v celkovém skóre.

Hypotézu H2 přijímáme.

TAB. 11.: Porovnání sester vzhledem k věku

	Škála 1	Škála 2	Škála 3	Škála 4	Škála 5	skóre
Chí kvadrát	7,491	3,709	5,497	4,746	0,062	4,365
Stupně volnosti	3	3	3	3	3	3
Statistická významnost	0,058	0,295	0,139	0,191	0,996	0,225

H3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle délky praxe respondentů v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Aby bylo možné ověřit stanovenou hypotézu, rozdělili jsme si délku praxe do 4 kategorií: do 10 let praxe ($n = 87$), od 11 let do 20 let praxe ($n = 75$), od 21 let do 30 let praxe ($n = 50$), nad 31 let praxe ($n = 32$). Pro porovnání jsme použili Kruskal-Wallisův test (nebyla zjištěna normalita rozložení dat). Na základě hodnoty statistické významnosti ($p < 0,05$) konstatujeme, že mezi sestrami vzhledem k délce praxe existuje statisticky významný rozdíl v škále Nurse Participation in Hospital Affairs. Podívali jsme se detailněji na to, mezi kterými dvojicemi skupin sester s různou délkou praxe tento rozdíl je. Zjistili jsme, že sestry s praxí od 11 let do 20 let ($Mdn = 2,67$) praxe mají statisticky významně nižší skóre v této subškále než sestry s délkou praxe od 21 let do 30 let ($Mdn = 2,84$) ($Mann-Whitney U test = 1301, p = 0,004$). V jiných dvojicích skupin nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Také jsme nezjistili statisticky významné rozdíly mezi sestrami vzhledem k délce praxe v ostatních subškálách a celkovým skóre (tab. č.10).

Hypotézu H3 nepřijímáme.

TAB. 12.: Porovnání sester vzhledem k délce praxe

	Škála 1	Škála 2	Škála 3	Škála 4	Škála 5	skóre
Chí kvadrát	8,489	3,232	7,732	1,866	0,836	4,723
Stupně volnosti	3	3	3	3	3	3
Statistická významnost	0,037	0,357	0,052	0,601	0,841	0,193

H4: Lze předpokládat, že respondenti se nebudou statisticky významně lišit podle nejvyššího stupně dosaženého vzdělání v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Pro ověření hypotézy jsme rozdělili nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání na 3 skupiny, kde jednu skupinu tvořily sestry se SZŠ (n = 139), druhou skupinu tvořily sestry s VOŠ – VZŠ (n = 36) a třetí skupinu tvořily sestry s vysokoškolským vzděláním (Bc., Mgr., PhDr., PhD.) (n = 69). Pro porovnání subškál stejně jako celkového skóre vzhledem na vzdělání jsme použili Kruskal-Wallisův test, protože jsme nezjistili normalitu rozložení dat. V tab. 11 jsou uvedené jednotlivé porovnání v subškálách a také v celkovém skóre. Statistická významnost vyšla v každém porovnání nižší než 0,05. Mezi sestrami s různým stupněm dosaženého vzdělání neexistuje statistický významný rozdíl v jednotlivých subškálách a ani v celkovém skóre hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Hypotézu H4 přijímáme.

TAB. 13.: Porovnání sester vzhledem k dosažené úrovni vzdělání

	Škála 1	Škála 2	Škála 3	Škála 4	Škála 5	skóre
Chí kvadrát	2,184	1,834	2,7	5,679	1,599	3,786
Stupně volnosti	2	2	2	2	2	2
Statistická významnost	0,336	0,4	0,259	0,058	0,449	0,151

H5: Lze očekávat, že respondenti se nebudou statisticky významně lišit podle délky setrvání v profesi v hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Délku setrvání v profesi jsme si rozdělili do 4 kategorií, do 10 let (n = 176), od 11 let do 20 let praxe (n = 42), od 21 let do 30 let praxe (n = 15), nad 31 let praxe (n = 11). Porovnání jsme realizovali Kruskal-Wallisovým testem (nebyla zjištěná normalita rozložení dat). Na základě hodnot statistické významnosti (tab.12) konstatujeme, že mezi sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a ani v celkovém skóre vzhledem na jejich délku setrvání v profesi.

Hypotézu H5 přijímáme.

TAB. 14.: Porovnání sester vzhledem k délce setrvání v profesi

	Škála 1	Škála 2	Škála 3	Škála 4	Škála 5	skóre
Chí kvadrát	7,262	1,542	5,259	5,061	3,385	4,627
Stupně volnosti	3	3	3	3	3	3
Statistická významnost	0,064	0,673	0,154	0,167	0,336	0,201

3.5 Diskuse

3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce

V této části práce budou diskutovány výsledky vlastní práce ve vztahu k dříve stanoveným hypotézám a cílům.

Aby bylo možné statisticky posoudit odpovědi respondentů na jednotlivé odpovědi dotazníku bylo nutné (i k vzhledem relativně malému zkoumanému vzorku) některé proměnné kategorizovat do logických skupin.

H1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle typu pracovního zařazení respondentů.

Sestry jsme porovnali v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a také v celkovém skóre vzhledem k jejich současnému pracovnímu zařazení. Sestry, které pracují ve stacionáři a sestry pracující na resuscitačním oddělení jsme nezařadili do analýz kvůli nízkému počtu sester v těchto skupinách ($n < 10$). Pro porovnání jsme použili Kruskal-Wallisův test, kde nebyla zjištěna normalita v rozložení dat. Na základě hodnot statistické významnosti (tab.10) konstatujeme, že mezi sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci vzhledem k typu pracovního zařazení.

Hypotézu H1 přijímáme.

H2: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle věku respondentů.

Věk sester jsme kategorizovali a vytvořili jsme 4 věkové skupiny: od 20 let do 30 let ($n = 64$), od 31 let do 40 let ($n = 63$), od 41 let do 50 let ($n = 70$) a nad 50 let ($n = 41$). Porovnání těchto věkových skupin jsme realizovali Kruskal-Wallisovým testem, (nebyla zjištěna normalita dat). Na základě hodnot statistické významnosti (tab.č.11) konstatujeme, že mezi sestrami vzhledem k jejich věku neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a ani v celkovém skóre.

Hypotézu H2 přijímáme.

H3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle délky praxe respondentů.

Aby bylo možné ověřit stanovenou hypotézu, rozdělili jsme si délku praxe do 4 kategorií: do 10 let praxe ($n = 87$), od 11 let do 20 let praxe ($n = 75$), od 21 let do 30 let praxe ($n = 50$), nad 31 let praxe ($n = 32$). Pro porovnání jsme použili Kruskal-Wallisův test (nebyla zjištěna normalita rozložení dat). Na základě hodnoty statistické významnosti ($p < 0,05$) konstatujeme, že mezi sestrami vzhledem k délce praxe existuje statisticky významný rozdíl v škále Nurse Participation in Hospital Affairs. Podívali jsme se detailněji na to, mezi kterými dvojicemi skupin sester s různou délkou praxe tento rozdíl je. Zjistili jsme, že sestry s praxí od 11 let do 20 let ($Mdn = 2,67$) praxe mají statisticky **významně nižší skóre** v této subškále než sestry s délkou praxe od 21 let do 30 let ($Mdn = 2,84$) (Mann-Whitney U test = 1301, $p = 0,004$). V jiných dvojicích skupin nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Také jsme nezjistili statisticky významné rozdíly mezi sestrami vzhledem k délce praxe v ostatných subškálách a celkovém skóre (tab.12).

Hypotézu H3 nepřijímáme.

H4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle nejvyššího stupně dosaženého vzdělání.

Pro ověření hypotézy jsme rozdělili nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání na 3 skupiny, kde jednu skupinu tvořily sestry se SZŠ (n = 139), druhou skupinu tvořily sestry s VOŠ – VZŠ (n = 36) a třetí skupinu tvořily sestry s vysokoškolským vzděláním (Bc., Mgr., PhDr., PhD.) (n = 69). Pro porovnání subškál stejně jako celkového skóre vzhledem na vzdělání jsme použili Kruskal-Wallisův test, protože jsme nezjistili normalitu rozložení dat. V tab. 13 jsou uvedené jednotlivé porovnání v subškálách a také v celkovém skóre. Statistická významnost vyšla v každém porovnání nižší než 0,05. Mezi sestrami s různým stupněm dosaženého vzdělání neexistuje statistický významný rozdíl v jednotlivých subškálách a ani v celkovém skóre hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci.

Hypotézu H4 přijímáme.

H5: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit podle délky setrvání v profesi.

Délku setrvání v profesi jsme si rozdělili do 4 kategorií, do 10 let (n = 176), od 11 let do 20 let praxe (n = 42), od 21 let do 30 let praxe (n = 15), nad 31 let praxe (n = 11). Porovnání jsme realizovali Kruskal-Wallisovým testem (nebyla zjištěná normalita rozložení dat). Na základě hodnot statistické významnosti (tab.č.14) konstatujeme, že mezi sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníku pro hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci a ani v celkovém skóre vzhledem na jejich délku setrvání v profesi.

Hypotézu H5 přijímáme.

Vnitřní konzistence byla hodnocena pomocí Cronbachova koeficientu alfa a dosahovala v jednotlivých skupinách hodnot od $\alpha = 0,453 - 0,743$. Celkové skóre dosáhlo hodnoty $\alpha = 0,859$. Vnitřní konzistenci dotazníku i jednotlivých skupin lze považovat za dobrou.

V jednotlivých skupinách se skóre pohybovalo od 2.76 do 3.03. Nejvyššího skóre bylo dosaženo u položek, které jsou zahrnuty do skupiny Vztahy mezi lékaři a sestrami (*Collegial Nurse-Physician relations*) 3.03, následovala skupina Kvalita péče

je založena na ošetrovatelských základech (*Nursing Foundations for quality of care*) 3.02, téměř shodného skóre dosáhly položky Schopnosti vedoucích sester vést a podporovat sestry (*Nurse manager, ability, leadership and support of nurses*) 2.92 a Personál a zajištění zdrojů (*Staffing and resource adequacy*) 2.8. Nejnižší skóre zaznamenala položka Podíl sester na nemocničních záležitostech (*Nurse participation in hospital affairs*) 2.76. Měřené kompozitní skóre bylo 2.9 – jedná se o tzv. favourable practice environment, tedy příznivé pracovní prostředí.

Dále byly zhodnoceny mezipoložkové korelace v jednotlivých skupinách, které si kladly za cíl zhodnotit jakým způsobem spolu jednotlivé položky souvisí a zda jejich umístění v dané skupině je relevantní. K mezipoložkové analýze byl využit Spearmanův korelační koeficient. Ve všech pěti hlavních skupinách byly nalezeny pozitivní korelace, svědčící o smyslu a důležitosti jednotlivých položek v hlavních skupinách.

4. ZÁVĚR

Prostřednictvím bakalářské práce jsme se pokusili zmapovat psychosociální a organizační faktory, které ovlivňují pracovní činnost sester. K naplnění tohoto cíle byly stanoveny následující cíle:

1. Řádným a pečlivým způsobem prostudovat řešenou problematiku ze zahraničních literárních, časopiseckých i ověřených internetových zdrojů.
2. Z ověřených zahraničních zdrojů převzít, přeložit a adekvátně upravit validizovaný dotazník pro cílovou skupinu respondentů.
3. Vybraným skupinám respondentů zadat upravený dotazník.
4. Získané výsledky dotazníkového šetření objektivním a správným způsobem seřadit, zpracovat a statisticky vyhodnotit.
5. Výsledky dotazníkového šetření následně zhodnotit a porovnat s již provedenými studii na podobné téma.
6. Možnost aplikace dosažených poznatků do praktické oblasti ošetrovatelství.

Můžeme konstatovat, že námi stanovené cíle byly splněny.

Management nemocnic v České republice nemá v současné době k dispozici žádný nástroj, který by byl schopen změřit a adekvátně vyhodnotit pracovní prostředí sester. The Practice Environment Scale of The Nursing Work Index (PES-NWI) by se mohl stát správnou volbou. V evropských zemích neustále narůstá zájem o PES-NWI a jeho využití v praxi po předchozím přeložení, validizaci a standardizaci.

Rozhodli jsme se dotazník zadat ve vybraných nestátních zdravotnických zařízeních. Důvodem byl předpoklad, že dosažené výsledky z nestátních zdravotnických zařízení budou dosahovat vysokého skóre ve všech položkách a prostředí bude hodnoceno jako příznivé. Náš předpoklad se potvrdil, prostředí bylo hodnoceno jako příznivé.

Překvapilo nás, že sestry v nestátním sektoru hodnotily nejnižším skóre položky, které jsou zahrnuty ve skupině „Podílení sester na nemocničních záležitostech“ (*Nurse Participation in Hospital Affairs*). Sestry mají velmi malou možnost být členkami pracovních skupin a výborů, které rozhodují o kvalitě poskytované péče, směrnicích, postupech a nákupu zdravotnického vybavení a materiálu, což považujeme za ne příliš šťastné, protože právě sestry by měly vyžadovat participaci. Nákup levných a

nekvalitních prostředků zvyšuje finanční náklady nemocnice, které by mohly být využity efektivněji (mimořádné odměny, zaplacení vzdělávacího kurzu pro sestry apod.). V dnešní době je možné se s dodavatelem zdravotnického vybavení domluvit a některé pomůcky si na určitou dobu zapůjčit k vyzkoušení a předejít neuváženému nákupu.

K výzkumnému šetření bylo přizváno více nestátních zdravotnických zařízení, ale bohužel účast odmítly.

V rámci řešení bakalářské práce jsme si uvědomili, jak obtížné je překládat jednotlivé položky zahraničního validizovaného dotazníku do podmínek českého zdravotnictví tak, aby nedošlo ke změně smyslu těchto položek.

Ambicemi bakalářské práce nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat danou problematiku, ale nalézt a porovnat veškeré dosud publikované studie a ukázat způsob, jakým by mohly být měřeny a hodnoceny psychosociální a organizační faktory v práci sester.

Jedná se o velice zajímavou problematiku, která si zaslouží adekvátní pozornost a my se stotožňujeme s názorem (Pauknerová, 2012), že pracovní podmínky patří mezi neustále a aktuálně řešené otázky v rámci psychologie práce a organizace, protože mají vliv na výkonnost, spokojenost a spolehlivost pracovníků.

Zajímavé by jistě bylo porovnání dosažených výsledků mezi státními a nestátními zdravotnickými zařízeními a studii následně publikovat.

5. REERENČNÍ SEZNAM

1. AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE D.M., LAKE, E.T., CHENEY, T. *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes*. J. Nurs Admin., 38 (5) (2008), pp. 223-229, 10.1097/01, NNA.0000312773.42352.d7
2. AIKEN, L.H., PATRICIAN, P.A. *Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index*. Nurs. Res., 49 (3) (2002), pp. 146-153
3. AIKEN, L.H., SLOANE, M.D., BRUYNEEL, L., VAN DEN HEEDE, K, SERMEUS, W.: RN4CAST Consortium. *Nurse's reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe*. International Journal of Nursing Studies 2013:50 (2):143-153
4. AMARAL, A.F.S., FERREIRA, P.L., LAKE, E.T.: *Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population*. International Journal of Caring Science, 2012, volume 25, Issue 1: 46-55
5. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S.: *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy: 13. vydání*. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7
6. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M.: *Vztah sestry-lékaře*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2010. Brno. ISBN 978-80-7012-526-6
7. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno. 2000. ISBN 80-7013-288-4
8. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I., JAROŠOVÁ, E.: *Manažerská psychologie a sociologie*. Praha: Management Press, 2012. ISBN 978-80-7261-239-0

9. DALL'ORA, C., GRIFFITHS, P., BALL, J, et al.: *Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries*. BMJ Open 2015;5: e008331. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008331
10. EL-JARDALI, F., DIMASSI, H., JAMAL, D., JAAFAR, M., HEMADEH, N.: *The Current state of Patient Safety Culture in lebanese Hospitals: A study at Baseline*. International Journal for Quality in Health Care 2010, 22:386-395.
11. FERGUSON, S.A., DAWSON, D.: *12-h or 8-h shifts? It depends*. Sleep Medicine Reviews. 2012. Volume 16, Issue 6, pp. 519–528
12. JERMÁŘ, M., EGEROVÁ, D.: *Psychologie v organizační a ekonomické praxi*. 2., upr. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2014. ISBN 978-80-261-0402-5
13. JIRÁK, Z., VAŠINA, B.: *Fyziologie a psychologie práce*. 2.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 978-80-7368-610-9
14. KOHOUTEK, R., OCETKOVÁ, I., ŠTĚPANÍK, J.: *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998. ISBN 80-7204-064-2
15. LAKE, E.T. *Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*. Res. Nur. Health, 25 (3) (2002), pp. 176-188, 10.1002/nur.10032
16. LASCHINGER, H.K.S., LEITER, M.P.: *The impact of Nursing Work Environments on Patient safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement*. The Journal of Nursing Administration, 2006, 36 (5): 259-267
17. LUKÁŠOVÁ, R.: *Organizační kultura a její změna*. Praha: GRADA Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2951-0

18. MAINZ, H., BAERNOLDT, M., RAMLAU-HANSEN, CH., BRING, O. *Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA*. International Nursing Rev. 2015 Dec.,62 (4):479-488. doi: 10.1111/inr.12208. Epub 2015 Sep 10
19. MALÝ, S., KRÁL, M., HANÁKOVÁ, E.: *ABC ergonomie*. První vydání. Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v.v.i.,2010. ISBN 978-80-7431-027-0
20. MIKULÁŠTÍK, M.: *Manažerská psychologie*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2007. Manažer. ISBN 978-80-247-1349-6
21. PARKER, D., TUCKETT, A., ELEY, R., HEGNEY, D.: *Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for Queensland Nurses*. International Journal of Nursing Practice. 2010 Aug, 16(4):352-358. doi: 10.1111/j.1440-172 X.2010.01851.x. ISSN 1322-7114. Available in USQ ePrints
22. PAUKNEROVÁ, D.: *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3. aktualizované a doplněné vyd. Praha: GRADA Publishing, 2006. Manažer. ISBN 978-80-247-3809-3
23. RYMĚŠ, M.: *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Nakladatelství Svoboda. Praha. 1985. Vydání první.
24. SELEY, H.: *Stres života*. Pragma, 2016. ISBN 978-807-3493-929
25. SERMEUS, W., AIKEN, H.L., VAN DEN HEEDE, K. et al: *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*. BMC Nursing 2011, 10:
26. SCHEIN, E.H.: *Psychologie organizace*. Praha: Orbis, 1969. Malá moderní encyklopedie (Orbis)
27. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1

28. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J.: *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4
29. ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J.: *Psychologie ve světě práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5
30. TERVO-HEIKINEN, T., PARTANEN, P., AALTO, P., VEHVILÄINEN-JULKUNNEN, K.: *Nurse's work environment and nursing outcomes: A survey study among Finnish university hospital registered nurses*. International Journal of Nursing practice. 2008. Volume 14, Issue 5, pp. 335-407
31. URBAN, J.: *Motivace a odměňování pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2017. Manažer. ISBN 978-80-271-9599-2
32. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2
33. VÉVODA, J.: *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3
34. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
35. WARSHAWSKY, N.E., HAVENS, D.S.: *Global use of the Practice Environment scale of the Nursing Work Index*. Nursing Research, 2011, 60 (1), 17-31
36. ZÍTKOVÁ, M., POKORNÁ, A., MIČUDOVÁ, E.: *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5094-1
37. ZVOLSKÝ, P., DUFKOVÁ, D., FALTUS, F. et al. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-681-3

SEZNAM VÝSEČOVÝCH GRAFŮ

Graf 1 Povolání respondentů.....	47
Graf 2 Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání.....	47
Graf 3 Zaměření pracoviště.....	48
Graf 4 Typ pracoviště.....	49
Graf.5 Charakteru pracoviště.....	49

SEZNAM TABULEK

TAB.1 Dosažené skóre (Parker, 2010).....	38-39
TAB.2 PES-NWI Dánská studie.....	41-42
TAB.3 Relativní četnosti % odpovědí.....	51-52
TAB.4 Mezipoložkové korelace – škála I.....	56
TAB.5 Mezipoložkové korelace-škála II.....	57
TAB.6 Mezipoložkové korelace-škála III.....	59
TAB.7 Mezipoložkové korelace-škála IV.	59
TAB.8 Mezipoložkové korelace-škála V.....	60
TAB.9 Vnitřní konzistence.....	61
TAB.10 Porovnání-typ pracovního zařazení sester.....	66
TAB.11 Porovnání vzhledem k věku sester.....	67
TAB.12 Porovnání vzhledem k délce praxe sester.....	67
TAB.13 Porovnání podle úrovně vzdělání sester.....	68
TAB.14 Porovnání podle setrvání v profesi.....	69

HISTOGRAMY

Histogram 1.: Histogram škály I.....	62
Histogram 2.: Histogram škályII	63
Histogram 3: Histogram škály	63
Histogram 4: Histogram škály	64
Histogram 5: Histogram škály	64
Histogram 6: Histogram celkového skóre.....	65

SEZNAM ZKRATEK

apod. - apodobně

Bc.- bakalářský stupeň vzdělání

č. – číslo

H1 – hypotéza číslo 1

Mdn. - medián

n - počet respondentů

SZŠ-Střední zdravotnická škola

s. - strana

VZŠ-Vyšší zdravotnická škola

TAB. - tabulka

tj. - to je

Příloha: Žádost o povolení výzkumného šetření

Etická komise OB kliniky
Pod Krejčárkem 975
13000 Praha 3

Věc : Žádost o povolení výzkumu

Velice ráda bych Vás touto cestou požádala o povolení provedení výzkumu na Vašem lůžkovém oddělení. Jednalo by se o výzkum, prováděný v rámci Bakalářské práce

na téma : Psychosociální a organizačních faktory v práci sester ve vybraných nestátních lůžkových zařízeních. K výzkumu bych použila již validizovaný dotazník, přeložený z anglického originálu. Tento dotazník má 31 položek, otázky jsou pokládány takovým způsobem, aby bylo možné z odpovědí následně vyhodnotit pracovní prostředí na třístupňové škále a dále porovnat s výsledky zjištěnými na jiných soukromých klinikách v Praze. Časová dotace výzkumu by zahrnovala maximálně jednu hodinu (před vlastním vyplňováním dotazníku bych velmi ráda realizovala krátkou instruktáž o jednotlivých položkách a způsobu vyplnění). Oslovila bych pouze sestry, které pracují ve směnném provozu na lůžkovém oddělení.

V příloze si dovoluji zaslat dotazník, který bych ráda předložila při realizaci výzkumu, součástí dotazníku budou také otázky týkající se věku, délky praxe, pohlaví a dosaženého vzdělání pro statistické údaje. V případě Vašeho zájmu o účasti na tomto výzkumu, budete samozřejmě informováni o výsledku studie.

S pozdravem a s přáním pěkného dne

Zuzana Žežulková (studentka 3.ročníku LF UK obor Všeobecná sestra)

Vyjádření EK: Etická komise OB kliniky schvaluje provedení výzkumu na pracovišti OB kliniky

V Praze dne 11.10.2017

MUDr. Petra Šrámková

Předseda
ETICKÁ KOMISE
OB. KLINIKA a.s.
Pod Krejčárkem 975
130 00 Praha 3

Příloha: Dotazník – originální verze dle Lake (2002)

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

For each item, please indicate the extent to which you agree that the item is PRESENT IN YOUR CURRENT JOB. Indicate your degree of agreement by circling the appropriate number.

	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
1 Adequate support services allow me to spend time with my patients.	1	2	3	4
2 Physicians and nurses have good working relationships	1	2	3	4
3 A supervisory staff that is supportive of the nurses.	1	2	3	4
4 Active staff development or continuing education programs for nurses.	1	2	3	4
5 Career development/clinical ladder opportunity.	1	2	3	4
6 Opportunity for staff nurses to participate in policy decisions.	1	2	3	4
7 Supervisors use mistakes as learning opportunities, not criticism.	1	2	3	4
8 Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses	1	2	3	4
9 Enough registered nurses to provide quality patient care.	1	2	3	4
10 A nurse manager who is a good manager and leader.	1	2	3	4
11 A chief nursing officer who is highly visible and accessible to staff	1	2	3	4
12 Enough staff to get the work done	1	2	3	4
13 Praise and recognition for a job well done.	1	2	3	4
14 High standards of nursing care are expected by the administration	1	2	3	4
15 A chief nursing officer equal in power and authority to other top-level hospital executives	1	2	3	4
16 A lot of team work between nurses and physicians.	1	2	3	4
17 Opportunities for advancement.	1	2	3	4
18 A clear philosophy of nursing that pervades the patient care environment.	1	2	3	4
19 Working with nurses who are clinically competent.	1	2	3	4
20 A nurse manager who backs up the nursing staff in decision making, even if the conflict is with a physician.	1	2	3	4
21 Administration that listens and responds to employee concerns.	1	2	3	4
22 An active quality assurance program.	1	2	3	4
23 Staff nurses are involved in the internal governance of the hospital (e.g., practice and policy committees).	1	2	3	4
24 Collaboration (joint practice) between nurses and physicians.	1	2	3	4
25 A preceptor program for newly hired RNs	1	2	3	4
26 Nursing care is based on a nursing, rather than a medical, model.	1	2	3	4

27	Staff nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committees.	1	2	3	4
28	Nursing administrators consult with staff on daily problems and procedures	1	2	3	4
29	Written, up-to-date nursing care plans for all patients.	1	2	3	4
30	Patient care assignments that foster continuity of care, i.e., the same nurse cares for the patient from one day to the next.	1	2	3	4
31	Use of nursing diagnoses.	1	2	3	4

Source: Eileen T. Lake. "Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index." *Research in Nursing & Health*, May/June 2002; 25(3): 176-188.

Příloha: Metodika vyhodnocení dotazníku dle Lake (2002)

SUBSCALES AND COMPONENT ITEMS

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index	
Subscale	Component items
Nurse Participation in Hospital Affairs	5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28
Nursing Foundations for Quality of Care	4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31
Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	3, 7, 10, 13, 20
Staffing and Resource Adequacy	1, 8, 9, 12
Collegial Nurse-Physician Relations	2, 16, 24

SCORING DIRECTIONS

Score each item so that higher numbers indicate greater agreement. Thus, if *Astrongly agree* was coded 1, and *Astrongly disagree* was coded 4, you must first reverse code (by subtracting each answer from 5) before calculating subscale scores. Once the coding is in the right direction, calculate nurse-specific subscale scores as the mean of the items in the subscale. The mean permits easy comparison across subscales. For hospital-level scores, calculate the item-level means at the hospital level. Then proceed with the standard computation for subscale scores. This approach permits all nurse responses, including responses of nurses who did not answer all items, to be included in the hospital score.

Calculate an overall PES-NWI "composite" score as the mean of the five subscale scores. This approach gives equal weight to the subscales, rather than to the items.

Příloha: Dotazník, přeložený z anglického jazyka do jazyka českého

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Zuzana Žežulková a jsem studentkou 3. ročníku kombinované formy bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V současné době zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Psychosociální a organizační faktory v práci sester v nestátních zdravotnických zařízeních“. V této souvislosti se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o vyplnění následujícího dotazníku zaměřeného na zjišťování a měření psychosociálních a organizačních faktorů práce sester. Cílem práce je nejen identifikace uvedených faktorů, ale také validizace výzkumného nástroje (dotazníku) převzatého se souhlasem autorky z amerického originálu. Zpracovaná data z dotazníkového šetření mohou mít pozitivní dopad nejen do praxe, ale také mohou přispět k rozšíření metody měření a hodnocení psychosociálních a organizačních faktorů v práci sester v ČR na základě validizace a standardizace dotazníku, který je v zahraničí běžně používán. Zároveň tak budou vytvořeny i předpoklady pro mezinárodní srovnání výsledků, jež může sloužit jako podklad pro případné změny v koncepci řízení ošetrovatelské péče. Vlastní šetření je anonymní. Vyplněné dotazníky odevzdejte v zalepené obálce Vaší vrchní sestře do DD.MM.RRRR – při zachování anonymity šetření. Vyplněním dotazníku dáváte zároveň souhlas s využitím Vámi poskytnutých informací pro zpracování bakalářské práce, případně i k publikování závěrů z práce vyplývajících.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který budete vyplnění dotazníku věnovat.

V Praze, dne DD.MM.RRRR

Zuzana Žežulková

V následující tabulce jsou uvedena tvrzení, ke kterým, prosím, vyjádřete svůj názor označením jedné varianty z nabízených odpovědí na škále 1 = rozhodně souhlasím, 2 = souhlasím, 3 = nesouhlasím a 4 = rozhodně nesouhlasím.

Zn.	Číslo otázky	Tvrzení:	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
B	1.	Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetrovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.	1	2	3	4
C	2.	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.	1	2	3	4
D	3.	Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).	1	2	3	4
E	4.	Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.	1	2	3	4
F	5.	Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.	1	2	3	4
G	6.	Všeobecné sestry mají možnost podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště / zdravotnického zařízení (např. nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce).	1	2	3	4

Zn.	Číslo otázky	Tvrzení:	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
H	7.	Nadřizení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.	1	2	3	4
I	8.	Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	1	2	3	4
J	9.	Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.	1	2	3	4
K	10.	Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.	1	2	3	4
L	11.	Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.	1	2	3	4
M	12.	Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.	1	2	3	4
N	13.	Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné.	1	2	3	4
O	14.	Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče.	1	2	3	4
P	15.	Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.	1	2	3	4
Q	16.	Lékaři a sestry často pracují v týmu.	1	2	3	4
R	17.	Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy)	1	2	3	4
S	18.	Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.	1	2	3	4
T	19.	Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.	1	2	3	4
U	20.	Vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester a to i v případě, že se jedná o spor s lékařem.	1	2	3	4
V	21.	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.	1	2	3	4
W	22.	Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).	1	2	3	4
X	23.	Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).	1	2	3	4
Y	24.	Lékaři a sestry spolupracují.	1	2	3	4
Z	25.	Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).	1	2	3	4

Zn.	Číslo otázky	Tvrzení:	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
AA	26.	Ošetrovatelská péče je založena především na ošetrovatelském přístupu (potřeby pacienta), než na přístupu medicínském.	1	2	3	4
AB	27.	Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničních ošetrovatelských pracovních a poradních skupinách.	1	2	3	4
AC	28.	Vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti.	1	2	3	4
AD	29.	Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetrovatelské plány.	1	2	3	4
AE	30.	Jsou zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně.	1	2	3	4
AF	31.	Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy.	1	2	3	4

Děkuji a nyní Vás prosím o vyplnění základních informací o Vás a o Vašem pracovním zařazení:

AG Prosím, uveďte Vaše pohlaví:

- 1 Žena
- 2 Muž

AH Prosím, uveďte Váš věk v letech:

AI Jaké povolání vykonáváte?

- 1 Všeobecná sestra
- 2 Dětská sestra
- 3 Porodní asistentka
- 4 Praktická sestra
- 5 Zdravotnický záchranář
- 6 Jiné, uveďte:

AJ Jaký je nejvyšší stupeň Vašeho ukončeného odborného vzdělání?
(kromě specializované způsobilosti)

- 1 SZŠ
- 2 VOŠ - VZŠ (DIS)
- 3 Vysokoškolské - bakalářský studijní program
- 4 Vysokoškolské - magisterský studijní program (včetně rigorózního řízení - PhDr.)
- 5 Vysokoškolské - doktorský studijní program (titul Ph.D. psaný za jménem)

AK Máte specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém pracujete?

- 1 Ne
- 2 Ano, uveďte obor specializačního vzdělávání:

AL Prosím, uveďte celkovou délku Vaší odborné praxe v aktuálně vykonávaném zdravotnickém povolání v letech:

AM Prosím, uveďte, jak dlouho pracujete na současném pracovišti (v letech):

AN Prosím, uveďte zaměření Vašeho pracoviště:

- 1 Pracoviště pro dětské pacienty
- 2 Pracoviště pro dospělé pacienty
- 3 Pracoviště pro dětské i dospělé pacienty
- 4 Jiné, uveďte:

AO Prosím, označte typ pracoviště podle Vašeho současného pracovního zařazení:

- 1 Ambulantní provoz
- 2 Stacionář
- 3 Standardní lůžkové oddělení
- 4 Jednotka intenzivní péče
- 5 Resuscitační oddělení
- 6 Komplement (např. anestezie, centrální operační sály, centrální sterilizace, centrální odběrová místa apod.)
- 7 Jiné, uveďte:

AP Uvedte charakter Vašeho pracoviště podle typu poskytovaných zdravotních služeb:

- 1 Pracoviště chirurgického typu (všechny operační obory)
- 2 Pracoviště interního typu, včetně pediatrie (např. neurologie, kardiologie, pneumologie...)
- 3 Jiné, uveďte:

AQ Prosím, uveďte výši svého pracovního úvazku (v %):

AR V jakém pracovním režimu pracujete?

- 1 V nepřetržitém pracovním režimu (směnný provoz)
- 2 V jednosměnném pracovním režimu
- 3 V jiném pracovním režimu, uveďte:

V této části dotazníku můžete vyjádřit svůj názor na řešenou problematiku, případně i na zadaný dotazník (*nepovinné*):

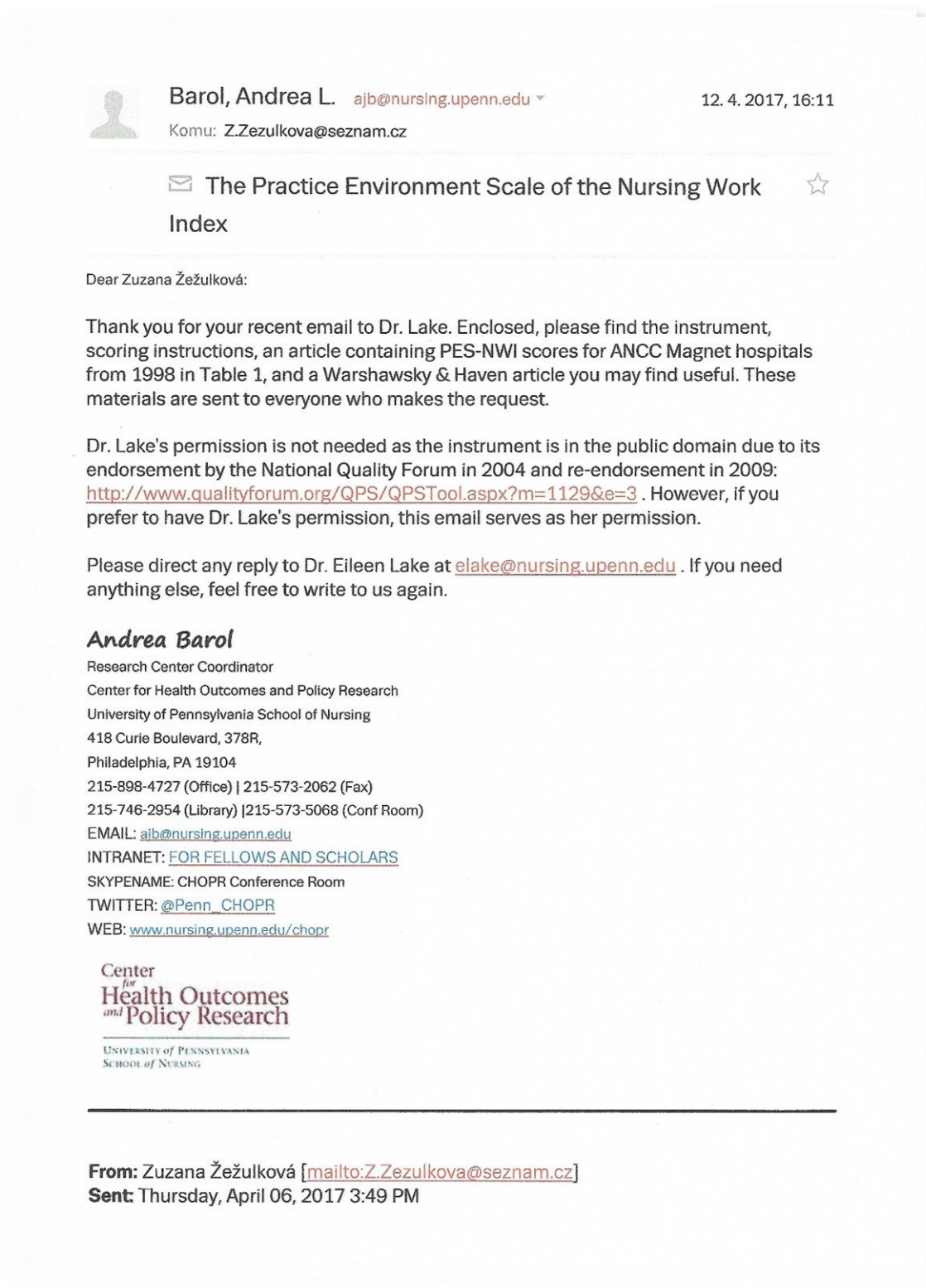
Vážená kolegyně, vážený kolego,

děkuji Vám za vyplnění dotazníku a prosím Vás o jeho odevzdání v zalepené obálce Vaší vrchní sestře do DD.MM.RR – při zachování anonymity šetření.

S pozdravem

Zuzana Žežulková

Příloha A: Souhlas autorky Dr. Lake s použitím dotazníku v ČR



To: Lake, Eileen T <elake@nursing.upenn.edu>

Subject: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Dear Dr. Lake

My name is Zuzana Žežulková and I am a student at the Charles University (Czech Republic), Bachelor's degree nurse. I am very interested in your article Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, Research in Nursing and Health, 25, 176-188. In the Czech Republic, unfortunately, the PES-NWI was never used and I would like to use it in our research study about incoming nurses' mentoring and training. I am also very interested in the Portuguese study using the PES-NWI because I would like to focus on similar issues with Czech nurses.

If possible, could you please share with me the original version of the questionnaire which should contain 65 questions? I would use it with our study researching Czech nurses work conditions in public and private hospitals.

Thank you for your time,
Zuzana Žežulková

Přílohy



image001.jpg – Obrázek, 43 kB

[↓ Stáhnout](#) [Zobrazit >](#)



image002.jpg – Obrázek, 5 kB

[↓ Stáhnout](#) [Zobrazit >](#)



image002.jpg – Obrázek, 5 kB

[↓ Stáhnout](#) [Zobrazit >](#)



PES-NWI subscales and scoring.doc – Word, 28 kB

[↓ Stáhnout](#) [Zobrazit >](#)



Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.doc – Word, 68 kB

[↓ Stáhnout](#) [Zobrazit >](#)

[Stáhnout všechny přílohy](#)