

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Mgr. Hana Novotná

**Organizační a psychosociální faktory
práce sester na vybraných pracovištích FN
Motol**

Bakalářská práce

Praha 2018

Autor práce: Mgr. Hana Novotná

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

Oponent práce: PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Datum obhajoby: 2018

Bibliografické údaje:

Novotná, Hana: *Organizační a psychosociální faktory práce sester na vybraných pracovištích FN Motol*. Praha: Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2018. Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA.

Anotace:

Bakalářská práce pojednává o psychosociálních a organizačních faktorech, jako jsou stres, vztahy na pracovišti, způsob vedení organizace, schopnosti nadřízených a další. Popisuje zdravotnická zařízení akreditovaná jako pracoviště „magnet“.

Ke zhodnocení psychosociálních a organizačních faktorů používá standardizovaný dotazník PES-NWI, který byl v rámci práce přeložen do češtiny a zadán cílovému vzorku sester ve FN Motol. Zkoumá souvislost mezi demografickými údaji o respondentech a jejich odpověďmi v dotazníku a zjišťuje, že až na několik málo výjimek odpovědi respondentů nesouvisí se zkoumanými demografickými údaji.

Práce dále přináší výsledky hodnocení dotazníku PES-NWI a porovnává je se studii uskutečněnými v zahraničí. Součástí práce je přehled studií využívajících dotazník PES-NWI mezi roky 2002 a 2016.

Annotation:

This bachelor thesis examines the psychosocial and organizational factors, such as stress, relationships at the workplace, management style, managers' abilities, and others. The thesis describes healthcare facilities recognized as „Magnet“.

To evaluate the psychosocial and organizational factors, the standardized questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) was used. After it was translated to Czech, the questionnaire was submitted to a target sample of nurses at the Motol Hospital. The thesis examines the potential correlations between respondents' demography and their answers to the questionnaire and finds that, with a few exceptions, there are no statistically significant relationships. Finally, the thesis compares the findings from the PES-NWI questionnaire at Motol Hospital to similar studies made in other countries. A part of the thesis is an overview of studies that used PES-NWI between 2002–2016.

Klíčová slova:

organizační faktory, psychosociální faktory, nedostatek sester, management v ošetrovatelství, PES-NWI, „magnet hospital“

Key words:

organizational factors, psychosocial factors, shortage of nurses, nursing management, PES-NWI, magnet hospital

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Hana Novotná**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

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

Název práce: **Organizační a psychosociální faktory práce sester na vybraných pracovištích FN Motol**

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:

FERREIRA, Maria Regina Sardinheiro do Céu Fur a José Joaquim Penedos Amendoeira MARTINS. Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the portuguese reality. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014, 48(4), 691-698. ISSN 0080-6234.

LAKE, E. T. (2002), Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res. Nurs. Health, 25: 176-188.

EILEEN T. Lake (1998). Advances in understanding and predicting nurse turnover. Research in the Sociology of Health Care, 15, 147-171.

WARSHAWSKY, Nora E. a Donna Sullivan HAVENS. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Nursing Research. 2011, 60(1), 17-31. ISSN 0029-6562.

CUMMINGS, Greta G., Tara MACGREGOR, Mandy DAVEY, How LEE, Carol A. WONG, Eliza LO, Melanie MUISE a Erin STAFFORD. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2010, 47(3), 363-385. ISSN 00207489.

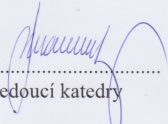
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **PhDr. Haluzíková Jana, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 11.5.2017

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry


.....
Děkan

V Praze dne 11.5.2017

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

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 k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne

Mgr. Hana Novotná

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce doktoru Jirkovskému za ochotu, laskavost a především trpělivost.

Poděkování za podporu a toleranci patří také celé rodině.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ANCC – American Nurses Credentialing Center

FN – Fakultní nemocnice

NWI – Nursing Work Index

NWI-R – Revised Nursing Work Index

PES-NWI – Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

1. ÚVOD	11
1.1 CÍLE PRÁCE	12
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
2.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY	14
2.1.1 Psychická pracovní zátěž.....	15
2.1.2 Psychosociální stres.....	16
2.1.3 Vztahy na pracovišti.....	17
2.2 ORGANIZAČNÍ FAKTORY	17
2.2.1 Profesionalita a autonomie.....	18
2.2.2 Způsob řízení organizace.....	19
2.2.3 Schopnosti vedoucí sestry	19
2.3 NEMOCNICE S DOBRU POVĚSTÍ – „MAGNET HOSPITALS“	21
2.3.1 „Magnet hospitals“ jako úspěšné organizace.....	21
2.3.1.1 Dispozice k jednání	21
2.3.1.2 Blízko k zákazníkovi	22
2.3.1.3 Autonomie a podnikatelský duch	23
2.3.1.4 Produktivita skrze personál.....	23
2.3.1.5 Jednoduchá forma, štlhlé vedení.....	24
2.3.2 „Magnet hospitals“ dnes	24
2.4 VZNIK, VÝVOJ A DOSAVADNÍ VYUŽITÍ DOTAZNÍKU PES-NWI	26
2.4.1 Vznik a vývoj.....	26
2.4.1.1 NWI (Nursing Work Index – index ošetrovatelské péče).....	26
2.4.1.2 PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – škála pracovního prostředí indexu ošetrovatelské péče)	27
2.4.1.3 Metoda vypracování PES-NWI	28
2.4.2 Dosavadní využití dotazníku	30
2.4.3 Příklady využití dotazníku v Evropě	33
2.4.3.1 Portugalsko	33
2.4.3.2 Španělsko	34
2.4.3.3 Dánsko	34
2.4.3.4 Švédsko	35
2.4.3.5 Quebec	36
3. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE.....	37
3.1 METODIKA	38
3.1.2 Dotazník	38
3.1.1.1 Podškály dotazníku PES-NWI.....	38

3.1.2 Převedení do českého prostředí.....	40
3.2 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT	41
3.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	50
3.5 DISKUZE	67
3.5.1 Diskuze k výsledkům vlastního šetření.....	67
3.5.1 Testování hypotéz.....	69
3.5.2 Diskuze k výsledkům hodnocení položek dotazníku	78
3.5.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii.....	79
4. ZÁVĚR.....	81
REFERENČNÍ SEZNAM	83

1. ÚVOD

„We care about the patients and the organization cares about us.“

Unkwnon nurse from Magnet hospital

„My pečujeme o pacienty a nemocnice pečuje o nás.“

Neznámá sestra z „magnet hospital“

Sestry jsou klíčovou součástí veškeré péče o pacienty, bez ošetřovatelství by zdravotnický systém nemohl pracovat. Povolání sestry je veřejností oceňované a vážené, na žebříčku povolání podle prestiže se od roku 2011 drží na třetím místě, hned za lékařem a vědcem (CVVM, 2016) a finančně je relativně dobře ohodnocené.

Přesto se stále a celosvětově prohlubuje nedostatek sester, podle Mezinárodní rady sester *„se topíme v celosvětové krizi ošetřovatelské pracovní síly vyznačující se kritickým nedostatkem sester“*¹ (Baumann, 2007). Všechny země Evropské unie trpí nedostatkem sester, který se bude nadále prohlubovat vzhledem ke stárnutí populace, které zvyšuje poptávku po zdravotní péči jako takové, zatímco sester stále ubývá (Sermeus et al., 2011).

Nedostatek sester kromě omezení množství zdravotní péče, která může být poskytnuta, ohrožuje také ty, kterým se péče dostane. Sestry, které pro nedostatek kolegyně dlouhodobě pracují přesčas a starají se o více pacientů, než je bezpečné, jsou náchylnější k pochybení. Práce pod tlakem, ve stresu, v nevyhovujících podmínkách vede k velmi rychlému nástupu syndromu vyhoření, který sestry odvádí ze zdravotnictví a začarovaný kruh se tak uzavírá. Do systému, který nefunguje, nechce žádná nová sestra vstoupit, a vstoupí-li, je brzy vyčerpána zatěžujícím a stresujícím prostředím a pracovním tempem, takže buď odchází, nebo zůstává vyhořelá, bez zájmu o svou práci, bez zájmu o pacienty a o jejich bezpečí.

Přesto existují zdravotnická zařízení, ve kterých jsou sestry spokojeny, která si dokážou nejen udržet dostatečné množství sester, ale i přilákat nové. Klíčové jsou pro to organizační a psychosociální faktory na těchto pracovištích. Ošetřovatelství je náročná a zatěžující profese, ale pokud mají sestry vhodné podmínky, dostatečnou

¹ *„We are immersed in a global nursing workforce crisis – one marked by a critical shortage of nurses.“* (přel. Novotná)

podporu a pevné zázemí, mohou svou práci vykonávat ke spokojenosti pacientů i své vlastní.

Ve své práci bych chtěla zjistit, jak tyto organizační a psychosociální faktory hodnotí sestry ve FN Motol. Během tří let studia jsem prošla na praxích mnoho oddělení této nemocnice, mluvila s mnoha sestrami o jejich pocitech ze své práce, viděla různé přístupy vedoucích sester a ráda bych na konci studia svá empirická pozorování podepřela statistickými daty a přispěla tak k lepšímu poznání faktorů, které ovlivňují pracovní prostředí a práci sester. Poznání je prvním krokem při hledání řešení.

1.1 CÍLE PRÁCE

Záměrem bakalářské práce je analýza organizačních a psychosociálních faktorů práce sester na vybraných pracovištích FN Motol, včetně adaptace, validizace a pilotního ověření v zahraničí používaného dotazníku. K naplnění tohoto záměru práce jsou stanoveny následující cíle:

1. přinést přehled relevantních poznatků z literárních a časopiseckých zdrojů vztahujících se k řešené problematice;
2. řádným způsobem převzít, přeložit a na české podmínky upravit v zahraničí používaný dotazník a provést jeho pilotní ověření;
3. dotazník zadat cílové skupině respondentů ve FN Motol;
4. získaná data z dotazníkového šetření utřídit, zpracovat a statisticky vyhodnotit;
5. porovnat získané informace s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma;
6. zobecnit závěry vlastní práce a stanovit doporučení pro praxi.

2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Psychologické, psychosociální a organizační faktory práce nabývají v moderních provozech v rozvinutých zemích čím dál větší důležitost. Nejenže ovlivňují spokojenost zaměstnanců, jejich motivaci, výkon a ochotu setrvat na pracovišti, ale stávají se i hlavními pracovními riziky (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, online 2018).

Na pracovištích, která dokážou vytvořit podmínky umožňující sestřím vykonávat svou práci na adekvátní úrovni, jsou cíle a potřeby sester naplněny, což jim umožňuje řádně pečovat o pacienty a podporovat je v dosahování jejich vlastních cílů v oblasti zdraví.

Mezinárodní rada sester (Baumann, 2007) vypracovala na základě výzkumů (nejen ve zdravotnických provozech) následující požadavky, které by mělo pracoviště sestřím zabezpečit, aby mohly poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči:

- úkoly a požadavky, které odpovídají možnostem pracovníka;
- předvídatelnost a jistota zaměstnání a bezpečnost pracoviště;
- podpora od kolegů a vedoucích, přístup ke vzdělávání, možnost profesního rozvoje;
- smysluplná práce v souladu s profesní identitou;
- dostatečná autonomie, spolupráce s vedením;
- rovnováha mezi prací a odměnou (plat, uznání, ocenění).

Rozsáhlá publikace Washingtonského Institutu medicíny (2004) věnující se bezpečnosti pacientů poukazuje na pracovní podmínky, které přispívají k nespokojenosti sester s pracovištěm, čímž snižují jejich motivaci zůstat ve zdravotnictví, což dále snižuje úroveň poskytované péče a v důsledku pak ohrožuje bezpečnost pacientů a prohlubuje demotivaci stávajících sester zůstat na pracovišti a nových sester nastoupit do zdravotnictví. Je to zejména: nedostatek sester i pomocného personálu a z toho pramenící příliš náročná pracovní náplň a velké množství přesčasů a z toho vyplývající stres.

Spence Laschinger a Leiter (2006) uvádějí, že v různých výzkumech prováděných v USA vykazují sestry menší spokojenost s prací než pracovníci v ostatních odvětvích, a jsou to právě nevhodné pracovní podmínky a nevhodná organizace práce, které k tomu velkou měrou přispívají.

V následujících dvou kapitolách bude pojednáno o těchto faktorech ve zdravotnickém provozu, ve kterém špatné pracovní podmínky ovlivňují nejen kvalitu péče, ale také bezpečnost pacientů, jak ve svém článku píše Spence Laschinger a Leiter (2006).

2.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Podle Výzkumného ústavu pro bezpečnost práce, psychologické a psychosociální faktory práce zahrnují psychickou pracovní zátěž, psychosociální stres na pracovišti a patologické vztahy (mobbing, bossing, šikanu) (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, online, 2018). Kromě těchto základních faktorů existují ještě další ukazatele, které se nemusí projevovat natolik jednoznačně.

Karasek (1990) popisuje dva hlavní rozměry psychosociálního pracovního prostředí: psychologická náročnost práce a šíře rozhodování, která zahrnuje stupeň kontroly nad vlastní prací a možnost rozhodovat o využití svých dovedností a zkušeností. Ačkoli se Karasek nevěnoval přímo výzkumu ve zdravotnictví, i pro zdravotní sestry jsou tyto oblasti klíčové. V mnoha studiích a příkladech z „magnet hospitals“ (Kramer a Schmalenberg, 1988) sestry jmenují právě možnost rozhodování o své vlastní práci a o využití svých zkušeností podle vlastního uvážení jako jedny z nejdůležitějších faktorů pracovní spokojenosti. Karasek (1990) propojuje dva výše uvedené faktory a s jejich pomocí hodnotí pracovní zátěž. Nejvíce zatěžující a nejvíce rizikové pro vznik pracovních onemocnění, stresu, únavy apod. jsou zaměstnání, ve kterých jsou na pracovníka kladeny velké psychologické nároky a současně má omezené nebo žádné možnosti o své práci rozhodovat. Naproti tomu, pokud má pracovník dostatečnou kontrolu nad svou prací a svobodu ve využívání svých dovedností, může i obtížnou práci s velkými psychologickými nároky zvládat bez obtíží a být při tom spokojen (Stansfeld a Candy, 2006), což jen potvrzuje výše uvedené výroky sester z „magnet hospitals“.

V následujících kapitolách budou podrobněji probrány jednotlivé faktory a jejich uplatnění ve zdravotnickém provozu.

2.1.1 Psychická pracovní zátěž

Výzkumný ústav bezpečnosti práce rozlišuje tři formy psychické zátěže: senzorickou, mentální (kladoucí nároky na psychické procesy, jako je pozornost, paměť, představivost, myšlení, rozhodování) a emoční (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, online, 2018).

Na portálu Výzkumného ústavu bezpečnosti práce jsou uvedeny tyto rizikové faktory práce spojené s výraznou psychickou pracovní zátěží: vysoká náročnost práce s nízkou mírou kontroly nad svou prací, časový tlak, monotonie, vnucené pracovní tempo, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, vysoká odpovědnost, směnová práce, riziko ohrožení zdraví vlastního či jiných osob, vysoké nároky na sociální integraci nebo naopak dlouhodobá sociální izolace.

Podíváme-li se na tato rizika, zjistíme, že téměř všechna jsou přítomna při práci sestry, jak uvádí i zpráva Mezinárodní rady sester (Baumann, 2007):

„Sestry, které jsou ve stresu kvůli vysoké pracovní zátěži, třenicím s kolegy, nepatřičným úkolům, nedostatku zkušeností a znalostí, špatnému vedení nebo nedostatečné bezpečnosti práce, jsou současně žádány, aby odváděly péči odpovídající nejvyšším nárokům.“²

Co se týká náročnosti a rizikovosti práce, opakovaně se ukazuje, že sestry jsou ochotné takovou náročnost snášet a nezatěžuje je nadměrně, pokud mají možnost rozhodovat o své práci a pokud cítí podporu a respekt ze strany vedení (Kramer a Schmalenberg, 1988; Spence Laschinger a Finegan, 2005; Lake a Friese, 2006; Baumann, 2006).

Syndrom vyhoření není předmětem této práce, nicméně je natolik propojený s psychosociálními faktory a natolik ovlivňuje práci sester, že stojí za to jej alespoň okrajově zmínit. Syndrom vyhoření se projevuje chronickým emočním vyčerpáním, cynismem, odpojením se od práce a pocity zbytečnosti vykonané práce. Jak uvádí Aiken a kol. (2002), z realizovaných studií vyplývá, že na pracovištích, kde je dobré pracovní prostředí spočívající v pracovní autonomii, možnosti ovlivňovat pracovní prostředí, spolu s dobrými vztahy mezi lékaři a sestrami, je menší incidence

² „Nurses, who are stressed because of heavy workloads, friction with colleagues, inappropriate tasks, insufficient skills and knowledge, poor management or unsafe working conditions are challenged to provide the highest standards of care.“ (přel. Novotná)

syndromu vyhoření. A jelikož podle některých ukazatelů může být právě syndrom vyhoření způsobený neadekvátními pracovními podmínkami, mediátorem snížení kvality poskytované péče (Spence Laschinger, 2006), je o důvod víc se pracovním prostředím sester neodkladně zabývat.

2.1.2 Psychosociální stres

Souvislost mezi špatným pracovním prostředím a stresem pracovníků je dobře známá (Spence Laschinger a Leiter, 2006, str. 259). Pracovní stres a vyhoření jsou dále spojeny s negativním postojem k práci a sníženou výkonností.

Stres na pracovišti může být zapříčiněn mnoha faktory, Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (online, 2018) uvádí například tyto pracovní podmínky, které jsou rizikovými faktory pro rozvoj psychosociálního stresu: nadměrné pracovní zatížení, rozporuplné požadavky a nedostatečně jasně vymezené úkoly, nedostatečné zapojení do přijímání rozhodnutí, která mají na pracovníka dopad, a nedostatečný vliv na způsob výkonu dané práce, neefektivní komunikace, nedostatečná podpora ze strany vedení nebo kolegů, psychické a sexuální obtěžování, násilí třetích stran.

Vidíme, že se zde opět objevují témata, která sestry z „magnet hospitals“ považují za klíčová pro dobré fungování zdravotnické praxe: efektivnost komunikace a možnost rozhodovat nebo ovlivňovat rozhodnutí, která mají dopad na výkon povolání.

Baumann (2006, str. 15) uvádí studie prokazující jasnou korelaci mezi přesčasovými hodinami a dobou strávenou v pracovní neschopnosti. Na stejném místě cituje jinou studii, ukazující vztah mezi pracovním přetížením a nežádoucími událostmi. Práce přesčas tedy evidentně ohrožuje na zdraví jak sestry, tak i jejich pacienty.

Situace ve zdravotnictví je tak specifická tím, že pracovní prostředí a případný stres, který vyvolává, neohrožuje pouze bezpečnost zaměstnanců, ale přímo ohrožuje zdraví a bezpečnost příjemců péče, tedy pacientů. Zpráva Institutu medicíny z roku 2004 (str. 3) konstatuje, že typické pracovní prostředí sester „(...) je charakterizováno přítomností mnoha vážných hrozeb pro bezpečnost pacientů (...)“³.

³ „(...) characterized by many serious threats to patients safety (...)“ (přel. Novotná)

2.1.3 Vztahy na pracovišti

Patologické vztahy, jako je bossing, mobbing nebo šikana, velmi negativně ovlivňují pracovní prostředí bez ohledu na to, jedná-li se o zdravotnictví nebo jakýkoli jiný obor. Nemusíme ovšem zacházet až k takto extrémnímu chování, abychom našli další faktory ovlivňující spokojenost sester s pracovištěm a výsledky jejich práce.

Pro sestry se jako důležitá jeví komunikace mezi sestrami navzájem, možnost konzultovat pacienta s kolegyněmi a se sestrami specialistkami (Kramer a Hafner, 1989), komunikace a spolupráce s lékaři a vztahy mezi sestrami a vedením (o těch bude pojednáno v kapitole o organizačních faktorech).

Komunikace mezi lékaři a sestrami, ovlivněná jejich vztahy, může například ovlivňovat množství chyb při podávání léků, jak ukázal výzkum, který provedly Manojlovich a DeCicco (2007). Z jejich šetření (při kterém byly kromě dotazníku PES-NWI použity ještě další dva, jeden zaměřený přímo na komunikaci mezi sestrami a lékaři, druhý zkoumající míru podpory sester na pracovišti a dále data z údajů o pacientech) plyne, že čím lepší jsou pracovní podmínky pro sestry a čím mají větší podporu, tím je komunikace mezi nimi a lékaři lepší, účelnější a včasnější a dochází tak k méně chybám při podávání léků.

2.2 ORGANIZAČNÍ FAKTORY

Organizační faktory ve zdravotnictví jsou směsí různých jevů a postupů, které ovlivňují pracovní prostředí.

„Sesterské pracovní prostředí bylo tedy definováno jako organizační faktory práce, které usnadňují nebo komplikují profesionální výkon ošetrovatelského povolání.“ (Lake a Friese, 2006, str. 2)⁴

Patří mezi ně styl vedení a řízení, míra hierarchizace vztahů a jejich rigidita, míra decentralizace rozhodování, ale také celkové „klíma“ v instituci, spolupráce,

⁴ „Thus, the nursing practice environment was defined as the organizational characteristic of a work setting that facilitate or constrain professional nursing practice.“ (přel. Novotná)

soudržnost, komunikace... Tyto faktory hrají důležitou roli při vytváření adekvátního pracovního prostředí pro sestry (Lake a Friese, 2006, str. 2) a tím i při ovlivňování jejich pracovních výsledků.

Studie se shodují na tom, že organizační modely, které podporují sesterskou autonomii, možnost sester rozhodovat o využívání zdrojů a kolegiální vzájemnost mezi lékaři a sestrami, mají lepší výsledky jak v hodnocení sestrami, tak v patientských datech (Aiken et al., 1997).

V následujících kapitolách bude pojednáno o některých jednotlivých organizačních faktorech ovlivňujících sesterskou práci.

2.2.1 Profesionalita a autonomie

Sestra je profesionálem v oblasti ošetrovatelství a proto, aby mohla svou práci vykonávat profesionálně, potřebuje pracovní prostředí, ve kterém je uznávána její způsobilost v rozsahu daném legislativou (Baumann, 2007, str. 5). Charakteristickým znakem profesionálního ošetrovatelství je samostatná práce, která je více či méně podporována organizačním uspořádáním instituce.

Spence Laschinger a Finegan (2005, str. 7) uvádí vícero studií, které řadí strukturální posílení postavení sester mezi faktory ovlivňující ochotu sester setrvat na pracovišti. V institucích, ve kterých je postavení sester aktivně posilováno, panuje větší důvěra zaměstnanců ve vedení, ve spravedlivost organizačních opatření a větší vzájemný respekt. Strukturální posílení postavení pracovníků sestává z nabídnutí nástrojů, které pomohou pracovníkům vykonávat svou práci smysluplným způsobem. Mezi tyto posilující nástroje patří: přístup k informacím, podpora, dostatečné zdroje a možnost učit se a růst. Spence Laschinger a Finegan (2005) dále popisují dva různé zdroje síly a moci – neformální, plynoucí z dobrých vztahů s kolegy, nadřízenými i podřízenými v takovém pracovním prostředí, které umožňuje smysluplné spojení. Formální zdroj moci mají ti pracovníci, kteří jsou pro danou instituci důležití, jsou v organizaci viditelní, jejich práce vyžaduje (a umožňuje) flexibilitu a určitou míru volnosti jednání.

Autonomie sester a jejich podíl na rozhodování jsou také jednou ze základních charakteristik „magnet hospitals“ (Kramer a Schmalenberg, 1988).

2.2.2 Způsob řízení organizace

Způsob, jakým je nemocnice řízena, se pohybuje na škále mezi čistě byrokratickým a čistě profesionálním modelem (Lake a Friese, 2006, str. 2). Byrokratický model se vyznačuje zaměřením na úkol, existencí jasně a rigidní hierarchie, která kontroluje plnění úkolu, komunikace mezi jednotlivými úrovněmi je převážně formální (Giddens, 1999, str. 291).

„Magnet hospitals“ mají naopak převážně profesionální model pracovní organizace, který je zaměřený na cíl, zdůrazňuje individuální schopnosti každého jednotlivce a převažuje v něm kontrola mezi kolegy na stejné úrovni (Giddens, 1999; Lake, 2002). Tento model je pro řízení nemocnice, která se vyznačuje nepravidelností a nepředvídatelností určité části práce, nesporně výhodnější. Umožňuje sestřím rozhodovat se samostatněji a tím řešit nové a neobvyklé situace rychleji a efektivněji (Lake, 2002).

Lake a Friese (2006) dále rozvádí, jakým způsobem je propojena kvalita poskytované péče s kvalitou vedení organizace: kvalifikovanější sestry vyžadují profesionálnější model řízení, profesionální prostředí přitahuje další zaměstnance a přispívá k motivaci stávajících sester zůstat na pracovišti nebo může přitahovat či udržovat kvalifikovanější personál, který je schopen v dostatečném počtu poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Z výzkumů organizační praxe nemocničních oddělení vyplynuly tři způsoby řízení: delegování, dvoustupňový systém a centralizovaný systém, které ovlivňují výsledky jednotlivých pracovišť. Na odděleních, kde byly pravomoci delegovány, bylo pozorováno lepší personální zajištění a lepší komunikace s lékaři.

2.2.3 Schopnosti vedoucí sestry

Přístup přímých nadřízených velmi výrazně ovlivňuje spokojenost sester. Pokud jsou sestry nadřízenými pracovníky povzbuzovány a mají z jejich strany důvěru, jsou potom spokojenější se svými pracovními podmínkami a loajálnější k zaměstnavateli (Spence Laschinger a Finegan, 2005, str. 11). Spence Laschinger a Finegan dále uvádí, že pokud jsou v organizaci přítomna strukturální opatření k podpoře sester, což znamená, že vedoucí při tvorbě rozhodnutí jednají v zájmu

sester a vysvětlují sestřám důvody nově přijatých opatření a rozhodnutí, mají sestry větší důvěru jak ve vedoucí, tak v jejich rozhodnutí. Navíc pociťují, že jsou ve své práci respektovány, což dále prohlubuje jejich ochotu následovat cíle organizace, vyvíjet při práci větší úsilí a naopak snižuje potřebu změnit pracoviště.

Podle Spence Laschinger a Finegan (2005) se ukazuje, že vybudování důvěry ve vedení je jedním z důležitých a základních kroků při snaze udržet zaměstnance. Pokud zaměstnanci mají pocit, že nemají přístup k informacím, začnou vedení podezřívat z toho, že je před nimi skrývá, což nejenže naruší veškerou důvěru, ale navíc vyvolává pocit nedostatku respektu ze strany vedoucích nebo přehlížení role sester při organizování vlastní práce.

Důvěra ve vedení stoupá, pokud mají sestry možnost uplatňovat vlastní rozhodnutí, dostávají užitečnou a podpůrnou zpětnou vazbu a mají možnost o rozhodnutích jednat. Větší důvěru a v důsledku toho i ochotu setrvat na pracovišti mají také sestry v organizacích, které jim zajišťují vhodné a dostatečné podmínky pro výkon jejich práce.

Ukazuje se, že vztah s vedením a jeho dostupnost pro zaměstnance hraje klíčovou roli pro spokojenost sester. Ve všech „magnet hospitals“ sestry uvádějí, že vedoucí sestra s nimi komunikuje, naslouchá jejich názorům a především stojí za nimi (Kramer a Schmalenberg, 1988).

Toto je jistě jedna z velkých výzev pro organizace, které jsou uspořádány spíše podle byrokratického modelu, což je často případ právě velkých nemocnic. V takovém typu uspořádání existuje mnoho úrovní a vztahy mezi podřízenými a nadřízenými jsou svazovány množstvím pravidel, která komunikaci velmi ztěžují a neformální setkání prakticky znemožňují (Giddens, 1999).

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím spokojenost sester je pocit spravedlnosti (Spence Laschinger a Finegan, 2005, str. 12). Pokud se nemocnici podaří vybudovat respektující, spravedlivé prostředí, které umožňuje sestřám řádně vykonávat svou práci, má velkou šanci, že zdravotníci nebudou chtít takové pracoviště opouštět.

2.3 NEMOCNICE S DOBROU POVĚSTÍ – „MAGNET HOSPITALS“

Termín „magnet hospitals“ vznikl v 80. letech ve Spojených státech amerických a začal se používat pro nemocnice, které byly schopny, i přes celostátní nedostatek sester, přilákat a udržet dostatečné množství kvalifikovaných sester a díky tomu poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Tyto nemocnice byly podrobně zkoumány, aby se zjistilo, v čem spočívá jejich výjimečnost. Na základě výzkumu provedeného v 80. letech (Kramer a Hafner, 1989) bylo identifikováno více než 60 položek, které jsou společně zařízením poskytujícím kvalitní péči a kvalitní zázemí pro své zaměstnance.

Na základě těchto údajů bylo vyvinuto několik nástrojů, pomocí kterých je možné zjistit stav organizace a porovnat je s výsledky „magnet hospitals“.

Po roce 2000 začalo Pověřovací centrum amerických sester (American Nurses Credentialing Center, ANCC) udílet osvědčení „magnet“ nemocnicím, které splňují přísná kritéria kvality péče.

Podívejme se nyní, v čem spočívá výjimečnost těchto institucí. Ve starém, ale stále nepřekonaném článku Kramer a Schmalenberg (1988) porovnávají „magnet hospitals“ s podniky z nezdravotnické oblasti, které byly ve své době vyhodnoceny jako nejlépe řízené společnosti vyznačující se inovativním přístupem, vynikajícími výsledky a finanční úspěšností. Při zkoumání těchto podniků bylo identifikováno osm oblastí společných těm nejúspěšnějším podnikům a Kramer a Schmalenberg se rozhodly zjistit, zda se těchto osm vlastností dá aplikovat i na „magnet hospitals“, které jsou nejlepšími a nejúspěšnějšími organizacemi na poli zdravotnictví. Následující podkapitoly vycházejí z jejich článku.

2.3.1 „Magnet hospitals“ jako úspěšné organizace

2.3.1.1 Dispozice k jednání

Rychlé rozhodování patří k dominantním charakteristikám úspěšných podniků. Vyžaduje strukturu, která umožní rychlou a efektivní výměnu informací mezi všemi úrovněmi a stejně tak rychlé jednání. V těchto organizacích není nutné, aby každé rozhodnutí bylo podrobně zkoumáno a schvalováno, než nabyde účinnosti,

vyhýbá se tak „paralýze analýzou“⁵ (Kramer a Schmalnberg, 1988, part 1., str. 17). Problémy, které se vyskytnou, jsou samozřejmě analyzovány, ale skupinou lidí, která má k danému problému co říci, která jej intenzivně prostuduje a v krátké době uvede v chod opatření, která by měla problém vyřešit. Nedílnou součástí takového způsobu práce je ovšem i ochota experimentovat, zkoušet nová řešení a počítat s případným neúspěchem. Vedení v takovém podniku musí podporovat kulturu uznání chyby a poučení se z ní, zaměstnanec, který přizná, že věci nefungují tak, jak si představoval, nesmí ztratit tvář a nesmí být za to perzekvován.

Důležitou součástí takovéto praxe je velký podíl neformální komunikace. Ta jednak umožňuje rychlé řešení problémů a jednak prohlubuje důvěru mezi zaměstnanci a vedením. Jak je uvedeno výše, důvěra ve vedení je jedním z velmi důležitých faktorů pro spokojenost sester s pracovním prostředím. Sestry v „magnet hospitals“ opakovaně uváděly, že se s hlavní nebo vrchní sestrou scházejí, zná jejich jména⁶ a mohou ji klidně pozvat na neformální oběd i řešit s ní otevřeně potíže na pracovišti.

2.3.1.2 Blízko k zákazníkovi

V ziskovém podnikatelském sektoru se firmy předhánějí v tom, kdo lépe vyhoví zákaznickým požadavkům, ovšem (na rozdíl od výroby) nelze ve zdravotnictví vadný produkt vyřadit, protože produkt (ošetřovatelská péče) je konzumován v tutéž chvíli, ve kterou je produkován. Kvalitu výsledků lze ve službách a ve zdravotnictví zajistit jedině tak, že jsou všichni zaměstnanci přesvědčeni o důležitosti dodržování vysokých standardů kvality péče. Musí být přesvědčeny všechny části podniku, i ty, které se výsledného produktu (ošetřovatelské péče) přímo neúčastní. Pokud je tedy hlavním cílem nemocnice poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči na vysoké úrovni a vyžaduje to po sestrách, je její povinností zajistit k tomu sestřím adekvátní podmínky a naučit všechny své zaměstnance sdílet stejné hodnoty – od uklízeček přes pomocný personál, kuchaře, laboranty, úředníky, sociální pracovníky až k lékařům by všichni měli sdílet stejnou hodnotu, kterou je poskytování kvalitní péče pacientům.

⁵ „Paralysis through Analysis“ (přel. Novotná)

⁶ Při rozhovorech s vedoucími sestrami poté vyplynulo, že ve skutečnosti neznají všechny sestry jménem, nicméně jsou schopny komunikovat takovým způsobem, aby tento pocit v sestrách vyvolaly a udržely (Kramer a Schmalenberg, 1988).

Ošetrovatelská péče tvoří největší část produktu nemocnice (Kramer a Schmalenberg, 1988; Baumann, 2006; Sermeus et al., 2011) a každá prosperující společnost si nejvíce hledí toho oddělení, které vytváří nejvíce produktu, ostatní části mu slouží jako podpora. V těch nemocnicích, kde je poskytována vysoce kvalitní ošetrovatelské péče, mají sestry vysoce kvalitní zázemí, vedení je podporuje, řeší jejich návrhy a potíže a vede ostatní personál k těmto.

Zajištění kvality výsledného produktu je v „magnet hospitals“ dále podporováno systémem odměn – jednotlivci jsou odměňováni za dobrou práci, chyby jsou považovány za selhání všech, přičemž výše odměn nebo platů není rozhodující. Platy v „magnet hospitals“ odpovídají průměru v ostatních nemocnicích, s tím rozdílem, že je tendence více odměňovat zkušené sestry (v „magnet hospitals“).

Dalším výrazným znakem je podpora vzdělávání sester, důraz je kladen na zvyšování kvalifikace zejména prostřednictvím formálního vzdělávacího systému, různé kurzy, certifikace a celoživotní vzdělávání jsou až na druhém místě.

Samozřejmostí je zjišťování zpětné vazby od klientů pomocí nejrůznějších patientských dotazníků a hodnocení spokojenosti, jehož nedílnou součástí je i řešení stížností nebo nedostatků, na které pacienti poukazují, dříve, než se z nich stane problém (Kramer a Schmalenberg, 1988).

2.3.1.3 Autonomie a podnikatelský duch

V „magnet hospitals“ je jednoznačná tendence podporovat sestry v samostatnosti, což se v mnoha výzkumech ukázalo být klíčovým faktorem pro jejich spokojenost s pracovištěm. „Magnet hospitals“ sestry také podporují ve vlastní iniciativě, očekává se, že budou zkoušet nové postupy, a součástí zkoušení je i neúspěch, se kterým se počítá. Neúspěch je považován za zdroj poučení a přirozenou součást vývoje.

Vedení povzbuzuje zaměstnance k tomu, aby zkoumali a přehodnocovali rutinní postupy, aby se nebáli vzít na sebe riziko a zkoušeli najít nová řešení (Kramer a Schmalenberg, 1988; Kubátová et al., 2013, str. 84).

2.3.1.4 Produktivita skrze personál

Kramer a Schmalenberg (1988) ve svém článku dále uvádí, že podniky, které mají dobrou produktivitu a jsou úspěšné, si svých zaměstnanců váží, protože vědí, že bez nich by ničeho nedosáhli.

V „magnet hospitals“ funguje systém odměňování, sestry mají před sebou jednak vizi zvýšení platu, které se odvíjí spíše od zkušeností a výkonu než od odsloužených let, a jednak vizi růstu prestiže a postupu na klinickém kariérním žebříčku.

Naprosto klíčovou součástí je komunikace. A to jak mezi kolegy, tak mezi zaměstnanci a vedením. Převažující část důležitých informací je předávána neformálně, ústním sdělením, vedoucí sestry často chodí samy na oddělení informace předat. Neformální komunikace je jedním ze základních kamenů pro dobré fungování organizace, vztahů mezi zaměstnanci a pro udržení vzájemné důvěry.

2.3.1.5 Jednoduchá forma, štíhlé vedení

Úspěšné podniky i nemocnice mají společnou charakteristiku – omezení počtu vedoucích pracovníků na nezbytné minimum, omezení hierarchie, delegování pravomocí a decentralizace rozhodování.

Pokud nemocnice zaměstnává vzdělané a zkušené sestry, může výrazně omezit úroveň kontroly a nechat většinu rozhodování na nich, což opět umocňuje samostatnost a zodpovědnost sester, která, jak již bylo mnohokrát zmíněno, je tím, co sestry činí spokojenými se svým pracovištěm a se svou prací.

Na základě článku o „magnet hospitals“ (M. Kramer a C. Schmalenberg, 1988) lze tedy konstatovat, že ty nemocnice, které chápou ošetřovatelství jako hlavní produkt, přizpůsobují tomu způsob vedení, podpory zaměstnanců a předávají svým pracovníkům ucelený systém hodnot, mají velkou pravděpodobnost, že se jim podaří udržet si a získat nové vzdělané a zodpovědné sestry, které mohou lépe pracovat na naplnění cíle nemocnice – poskytování ošetřovatelské péče na vysoké úrovni.

2.3.2 „Magnet hospitals“ dnes

Výjimečnost a úspěšnost „magnet hospitals“ vedla k vytvoření konceptu dobře fungující nemocnice a Americká organizace sester vypracovala v roce 1993 celý systém hodnocení, jehož vrcholem je udělení certifikátu „Magnet hospital“. Cílem tohoto programu je upozornit na skvěle prováděnou ošetřovatelskou péči, prosazovat kvalitu v prostředí, které podporuje profesionální klinickou praxi, a získat způsob, jakým rozšířit dobrou praxi v ošetřovatelství.

ANCC definovala 14 „magnetických sil“, kterými jsou: kvalita ošetrovatelského vedení, organizační struktura, styl řízení, programy a strategie pro personál, profesionální modely péče, kvalita péče, zlepšování kvality, konzultace a zdroje, autonomie, komunita, sestry jako mentorky, obraz sester, mezioborové vztahy, profesní rozvoj (nurscredentialing.org, online, 2011). Těchto 14 „sil“ bylo v roce 2008 sjednoceno do pěti oblastí, ve kterých jsou kandidující nemocnice hodnoceny: transformační styl vedení, strukturální posílení, příkladná profesionální praxe, nové znalosti, inovace a zlepšení, empirické výsledky.

Transformační styl vedení spočívá ve strategickém plánování, viditelnosti, dosažitelnosti a komunikaci. Strukturální posílení znamená profesní zaujetí, odhodlání k profesnímu růstu, výuka a osobnostní rozvoj, zapojení komunity a uznání a respektování ošetrovatelství. Znaky příkladné profesní praxe jsou mezioborová péče, způsoby plánování jak v oblasti peněz, tak lidských zdrojů, zodpovědnost, kompetence a autonomie, etika, ochrana osobních údajů a důvěryhodnost, bezpečnost prostředí a hodnocení a zlepšování kvality péče. Čtvrtá oblast – nové znalosti, inovace a zlepšení – se týká výzkumu, praxe založené na důkazech a inovativnosti. Poslední součástí jsou měřitelné výsledky: sledují se sesterské ukazatele (klinické ukazatele – pády, dekubity, nozokomiální nákazy a další, spokojenost pacientů a spokojenost sester – hodnotí se mimo jiné pomocí PES-NWI), ošetrovatelský výzkum, změny v praxi, profesní rozvoj, změny v pracovním prostředí a zapojení komunity.

Proto, aby nemocnice mohla tento certifikát obdržet, je nutné, aby splňovala náročné požadavky ANCC, jejichž postupné naplňování je cesta trvající několik let. ANCC nabízí přesné návody a provádí kandidující nemocnice celým procesem. V současné době je na světě 471 zařízení, která obdržela toto prestižní ocenění, z toho tři v Austrálii, dvě v Saudské Arábii a po jedné v Libanonu, Kanadě a Belgii, zbývajících 463 je v USA.

Podstata a cíl „magnet hospitals“ by se dala shrnout v následujícím obrázku:



Obrázek č. 1

2.4 VZNIK, VÝVOJ A DOSAVADNÍ VYUŽITÍ DOTAZNÍKU PES-NWI

2.4.1 Vznik a vývoj

2.4.1.1 NWI (*Nursing Work Index – index ošetrovatelské péče*)

PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – *škála pracovního prostředí indexu ošetrovatelské péče*) byl vytvořen v roce 2002 na základě předchozí výzkumu a dotazníku NWI. Tento byl vyvinut v 80. letech (Kramer a Hafner, 1989) a vycházel z výzkumu nemocnic, které byly schopny, i přes celostátně panující nedostatek, nejen udržet si dostatečný počet zdravotních sester, ale dokonce přilákat nové. O příčinách tohoto jevu je pojednáno v kapitole 2.3 „Magnet Hospitals“.

Podle Lake (2002, s. 177) dotazník NWI hodnotil především organizační uspořádání v těchto nemocnicích, byl koncipován tak, aby obsahoval vyčerpávající seznam jevů, které mají vliv na spokojenost zdravotních sester se svou prací a současně na kvalitu ošetrovatelské péče poskytované danou nemocnicí. 65 položek dotazníku NWI bylo odvozeno z organizačních charakteristik společných „magnet hospitals“ na základě odpovědí dotazovaných sester (Aiken et al., 2000, str. 148) nebo identifikovaných v dřívější literatuře. Na položky sestry odpovídaly ve třech rovinách – důležitost pro vlastní spokojenost s prací, důležitost pro možnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a přítomnost daného faktoru na současném pracovišti. „Kategorie odpovědí byly čtyři: *naprosto souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, naprosto nesouhlasím*“⁷ (Lake, 2002, str. 177).

Validita NWI byla určena pomocí tří různých metod – vytvoření dotazníku na základě charakteristik „magnet hospitals“, rozsáhlým studiem literatury o pracovní spokojenosti a jejím měření a recenzemi tří ze čtyř výzkumníků „magnet hospitals“. Kramer a Hafner (1989) ve svém výzkumu potvrdily spolehlivost a výpovědní hodnotu dotazníku. Průměrné hodnoty spokojenosti sester s prací vysoce korelovaly s mírou fluktuace zaměstnanců a s kvalitou poskytované péče, a to tak, že čím větší byla spokojenost, tím nižší fluktuace a lepší kvalita poskytované péče. Na základě

⁷ „The four response categories were *strongly agree, agree, disagree, and strongly disagree*.“ (přel. Novotná)

této korelace se zdá, že sestry odvozují svoji spokojenost s prací od možnosti poskytovat dobrou ošetrovatelskou péči.

2.4.1.2 PES-NWI (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – škála pracovního prostředí indexu ošetrovatelské péče*)

Na začátku nového tisíciletí došlo k prohloubení nedostatku ošetrovatelského personálu a vzešla potřeba objasnit jeho příčiny, aby vedení nemocnic dostalo informace o svých zařízeních a získalo tak nástroje ke zlepšení stavu a zvýšení počtu zaměstnanců.

Jak píše ve výše citovaném článku Lake (2002, str. 176), která stála u zrodu dotazníku PES-NWI, podškály dotazníku NWI nebyly empiricky ověřeny, ani pro ně neexistovaly referenční hodnoty. Navíc se svými 65 položkami by byl pro respondenty poměrně zatěžující. Bylo tedy nutné vytvořit dotazník nový, který by umožnil vedení nemocnic porovnat výsledky svých pracovišť s referenčními hodnotami, poznat oblasti ošetrovatelství, které je potřeba zlepšit a správně odhadnout rozsah a podobu změn, které bude třeba podniknout. Lake chtěla „(...) vytvořit úspornou, psychometricky spolehlivou škálu s empiricky odvozenými podškálami“⁸ (Lake, 2002, str. 177).

Při tvorbě nového dotazníku vycházela Lake ze tří předchozích výzkumných projektů – původního výzkumu „magnet hospitals“, dotazníku NWI a použití NWI pro zkoumání organizačních rysů nemocnic. Zdroje, ze kterých NWI vychází, a jeho obsah jej činí ideálním základem pro vytvoření nového a univerzálního měřicího nástroje pro nemocniční pracovní prostředí (Lake, 2002, s. 177). Data, která dotazník NWI poskytl, posloužila pro odvození dotazníku PES a pro výpočet a nastavení referenčních hodnot pro tento nový dotazník.

Původní dotazník byl pro účely dalšího výzkumu upraven. První změnou, která vycházela z práce Aiken a Patrician (2000)⁹, bylo omezení tří oblastí odpovědi (důležitost zkoumaného faktoru pro spokojenost sestry s prací, pro možnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a přítomnost daného faktoru na pracovišti)

⁸ „(...) to develop a parsimonious, psychometrically sound scale with empirically derived subscales.“ (přel. Novotná)

⁹ Aiken a Patrician vyvinuly nový dotazník, který nazvaly Revised Nursing Work Index (NWI-R, revidovaný index ošetrovatelské péče), který použily pro měření organizačních rysů nemocnic.

na jednu. Sestry tedy odpovídaly pouze na to, zda je zkoumaný faktor na jejich pracovišti přítomen. Tato změna vychází z předpokladu, že je třeba dotazník pro respondenty zjednodušit, a také z dat získaných z dotazníku NWI. Z těchto dat již bylo patrné, které položky jsou důležité pro spokojenost sester s jejich prací a s úrovní ošetrovatelské péče, kterou poskytují.

Dalším důvodem pro omezení tří oblastí odpovědí na jednu byla změna zaměření dotazníku. Zatímco pro NWI byla základní zkoumanou jednotkou sestra, pro NWI-R a potažmo pak pro PES-NWI je základní analyzovanou jednotkou konkrétní pracoviště, oddělení, popřípadě celá nemocnice. Respondenti v tomto dotazníku tedy podávají informace o svém pracovišti, nikoli sami o sobě a zkoumání individuálních znaků není záměrem výzkumu (Aiken a Patrician, 2000, str. 149).

Aiken a Patrician (tamtéž) dále pracují s premisou, že souhrn odpovědí získaných na jednu položku vytváří měřítko jednoho rysu organizace, namísto toho, aby se souhrnem odpovědí na různé otázky získalo měřítko pro jednotlivého respondenta. Konkrétní rys organizace je potom průměr z odpovědí na konkrétní položku dotazníku. Spolehlivost hodnocení jednotlivého rysu je v důsledku tím větší, čím menší je variabilita odpovědí. Pokud bychom chtěli zajistit větší spolehlivost měření, musíme zvýšit počet respondentů, nikoli počet položek v dotazníku.

Pro získání validních informací o nemocnici jsou nejvhodnějšími informátory právě zdravotní sestry, které vytvářejí největší část nemocničního „produktu“ (kterým je ošetrovatelská péče o pacienta) (Kramer a Schmalenberg, Part I., 1988, str. 13)¹⁰ a které jsou díky širokému záběru své práce v kontaktu s většinou aspektů organizace a jsou přímo zapojeny do klinického rozhodování.

2.4.1.3 Metoda vypracování PES-NWI

Na základě dvou nových zadání dotazníku NWI sestrám ve vybraných nemocnicích¹¹ a další analýzy vytvořila Lake (2002, str. 179) novou škálu. Z původních 65 položek jich bylo ponecháno 48. Vybrány byly ty, které se týkaly

¹⁰ Kramer a Schmalenberg ve své práci o „magnet hospitals“ uvádějí, že až 90 % hlavního produktu nemocnice, kterým je péče o pacienta, je vytvářeno zdravotními sestrami.

¹¹ První vzorek sestával z náhodně vybraných 25 % sester ze 16 „magnet hospitals“ a 8 „nonmagnet hospitals“ z celého území USA. Druhý vzorek tvořilo náhodně vybraných 50 % sester ze všech nemocnic v Pensylvánii.

ošetřovatelského pracovního prostředí, vyloučeny všechny, jejichž hodnocení bylo binární, nikoli skalární a jejichž znění předpokládalo velkou variabilitu v odpovědích.

V další fázi bylo třeba rozlišit jednotlivé podškály dotazníku. Pomocí statistických operací bylo nakonec získáno pět oblastí, které dohromady zahrnovaly 31 položek, každá z nich pak obsahovala 3–10 koherentních položek. Čtyři z pěti podškál obsahovaly odpovědi z původního výzkumného šetření v „magnet hospitals“, týkající se obrazu ošetřovatelství, úlohy zdravotní sestry v péči o pacienta, vztahů zaměstnanců s vedením a vztahu mezi sestrami a lékaři. Poslední oblast se týkala dostatku personálu a zdrojů, což se v původních rozhovorech v „magnet hospitals“ konkrétně neobjevovalo.

Věnujme nyní pozornost také nedostatkům PES-NWI, které mohou ovlivnit jeho validitu. Sama Lake (2002, str. 178) upozorňuje na to, že pro některé typy nemocnic, ve kterých převládá byrokratický model řízení, nemusí mít dotazník dostatečnou výpovědní hodnotu. Vyplývá to z jeho kořenů v dotazníku NWI, který byl, jak bylo shora popsáno, vytvořen na základě výzkumu v nemocnicích, které nemají byrokratický model vedení. Ten se vyznačuje zaměřením na úkol, existencí jasně a rigidní hierarchie, která kontroluje plnění úkolu, komunikace mezi jednotlivými úrovněmi je převážně formální (Giddens, 1999, str. 291).

„Magnet hospitals“ mají naopak převážně profesionální model pracovní organizace, který je zaměřený na cíl, zdůrazňuje individuální schopnosti každého jednotlivce a převažuje v něm kontrola mezi kolegy na stejné úrovni (Giddens, 1999; Lake, 2002).

Další nevýhodou dotazníku je to, že užívá odpovědi jednotlivců pro hodnocení celku¹², což může vést k tomu, že v některých oblastech se budou odpovědi velmi odlišovat. Pokud by tato situace nastala, není možné takovou položku považovat v daném dotazníku za validní (Lake, 2002, str. 178).

¹² Důvody jsou rozebrány v předchozí kapitole. Ačkoli toto řešení má své nevýhody, je v podstatě jedinou možností, jak takovéto informace o chodu a prostředí v organizaci získat.

2.4.2 Dosavadní využití dotazníku

Kromě toho, že je dotazník PES-NWI součástí hodnocení pro udělení certifikace „Magnet“ (viz kap. 2.3), jeho upravená verze se stala součástí evropského projektu pro prognostiku v oblasti ošetrovatelství (RN4CAST) (Sermeus et al., 2011).

V článku z roku 2011 shrnujícím užití dotazníku Warshawsky a Havens (2011) popisují vzrůstající počet použití v čase. Zatímco v prvních čtyřech letech od svého vzniku (2002–2006) je zdokumentováno devět použití dotazníku k výzkumným účelům, v následujícím čtyřletí bylo napsáno dalších 28 vědeckých článků o dotazníkovém šetření pomocí PES-NWI. Na studii Warshawsky a Havens navazuje další shrnující výzkum, který v roce 2016 provedla Swiger et al. (2017) a který zkoumá využití dotazníku v letech 2010–2016. Za tuto dobu bylo napsáno 46 vědeckých článků z 28 různých zemí. Je tedy zřejmé, že stoupá i mezinárodní používání dotazníku.

Dotazník byl použit v celé řadě různých typů zdravotnických zařízení – na jednotkách intenzivní péče, na chirurgických, kardiologických i neurologických odděleních, na pracovištích starajících se o ambulantní pacienty, v zařízení lůžkové psychiatrie, akutní onkologické péče, v ambulantním i lůžkovém centru pro dialyzované pacienty, nejčastěji (80 %) byla zkoumána zařízení akutní lůžkové péče (Warshawsky a Havens, 2011; Swiger et al. 2017).

Kromě USA bylo dotazníkové šetření PES-NWI podniknuto například v Kanadě, Austrálii, na Tchaj-wanu, ve španělsky mluvících zemích Jižní Ameriky. V Evropě byl dotazník použit mimo jiné v Portugalsku, na Islandu, v Dánsku, ve Španělsku nebo ve Švédsku. Dotazník, který vychází z PES-NWI a který byl upraven v rámci projektu RN4CAST, byl použit také v Belgii, Velké Británii, Finsku, Německu, Řecku, Irsku, Norsku, Polsku, Španělsku, Švédsku a v Nizozemí (Sermeus et al., 2011). Bohužel znění a počet položek v jednotlivých kategoriích se od původního dotazníku odlišují do takové míry, že data získaná za pomoci dotazníku RN4CAST nelze použít pro komparaci s ostatními, získanými standardním dotazníkem PES-NWI (Swiger et al., 2017).

Pro použití na různých typech pracovišť a v různých zemích byl dotazník vždy upraven. Byly vynechány otázky, které pro dané pracoviště či organizace neměly relevanci, při některých výzkumech byly vynechány celé podoblasti, zejména pokud byl současně používán jiný dotazník a otázky by se podobaly. V jiných výzkumech byly do dotazníku přidány otázky, které se nacházely v původním NWI nebo v NWI-R (Warshawsky a Havens, 2011, Swiger et al., 2017). Validita upravených dotazníků byla zkoumána pomocí Cronbachova alfa, které vycházelo v uspokojivých hodnotách mezi 0,80 a 0,90. Oba výzkumné týmy se shodují na tom, že dobře uvážené změny, které vycházejí z prostředí, ve kterém má dotazník být použit, jsou vhodné a v některých případech nutné. Musí být ovšem provázeny doložením vnitřní konzistence a validity dotazníku (Warshawsky a Havens, 2011, Swiger et al., 2017). Warshawsky a Havens (2011) dokonce doporučují dotazník zkrátit, aby nebyl pro respondenty příliš zatěžující, a Swiger et al. (2017) poukazují na to, že dotazník, který vznikl v 80. letech, by měl být aktualizován na základě kvalitativních výzkumů, aby bylo zajištěno, že dotazník odpovídá stavu současného ošetrovatelství.

Další úpravou byl překlad, výzkumníci postupovali metodou nezávislého zpětného překladu. Dotazník existuje v současné době v mnoha jazykových mutacích.

Kvůli různicím se verzím dotazníků není srovnání mezi jednotlivými pracovišti, nebo dokonce zeměmi příliš validní, nicméně Warshawsky a Havens (2011) uvádí, že sestry pracující mimo Spojené státy nejlépe hodnotily podškálu Vzájemné vztahy mezi lékaři a sestrami, jako druhou pak Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče. Naproti tomu sestry z USA (z jednotek intenzivní péče a zařízení pečujícího o veterány) hodnotily nejlépe Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče. Část Dostatek zaměstnanců a zdrojů byla prakticky ve všech výzkumech na posledním místě.

Některé z výzkumů porovnávaly výsledky PES-NWI s dalšími proměnnými.

Organizační proměnné jako velikost nemocnice, počet lůžek, výuka probíhající na pracovišti, ziskovost, počty zaměstnanců apod. zkoumaly čtyři projekty. S výsledky PES-NWI korelovaly pozitivně počty zaměstnanců a negativně nízká úroveň výuky probíhající na pracovišti (Warshawsky a Havens, 2011). Novější studie ukazují pozitivní asociaci mezi výsledky PES-NWI a výsledky z oblasti bezpečnosti práce a hlášení nežádoucích událostí (Swiger et al., 2017).

Jiné studie, které popisují Warshawsky a Havens (2011), porovnávaly výsledky dotazníkového šetření s daty o pacientech, kde se ukázalo, že existuje

korelace mezi pocitem bezpečí pacientů a výsledky PES-NWI. Swiger et al. nacházejí u většiny studií, které pracovaly s daty o pacientech, silnou pozitivní korelaci mezi pracovním prostředím sester a sestrami hodnocenou kvalitou péče. Výzkumníci nabízí dvě možná vysvětlení: podle prvního se může jednat o ovlivnění výsledku, protože ho hodnotí stejná skupina respondentů (například sestry mohou přeceňovat vliv pracovního prostředí), druhé vysvětlení vychází z faktu, že sestry jsou dobrým zdrojem informací o zařízení, ve kterém pracují, a mohou proto mít přesnější odhad než některé stávající měřicí nástroje (Swiger et al., 2017; Aiken a Patricia, 2000).

Při srovnání s daty o personálu se zjistilo, že výsledky PES-NWI korelují negativně s fluktuací sester a s absentérstvím (Warshawsky a Havens, 2011).

Nejvíce výzkumů v prvním období (2002–2010) se zaměřilo na porovnání výsledků PES-NWI a údajů o sestřích. Existuje významná pozitivní korelace mezi výsledky PES-NWI a podporou sester, jejich spokojeností s prací, jejich radostí z práce a loajalností k organizaci a naopak, silná negativní korelace se ukazuje pro syndrom vyhoření, nespokojenost s prací a deklarování záměru dát výpověď (Warshawsky a Havens, 2011). Zajímavé je, že Swiger et al. (2017, str. 80) neodhalili ve výzkumech z pozdějších let tak silné korelace. Swiger et al. (2017) dále uvádí, že několik studií sice našlo významnou negativní korelaci mezi výsledky PES-NWI a pocitem vyhoření, záměrem opustit pracoviště a nespokojeností s prací, nicméně výsledky nejsou zdaleka tak jednoznačné jako v předcházejícím období a navíc některé studie neprokázaly žádnou korelaci mezi těmito faktory.

Výsledky týkající se nežádoucích událostí nejsou jednoznačné, nicméně některé studie potvrdily vyšší riziko pooperačních komplikací, neúspěšné resuscitace a úmrtí v nemocnicích s nepříznivým pracovním prostředím. Další studie ukázaly menší množství nozokomiálních nákaz, pádů se zraněním, katérových sepsí a chyb v podávání léků hlášených sestrami na pracovištích s lepšími výsledky PES-NWI (Warshawsky a Havens, 2011). Z novějších studií prokázala jedna významnou negativní korelaci mezi dobrými výsledky PES-NWI a počtem omylů při podávání léků, jiná studie se stejným tématem žádnou korelaci neprokázala (Swiger et al., 2017).

2.4.3 Příklady využití dotazníku v Evropě

Vyjmenovávat všechny studie, které využívaly dotazník, by bylo nad rámec této práce, navíc byla většina z nich uskutečněna v zemích s odlišným kulturním prostředím. Stručný přehled jejich výsledků přinesla předchozí kapitola. V následující části budou uvedeny čtyři příklady použití dotazníku v evropských zemích, které jsou české realitě snad bližší a kromě toho mají společné to, že bylo nutné dotazník přeložit, a krátce bude zmíněna studie porovnávající různá oddělení jedné nemocnice v Quebecu.

2.4.3.1 Portugalsko

Cílem portugalské studie bylo provést adaptaci a validaci dotazníku PES-NWI pro portugalskou realitu (Ferriera a Martins, 2014). Dotazník byl nejprve dvěma nezávislými experty převeden do portugalštiny metodou zpětného překladu a byl proveden pilotní test, při kterém sestry nejprve vyplnily dotazník a poté byly dotazovány, zda správně porozuměly znění otázek.

Studie se zúčastnilo 236 sester ze dvou nemocnic (38,6 % z Centro Hospitalar Lisboa a 61,4 % z Centro Hospitalar Médio Tejo). Analýza výsledků ukázala, že škála má vnitřní konzistenci a validitu, a to jak jako celek (Cronbachovo alfa 0,92), tak v jednotlivých podškálách (alfa mezi 0,71 a 0,89). Z jednotlivých podškál¹³ byla nejlépe hodnocena oblast *Ošetřovatelské základy pro kvalitu péče* (průměr 3,24 z maxima 4, minimální hodnocení bylo 2,17), dále pak *Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester* (3,00 ze 4). Mírně nadprůměrně (2,69) byla hodnocena oblast *Dostatek zaměstnanců a zdrojů* (na rozdíl od většiny ostatních studií, bez ohledu na zemi nebo typ pracoviště, kde je tato oblast hodnocena ze všech nejhůře (Warshawsky a Havens, 2011)). Pod průměrem pak byla oblast *Podíl sester na vedení nemocnice* (2,37) a nejhůře hodnocena (1,80) byla oblast zaměřená na vztahy mezi lékaři a sestrami.

¹³ Dotazník PES-NWI sestává z pěti podškál, bude o nich podrobněji pojednáno v kapitole 3.2. Rozpětí hodnocení je 1–4, s tím, že 1 je nejslabší hodnocení a 4 nejlepší. Podrobněji viz kap. 3.2.

Studie potvrdila validitu a výpovědní hodnotu zkoumaného dotazníku srovnatelnou s originální verzí PES-NWI.

2.4.3.2 Španělsko

Autoři studie ve Španělsku, de Pedro-Gómez et al. (2009), uvádí, že španělská verze dotazníku byla adaptována pomocí techniky zpětného překladu, tým odborníků sestávající z předkladatele a čtyř sester vyloučil při překladu nejasnosti. Bylo upraveno pořadí otázek a to tak, aby všechny otázky patřící k jedné oblasti následovaly po sobě, a byl přidán název každé podškály (de Pedro-Gómez et al., 2009, str. 9). Dotazník byl poté zadán 291 respondentům, z nichž 233 dotazník vyplnilo. Cílem španělské studie bylo upravit dotazník pro prostředí ambulantní péče, ale v této studii byl zadán i sestrám z nemocnic, které nakonec tvořily většinu respondentů (84,54 %). Pro každou z pěti studovaných oblastí bylo vypočítáno Cronbachovo alfa, které dosahovalo hodnot vyšších než 0,80 a bylo tak možné ověřit vnitřní konzistenci dotazníku. Pomocí dalších statistických operací a výpočtů bylo prokázáno, že španělská verze dotazníku PES-NWI má dostatečnou výpovědní hodnotu i validitu (de Pedro-Gómez et al., 2009).

Článek bohužel neudává hodnoty pro jednotlivé podškály, nemůžeme tedy porovnat výsledky studie s dalšími realizovanými výzkumy. Takové výsledky lze najít ve studii, kde byl dotazník zadán v prostředí primární péče ve Španělsku (Parro Moreno et al., 2012). Španělskými sestrami v primární péči byla nejlépe hodnocena oblast *Schopnosti vedoucí sestry* (průměr 2,9), dále pak *Vztahy mezi lékaři a sestrami* (2,7), *Ošetrovatelské základy* (2,64) a jako jediná oblast s podprůměrným hodnocením zůstal *Dostatek personálu* (2,3).

2.4.3.3 Dánsko

O dánské studii pojednává článek, který napsali Mainz et al. (2015). Po svolení autorky dotazníku profesorky E. Lake nechali autoři dotazník přeložit týmem odborníků do dánštiny a zpětně do angličtiny, podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018). Po překladu a upravení diskrepancí byl dotazník zadán osmi sestrám, které reprezentovaly cílovou skupinu, a po vyplnění dotazníku s nimi byl veden rozhovor s cílem zjistit, zda porozuměly všem otázkám a jaké k nim mají případné připomínky, a výsledky byly zpracovány do výsledné podoby dotazníku.

V dánské verzi byly provedeny drobné změny oproti původní verzi, například některé otázky byly formulovány jako věty, protože se to tak jevilo pro sestry srozumitelnější.

Dotazník byl poté zadán sestřím na čtyřech odděleních (ortopedie, onkologie, kardiologie a gastroenterologie) jedné univerzitní nemocnice. Návratnost dotazníku byla vysoká – 127 sester ze 131 (96 %), pravděpodobně i díky osobní komunikaci zadavatelů se sestrami na pracovních schůzkách. Průměrný věk dánských sester, které vyplnily dotazník, byl 34 let a 95 % z nich byly ženy. 87 % respondentů byly registrované sestry s bakalářským titulem.

Pro zhodnocení vnitřní konzistence dotazníku bylo vypočítáno Cronbachovo alfa, které pro dotazník jako celek činilo 0,88, jednotlivé podškály se pohybovaly v hodnotách 0,71 až 0,82.

Celkové průměrné skóre pro dotazník bylo 2,95. Nejlépe hodnocenou položkou byly *Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester* (3,30), následováno kategoriemi *Kolegiální vztahy mezi lékaři a sestrami* (3,10) a *Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče* (3,08). I oblasti, které dosáhly nejnižšího hodnocení, se stále pohybovaly nad průměrem: *Dostatek zaměstnanců a zdrojů* (2,68) a *Podíl sester na vedení nemocnice* (2,66) a pracovní prostředí této dánské nemocnice tak může být ohodnoceno jako příznivé („favourable“).

Cílem dánské studie bylo také porovnat výsledky s „magnet“ i „non-magnet hospitals“ získané ve studiích prováděných ve Spojených státech amerických. Celkové skóre je pro „magnet hospitals“ 2,99 a pro „non-magnet hospitals“ 2,48. Výsledky z dánské nemocnice se tedy podobají výsledkům „magnet hospitals“, a to jak celkově, tak v jednotlivých podškálách a statisticky významně se odlišují od výsledků „non-magnet hospitals“.

2.4.3.4 Švédsko

Ve Švédsku byla v roce 2014 provedena studie zkoumající vztah mezi pracovním prostředím, adekvátním počtem zaměstnanců a bezpečností pacientů hodnocenou sestrami (Smeds Alenius et al., 2014). V rámci tohoto celonárodního výzkumu byl mimo jiné využit dotazník PES-NWI, ovšem ve verzi upravené pro RN4CAST (Sermeus et al., 2011), která se neshoduje s originálním dotazníkem. Pro zajímavost je možné uvést, že dobré hodnocení v podškálách *Dostatek zaměstnanců a*

zdrojů, Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester a Kolegiální vztahy mezi lékaři a sestrami významně korelovalo s bezpečností pacientů hodnocenou sestrami.

2.4.3.5 Quebec

Cílem studie provedené v univerzitní nemocnici v Quebecu bylo ověřit validitu dotazníku PES-NWI pro zkoumání jednotlivých oddělení v rámci jedné nemocnice (McCusker et al., 2004). Byl použit upravený dotazník NWI-R obsahující 21 položek rozdělených do stejných podškál jako dotazník PES-NWI vytvořený profesorkou Lake. Tento dotazník byl přeložen do francouzštiny.

Studii se podařilo potvrdit hypotézu E. Lake, která předpokládala, že podškály *Schopnosti vedoucí sestry, Dostatek zdrojů a Vztahy mezi lékaři a sestrami* odrážejí charakteristiky typické pro jednotlivá oddělení, zatímco hodnocení v podškálách *Podíl sester na vedení nemocnice a Ošetřovatelské základy pro kvalitu péče* se vztahuje na nemocnici jako celek.

Nejcitlivějším ukazatelem potom je podškála *Dostatek zdrojů*, která těsně souvisí s tím, jak sestry na jednotlivých odděleních hodnotí kvalitu poskytované péče. Podle návrhu autorů studie by tato podškála, spolu s dvěma ostatními, které hodnotí jednotlivá oddělení, mohla být používána jako nástroj pro hodnocení a zlepšování kvality péče v nemocnicích (McClusker, 2004, str. 321).

3. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

- řádným způsobem převzít, přeložit a na české podmínky upravit v zahraničí používaný dotazník a provést jeho pilotní ověření;
- dotazník zadat cílové skupině respondentů ve FN Motol;
- získaná data z dotazníkového šetření utřídit, zpracovat a statisticky vyhodnotit;
- porovnat získané informace s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma;
- zobecnit závěry vlastní práce a stanovit doporučení pro praxi.

Jako dílčí krok k naplnění shora uvedených cílů uvedených byly stanoveny tyto pracovní hypotézy:

- H 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle věku.
- H 2: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle druhu vykonávaného povolání.
- H 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle stupně nejvyššího dosaženého vzdělání.
- H 4: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle toho, zda mají, či nemají specializovanou způsobilost.
- H 5: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v závislosti na celkové délce praxe.
- H 6: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle délky praxe na současném pracovišti.
- H 7: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v souvislosti se zaměřením pracoviště respondentů.
- H 8: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle typu pracoviště respondentů.

- H 9: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle charakteru zdravotních služeb poskytovaných pracovištěm respondentů.
- H 10: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v závislosti na pracovním režimu respondentů.

3.1 METODIKA

3.1.2 Dotazník

O tvorbě dotazníku PES-NWI je pojednáno výše v kapitole 2.4.1. V této části bude popsána podoba a rozdělení dotazníku a způsob jeho hodnocení.

Dotazník sestává ze 31 otázek hodnocených na čtyřstupňové Likertově škále obsahující položky *Rozhodně souhlasím*, *Souhlasím*, *Nesouhlasím*, *Rozhodně nesouhlasím*. Možnost *Nevím* není v dotazníku použita záměrně, aby se předešlo nejednoznačnosti odpovědí (Lake, 2002), ačkoli v pilotních výzkumech při překladech dotazníků do jiných jazyků by ji respondenti uvítali (Mainz et al., 2015; Pedro-Gómez et al., 2009).

Dotazník je rozdělen do pěti podškál obsahujících 3–10 položek, z nichž každá může být hodnocena samostatně na stupnici 1–4 (průměr z odpovědí respondentů na Likertově škále), kde 1 je nejhorší hodnocení a 4 nejlepší. Na základě průměru hodnocení v jednotlivých podškálách navrhly Lake a Friese (2006) hodnocení pracovního prostředí v nemocnicích a rozdělily je do kategorií *Příznivé* („favourable“) pro hodnocení vyšší než 2,5 v nejméně čtyřech podškálách, *Smišené* („mixed“) pro výsledky větší než 2,5 ve dvou nebo třech podškálách a *Špatné* („poor“) pro jednu nebo žádnou podškálu s hodnocení větším než 2,5.

3.1.1.1 Podškály dotazníku PES-NWI

- **Podíl sester na vedení nemocnice (Nurse Participation in Hospital Affairs)**

Tato oblast hodnotí zapojení sester do širokého nemocničního kontextu, jako je působení v různých vnitřních výborech, účast při rozhodování o chodu a řízení nemocnice. Dále zkoumá možnosti sester pro kariérní postup, jejich komunikaci s vysokým vedením (ať už celé nemocnice, nebo v oblasti ošetřovatelství). Zjišťuje, zda jsou vedoucí pro sestry dobře dosažitelní a ochotní jim naslouchat.

Otázky č. 5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28.

- **Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče (Nursing Foundations for Quality of Care)**

Tato oblast zkoumá, zda je ošetrovatelská péče poskytována na základě ošetrovatelského nebo medicínského modelu, jsou-li na pracovišti přítomné nebo dostupné sestry se specializací. Důležitá je i přítomnost ošetrovatelské filozofie jako takové a požadavek vedení na její naplňování. Dále se zabývá způsobem zaškolení nově přijímaných sester.

Otázky č. 4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31.

- **Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester (Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses)**

Klíčová schopnost vedoucí sestry je schopnost dobrého vedení a řízení, dotazník v této oblasti zjišťuje, jakým způsobem vedoucí sestra podporuje své podřízené například při konfliktu s lékařem, pokud dojde k pochybení nebo jakým způsobem jsou sestry oceňovány.

Otázky č. 3, 7, 10, 13, 20

- **Dostatek zaměstnanců a zdrojů (Staffing and Resource Adequacy)**

Nejvýznamnějším faktorem v této podoblasti je samozřejmě dostatek sester – dva hlavní klíče k poskytování dobré ošetrovatelské péče jsou možnost trávit s pacienty dostatek času a mít příležitost promluvit si o péči o pacienty s ostatními sestrami.

Dále se v této oblasti zjišťuje adekvátnost materiálních zdrojů a ostatního ošetrovatelského personálu.

Otázky č. 1, 8, 9, 12.

- **Vzájemné pracovní vztahy mezi sestrami a lékaři (Collegial Nurse-Physician Relations)**

Nejmenší část, zastoupená pouhými třemi otázkami, reflektuje potřebu sester spolupráce a dobrých kolegiálních vztahů s lékaři, tak jak ji vyjádřily sestry v „magnet hospitals“.

Kvůli malému rozsahu je tato podškála zatížena menší vnitřní konzistencí v odpovědích. Lepší výpovědní hodnotu by mohla získat, pokud by se zvýšil počet položek, které do ní spadají (Lake, 2002, str. 186). To by mohlo pomoci i k upřesnění představy, jaký typ kolegiálních vztahů s lékaři sestry upřednostňují.

Otázky č. 2, 16, 24.

3.1.2 Převedení do českého prostředí

Dotazník PES-NWI, k jehož užití dala souhlas jeho autorka profesorka E. Lake, jsme přeložili z angličtiny do češtiny a poté provedli úpravy s týmem jazykovědců z Ústavu ošetřovatelství 2. LF UK, kteří znají oba jazyky, včetně odborné terminologie.

Znění některých otázek bylo mírně pozměněno tak, aby bylo v češtině srozumitelnější nebo více odpovídalo české realitě. Často byly jednotlivé položky přeformulovány do větné podoby tak, aby obsahovaly i sloveso. Stejný postup použili například výzkumníci překládající dotazník do dánštiny (Mainz et al., 2015, str. 482).

U otázek č. 1, 3, 6, 17, 26 bylo do závorky přidáno upřesnění:

1. *Adequate support services allow me to spend time with my patients.* – Adekvátní podpora pomocného personálu (*např. sanitářů*) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.
3. *A supervisory staff that is supportive of the nurses.* – Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (*např. staničních sester*).
6. *Opportunity for staff nurses to participate in policy decisions.* – Všeobecné sestry mají možnost podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště/zdravotnického zařízení (*např. nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce*).
17. *Opportunities for advancement.* – Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (*semináře, školení, kurzy*).
26. *Nursing care is based on nursing, rather than a medical, model.* – Ošetřovatelská péče je založena především na ošetřovatelském přístupu (*potřeby pacienta*) než na přístupu medicínském.

Dotazník v celém znění je k dispozici v příloze č. 1.

Dále byl dotazník předložen studentům ošetrovatelství v bakalářském programu a poté, co jej vyplnili, byli dotazováni na srozumitelnost jednotlivých položek. Studentům připadaly otázky srozumitelné a jednoznačné.

K otázkám dotazníku PES-NWI bylo přidáno 12 otázek zaměřených na demografické údaje a upřesnění pracovního zařazení respondentů.

3.2 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT

Zadání dotazníku bylo schváleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči FN Motol (příloha č. 2) a poté dotazník zadán pomocí interního informačního systému VEMA VZD. O vyplnění dotazníku byly pomocí elektronické pošty požádány všechny všeobecné i praktické sestry zaměstnané ve FN Motol.

Sběr dat probíhal ve dnech 16.–28. 3. 2018. Na dotazník odpovědělo 266 respondentů, 13 dotazníků bylo nutné ze zpracování vyloučit, protože v nich nebyly uvedeny rozhodující demografické údaje (věk – 5 dotazníků; délka praxe – 2 dotazníky) nebo bylo po zhodnocení kongruence zjištěno, že odpovědi nelze považovat za validní (6 dotazníků).

Odpovědi byly zadány do programu Excel, kde byl vytvořen datový list. Ke statistickému zpracování dat byl použit programy STATISTIKA CZ 12, pomocí nějž byly vytvořeny tabelární přehledy znázorňující četnosti jednotlivých odpovědí a následně grafické výstupy v podobě histogramů četností a výsečových diagramů. K testování hypotéz byl použit neparametrický statistický test významnosti dobré shody (Chí-kvadrát).

3.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

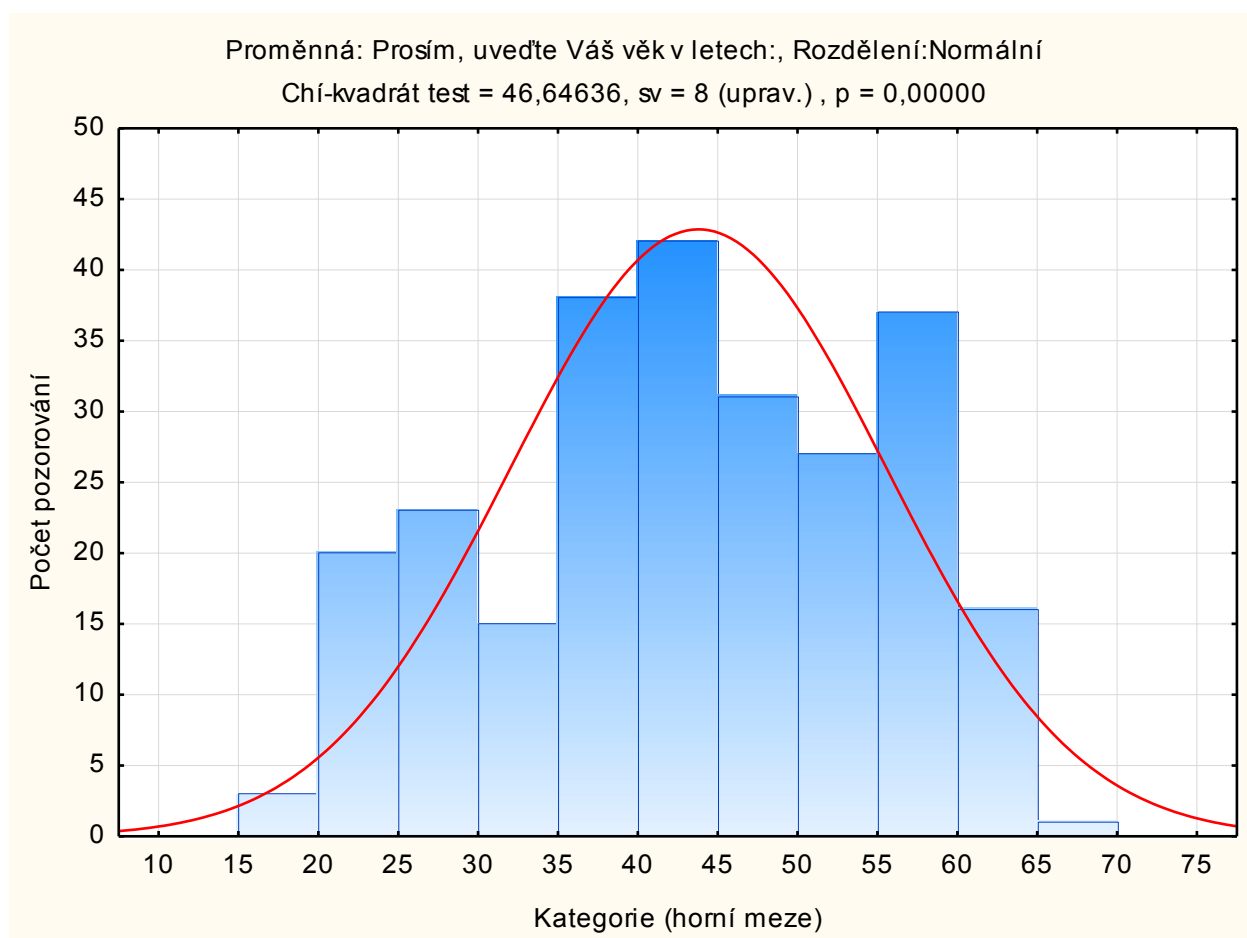
Zkoumaní respondenti jsou charakterizováni podle věku, délky praxe celkově a na současném pracovišti, druhu povolání, typu, zaměření a charakteru pracoviště, nejvyššího dosaženého vzdělání, specializace v oboru a pracovního režimu.

- **Věk:**

Popisná statistika – věk							
N platných	Průměr	Medián	Min.	Max.	Rozpětí	Sm. odch.	Var. koef.
253	43,79447	44	19	66	47	11,77186	26,87978

Tab. č. 1: Popisná statistika – věk

Aritmetický průměr věku respondentů je 43,79 roku, směrodatná odchylka je 11,77 a variační koeficient 26,88 %. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 let a nejstaršímu 66 let. Pro další šetření budou respondenti rozděleni do dvou kategorií na základě mediánu: respondenti do 44 let včetně a starší než 45 let. V níže uvedeném grafu, který ukazuje rozložení respondentů podle věku, můžeme pozorovat, že rozložení respondentů nabývá přibližně normálního rozdělení podle Gaussovy křivky, ale jeho parametrů nedosahuje.



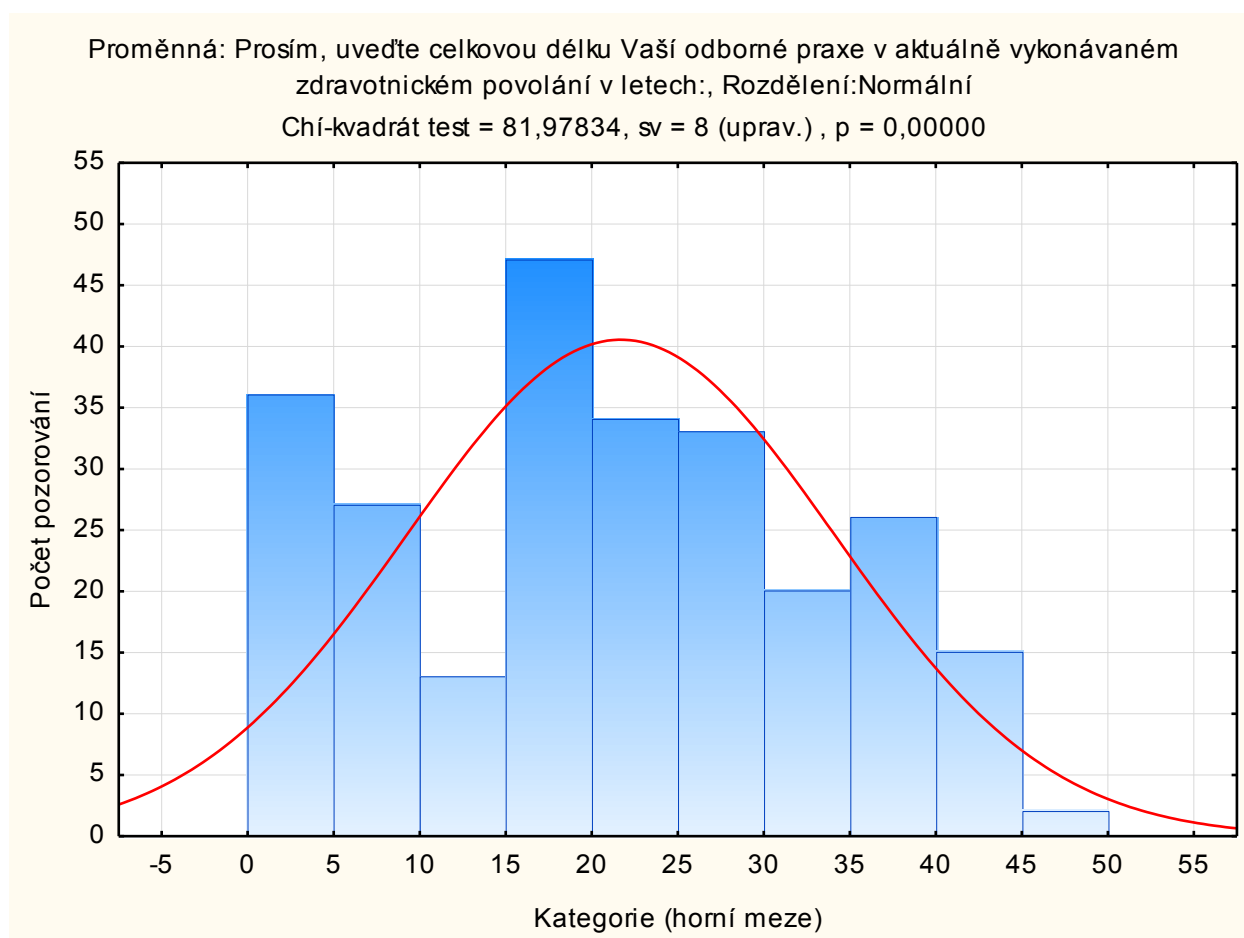
Obr. č. 2: Histogram četností – věk

- **Celková délka praxe**

Popisná statistika – celková délka praxe							
N platných	Průměr	Medián	Min.	Max.	Rozpětí	Sm. odch.	Var. koef.
253	21,68379	21	0,5	48	47,5	12,44356	57,38643

Tab. č. 2: Popisná statistika – celková délka praxe

Průměrná celková délka praxe respondentů činila 21,68 roku se směrodatnou odchylkou 12,44 a dosti širokým rozpětím 47,5 roku. Respondenti byli rozděleni do dvou kategorií na základě vypočítaného mediánu na respondenty s délkou praxe do 21 let včetně a více než 22 let. Následující histogram ukazuje rozložení respondentů podle celkové délky praxe, můžeme v něm pozorovat, že tyto velmi zhruba odpovídají normálnímu rozložení podle Gaussovy křivky, s výjimkou kategorie délky praxe 0–5 let, která je početnější.



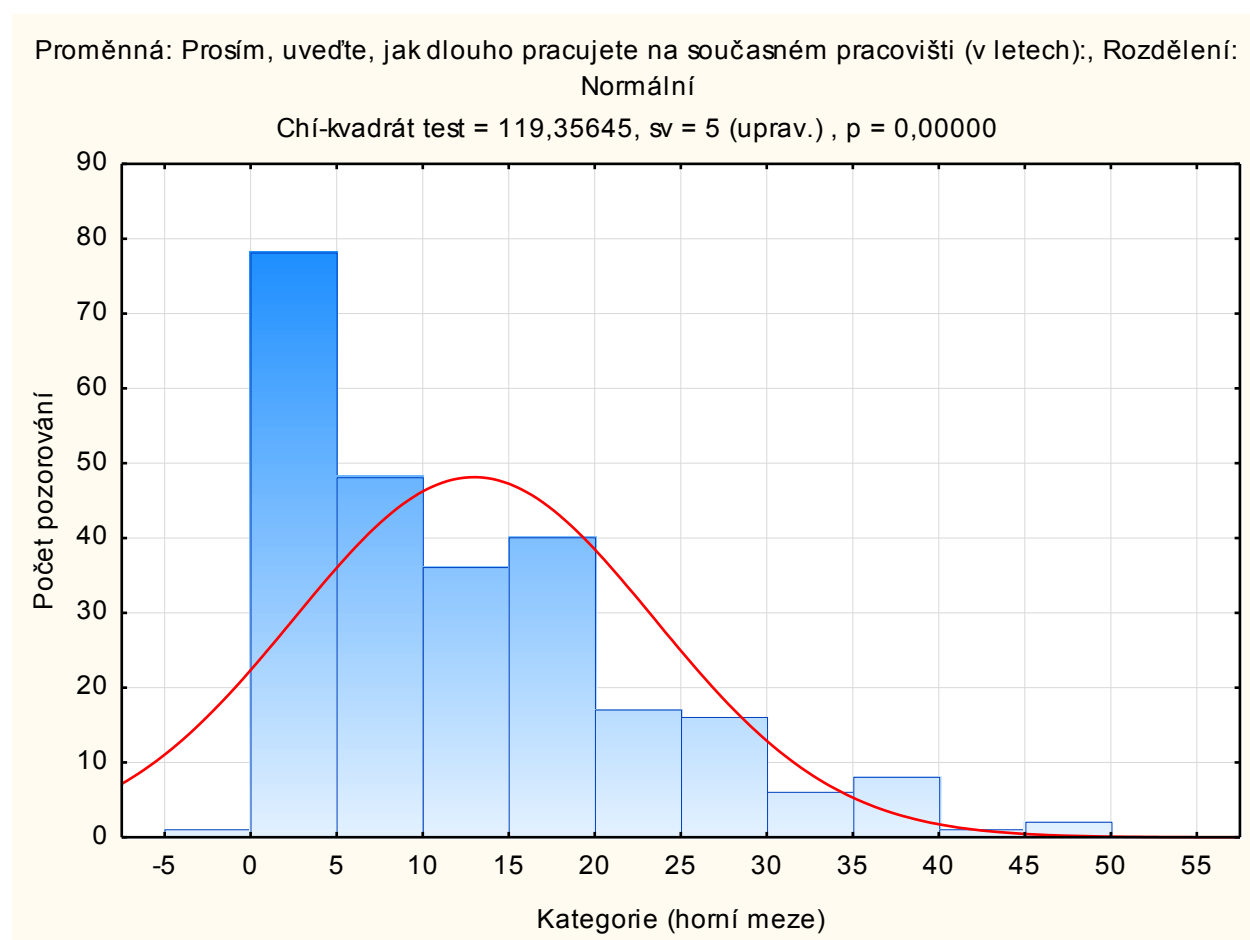
Obr. č. 3: Histogram četností – celková délka praxe

- **Délka praxe na současném pracovišti**

Popisná statistika – délka praxe na současném pracovišti							
N platných	Průměr	Medián	Min.	Max.	Rozpětí	Sm. odch.	Var. koef.
253	12,98617	10	0	48	48	10,48385	80,73088

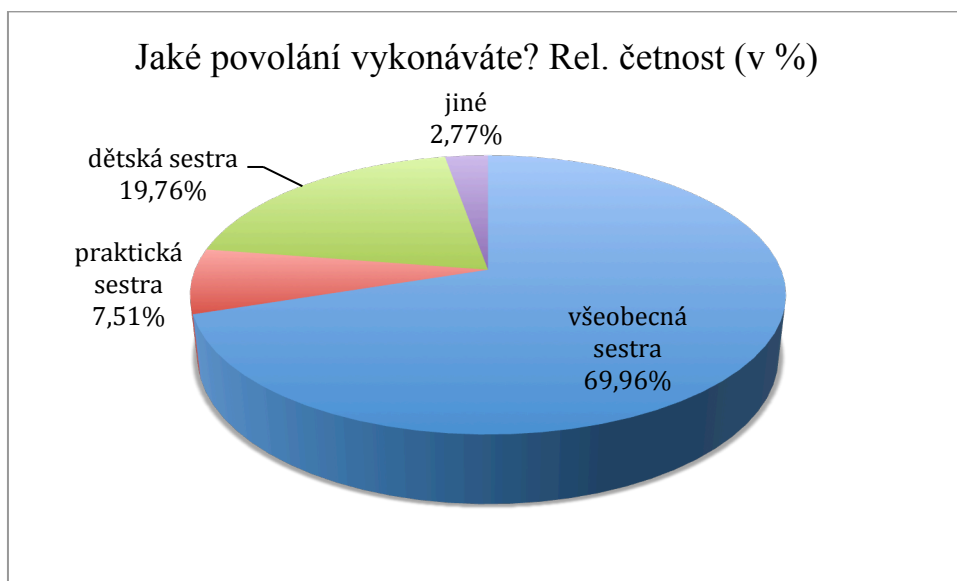
Tab. č. 3: Popisná statistika – délka praxe na současném pracovišti

Průměrná délka praxe na současném pracovišti činí 12,99 roku, rozpětí 48 let a směrodatná odchylka 10,48. Na základě vypočítaného mediánu byli respondenti pro účely dalšího šetření rozdělení do dvou kategorií: respondenti s délkou praxe na současném pracovišti do 10 let včetně a respondenti, kteří na současném pracovišti pracují déle než 11 let. Následující histogram uvádí rozložení respondentů podle délky praxe na současném pracovišti. Rozložení dat přibližně odpovídá normálnímu průběhu Gaussovy křivky, s výjimkou kategorie délka praxe 0–5 let, ve které je výrazně vyšší počet respondentů, než by odpovídalo Gaussově křivce.



Obr. č. 4: Histogram četností – délka praxe na současném pracovišti

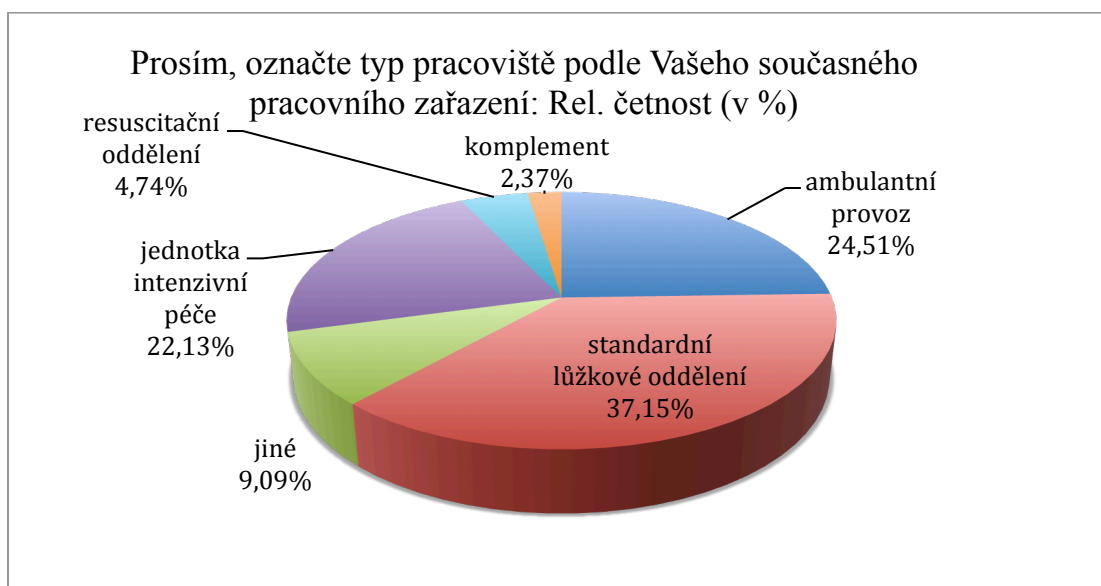
- **Druh vykonávaného povolání**



Obr. č. 5: Druh vykonávaného povolání

Většina respondentů (n=177) uvedla, že pracuje jako všeobecná sestra, 50 respondentů uvedlo, že pracuje jako dětská sestra a 19 respondentů je praktickými sestrami. Na základě těchto odpovědí byl zkoumaný vzorek pro účely dalšího šetření rozdělen na dvě kategorie: respondenti vykonávající povolání všeobecné sestry (n = 177) a ostatní (n = 76).

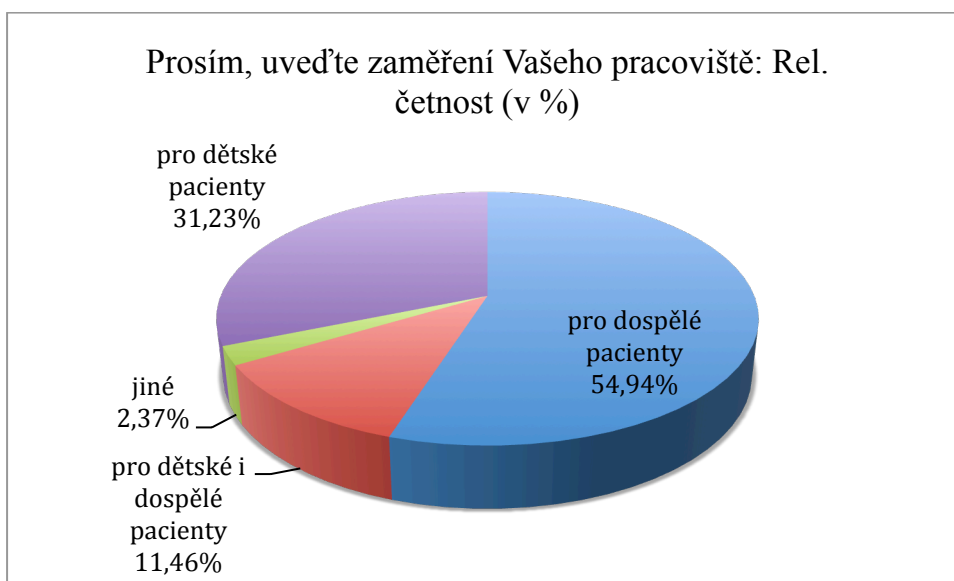
- **Typ pracoviště**



Obr. č. 6: Typ pracoviště

Nejvíce respondentů pracuje na standardním lůžkovém oddělení (n=94), dále pak v ambulantním provozu (n=62), na jednotkách intenzivní péče (n=56). Na resuscitačních odděleních pracuje 12 respondentů a 23 respondentů uvedlo, že pracuje na pracovišti jiného typu, než je uvedeno ve výběru. Pro účely šetření byli respondenti rozděleni do dvou kategorií tak, aby byla zachována logika odlišnosti pracovišť. V první kategorii jsou respondenti pracující na odděleních lůžkového typu (tedy standardní, intenzivní a resuscitační péče, n = 162) a v druhé pak respondenti z jiných typů pracovišť (ambulantní, komplement a jiné, n = 91).

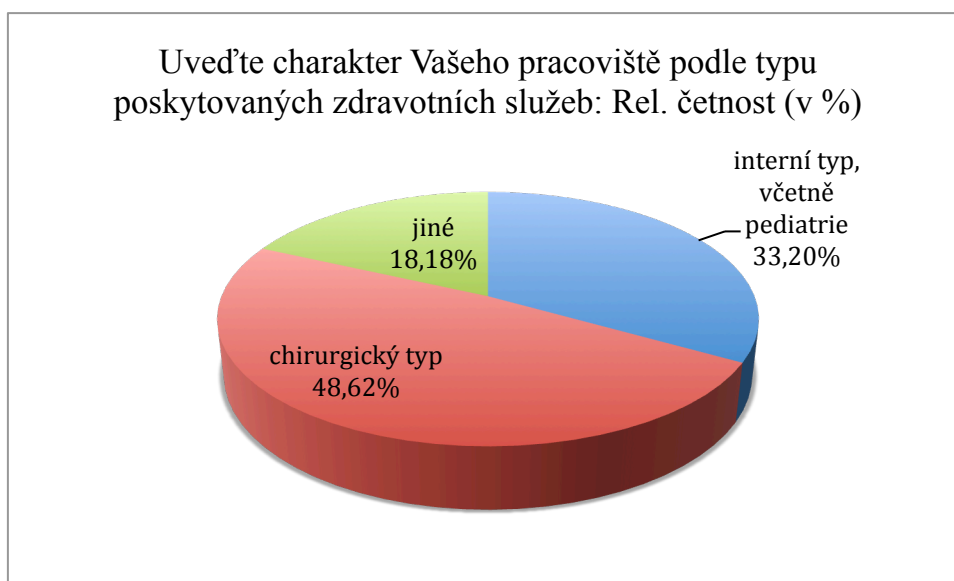
- **Zaměření pracoviště**



Obr. č. 7: Zaměření pracoviště

Na pracovištích pouze pro dospělé pacienty pracuje nejvíce (n=139) respondentů, na pracovištích pouze pro dětské pacienty 79 respondentů a na pracovištích pro dětské i dospělé pacienty je 29 respondentů. Zkoumaný vzorek byl rozdělen do dvou kategorií podle logického smyslu – na respondenty pracující na pracovištích pouze pro dospělé pacienty (n = 139) a na ostatní (n = 114).

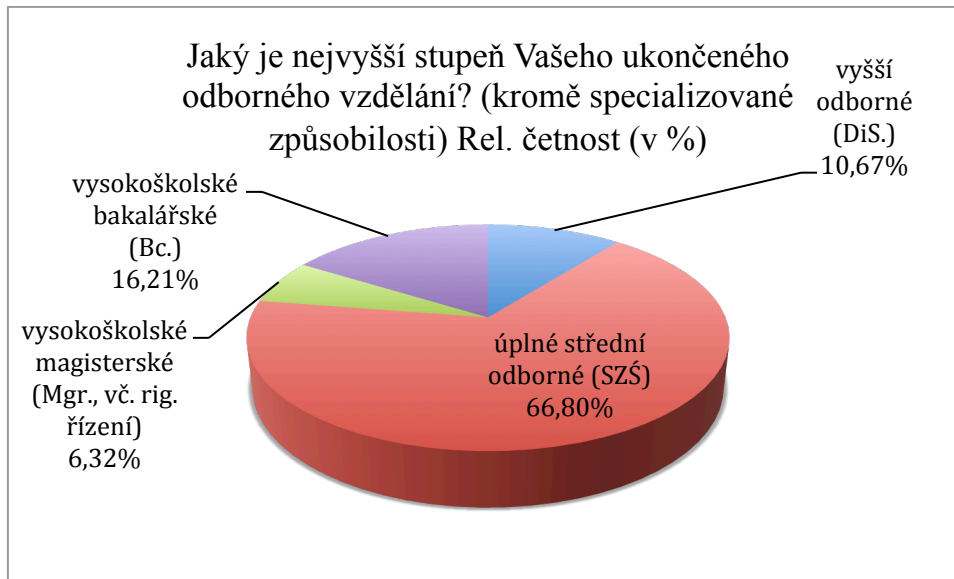
- **Charakter poskytovaných zdravotních služeb**



Obr. č. 8: Charakter pracoviště

Nejvíce respondentů (n=123) uvedlo, že pracuje na pracovišti chirurgického typu, ostatní pracují buď na pracovišti interního typu včetně pediatrie (n=84), nebo na pracovišti jiného než uvedeného typu (n=46). Pro účely výzkumu byl vzorek rozdělen do dvou skupin, na respondenty z pracovišť chirurgického typu (n = 123) a ostatní (n = 130).

- **Nejvyšší dosažené vzdělání**



Obr. č. 9: Dosažené vzdělání

Nejvíce respondentů má střední odborné vzdělání (n=169), následuje bakalářské (n=41), vyšší odborné (n=27) a nakonec magisterské a vyšší (n=16). Pro účely dalšího zpracování byli respondenti rozděleni do dvou skupin, v první jsou ti se sekundárním vzděláním (n = 169) a ve druhé ti s terciárním vzděláním (n = 84).

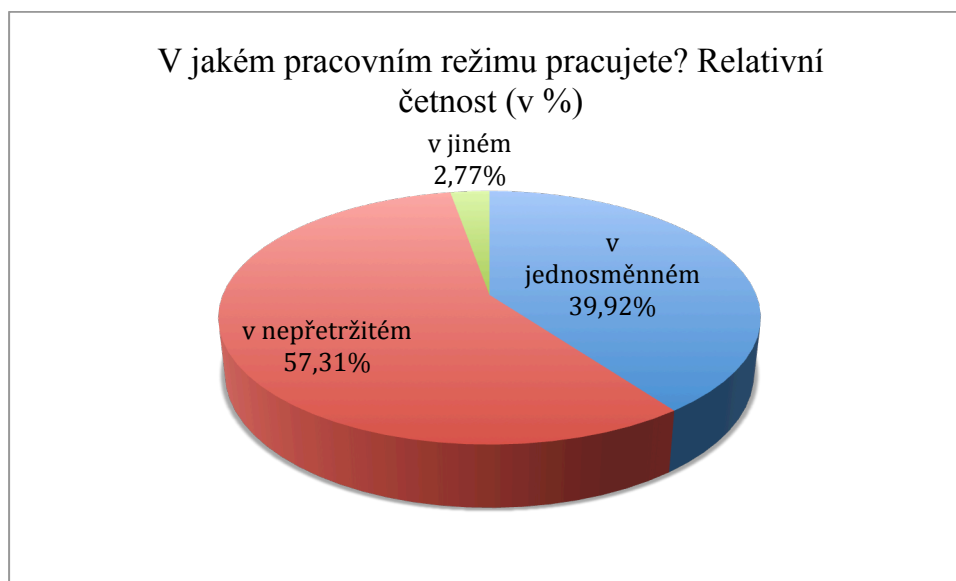
- **Specializovaná způsobilost**

Máte specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém pracujete?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
ne	78	30,83
ano	175	69,17
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 4: Specializovaná způsobilost

69 % (n = 175) respondentů uvedlo, že má specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém pracuje, a 30 % (n = 78) takovou způsobilost nemá.

- **Pracovní režim**



Obr. č. 10: Pracovní režim

Většina respondentů (n=145) pracuje v nepřetržitém provozu, 101 respondentů pracuje v jednosměnném provozu a 7 respondentů v jiném provozu. Pro účely dalšího zkoumání byli do jedné skupiny zařazeni respondenti pracující v nepřetržitém provozu (n = 145) a do druhé respondenti pracující v jednosměnném a jiném provozu (n = 108).

3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE

V této části budou uvedeny výsledky dotazníkového šetření k jednotlivým otázkám pomocí tabulek s připojeným komentářem. Dále bude uvedeno průměrné hodnocení otázky na stupnici 1–4 podle odpovědí respondentů (dle Lake a Friese, 2006). 4 je nejlepší hodnocení (*rozhodně souhlasím*) a 1 nejhorší (*rozhodně nesouhlasím*). Na základě těchto průměrů budou v diskuzi výsledky porovnány s dalšími studii využívajícími tento dotazník.

Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetřovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	67	26,48
souhlasím	144	56,92
nesouhlasím	35	13,83
rozhodně nesouhlasím	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 5: Adekvátní podpora

Většina respondentů (83,4 %) souhlasí s tím, že na jejich pracovišti je dostatek pomocného personálu, takže mohou trávit více času se svými pacienty. S tímto tvrzením nesouhlasí 16,6 % respondentů.

Celkové průměrné hodnocení: 3,4.

Této otázce bude věnována pozornost v diskuzi.

Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	38	15,02
souhlasím	167	66,01
nesouhlasím	40	15,81
rozhodně nesouhlasím	8	3,16
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 6: Pracovní vztahy

Většina respondentů (81,03 %) souhlasí s tvrzením, že mezi lékaři a sestrami na jejich pracovišti panují dobré vztahy. S tímto tvrzením nesouhlasí 18,97 % respondentů.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	80	31,62
souhlasím	146	57,71
nesouhlasím	21	8,30
rozhodně nesouhlasím	5	1,98
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 7: Podpora nadřízených

Naprostá většina respondentů souhlasí s tím, že sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (89,33 %), nesouhlasí 10,28 % respondentů a 0,4 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,2.

Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	43	17,00
souhlasím	188	74,31
nesouhlasím	21	8,30
rozhodně nesouhlasím	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 8: Podpora rozvoje a vzdělávání

Naprostá většina (91,31 %) respondentů souhlasí s tvrzením, že na jejich pracovišti existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání sester. 8,7 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	34	13,44
souhlasím	168	66,40
nesouhlasím	43	17,00
rozhodně nesouhlasím	5	1,98
nevyplněno	3	1,19
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 9: Kariérní rozvoj

79,84 % respondentů souhlasí s tím, že všeobecné sestry na jejich pracovišti mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku. 18,98 % s tím nesouhlasí a 1,19 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Všeobecné sestry mají možnost podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště/zdravotnického zařízení (např. nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	22	8,70
souhlasím	141	55,73
nesouhlasím	72	28,46
rozhodně nesouhlasím	15	5,93
nevyplněno	3	1,19
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 10: Podíl na rozhodování

S tvrzením, že všeobecné sestry mají možnost podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště nebo zdravotnického zařízení souhlasí 64,43 % respondentů, nesouhlasí 34,39 % respondentů a 1,19 % tuto otázku nezodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,6.

Nadřízení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	20	7,91
souhlasím	149	58,89
nesouhlasím	76	30,04
rozhodně nesouhlasím	7	2,77
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 11: Vnímání chyby

66,8 % respondentů souhlasí s tím, že nadřízení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoli ke kritice. 32,81 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent (0,4 %) na tuto otázku neodpověděl.

Celkové průměrné hodnocení: 2,7.

Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	31	12,25
souhlasím	158	62,45
nesouhlasím	57	22,53
rozhodně nesouhlasím	5	1,98
nevyplněno	2	0,79
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 12: Příležitost poradit se

74,7 % respondentů souhlasí s tím, že sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o problémech svých pacientů s ostatními sestrami, 24,51 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 0,79 % na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	100	39,53
souhlasím	121	47,83
nesouhlasím	27	10,67
rozhodně nesouhlasím	4	1,58
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 13: Dostatek kvalifikovaných sester

87,36 % respondentů souhlasí s tvrzením, že na jejich pracovišti je dostatek kvalifikovaných všeobecných sester, který umožňuje poskytování kvalitní péče. 12,25 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent na tuto otázku neodpověděl.

Celkové průměrné hodnocení: 3,3.

Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	77	30,43
souhlasím	131	51,78
nesouhlasím	34	13,44
rozhodně nesouhlasím	7	2,77
nevyplněno	4	1,58
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 14 Vrchní sestra manažer

82,21 % respondentů souhlasí s tím, že vrchní sestra je dobrý manažer a vedoucí týmu, 16,21 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1,58 % otázku nezodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	42	16,60
souhlasím	154	60,87
nesouhlasím	41	16,21
rozhodně nesouhlasím	9	3,56
nevyplněno	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 15: Dostupnost hlavní sestry

77,47 % respondentů souhlasí s tvrzením, že hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry je snadno dostupná, 19,77 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,77 % na otázku neodpovědělo.

Jedna z respondentek dodala k této otázce komentář, že nemůže hlavní sestru hodnotit, protože s ní nikdy nebyla v kontaktu.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	8	3,16
souhlasím	72	28,46
nesouhlasím	114	45,06
rozhodně nesouhlasím	58	22,92
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 16: Dostatek personálu

31,62 % respondentů souhlasí s tím, že na pracovišti je dostatek personálu k tomu, aby zvládal zadanou práci, 67,35 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent neodpověděl.

Celkové průměrné hodnocení: 2,1.

Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	12	4,74
souhlasím	94	37,15
nesouhlasím	113	44,66
rozhodně nesouhlasím	28	11,07
nevyplněno	6	2,37
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 17: Pochvala a uznání

41,89 % respondentů souhlasí s tím, že pochvala a uznání za dobře odvedenou práci jsou dostatečné, 55,73 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,37 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Průměrné celkové hodnocení: 2,3.

Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	73	28,85
souhlasím	168	66,40
nesouhlasím	8	3,16
rozhodně nesouhlasím	1	0,40
nevyplněno	3	1,19
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 18: Vysoký standard kvality

95,25 % respondentů souhlasí s tvrzením, že vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče, 3,56 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1,19 % respondentů na otázku nedopovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,3.

Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	56	22,13
souhlasím	166	65,61
nesouhlasím	19	7,51
rozhodně nesouhlasím	4	1,58
nevyplněno	8	3,16
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 19: Kompetence hlavní sestry

87,74 % respondentů souhlasí s tvrzením, že hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice, 9,09 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 3,16 % na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Lékaři a sestry často pracují v týmu.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	53	20,95
souhlasím	167	66,01
nesouhlasím	26	10,28
rozhodně nesouhlasím	6	2,37
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 20: Lékaři a sestry pracují v týmu

86,96 % respondentů souhlasí s tvrzením, že lékaři a sestry často pracují v týmu, 12,65 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent neodpověděl.

Celkové průměrné hodnocení: 3,0.

Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	62	24,51
souhlasím	173	68,38
nesouhlasím	17	6,72
rozhodně nesouhlasím	0	0
nevyplněno	1	0,40
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 21: Možnost profesního rozvoje

92,89 % respondentů souhlasí s tvrzením, že všeobecné sestry mají na pracovišti reálnou možnost profesního rozvoje, necelých 6,72 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent na otázku neodpověděl.

Celkové průměrné hodnocení: 3,2.

Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	52	20,55
souhlasím	179	70,75
nesouhlasím	16	6,32
rozhodně nesouhlasím	2	0,79
nevyplněno	4	1,58
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 22: Pravidla pro ošetřování

91,3 % respondentů souhlasí s tvrzením, že na jejich pracovišti jsou jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů, která se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta. 7,11 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1,58 % na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	59	23,32
souhlasím	169	66,80
nesouhlasím	22	8,70
rozhodně nesouhlasím	1	0,40
nevyplněno	2	0,79
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 23: Sestry se specializovanou působností

90,12 % respondentů souhlasí s tím, že všeobecné sestry bez specializace pracují na pracovištích společně se sestrami se specializovanou způsobilostí, 9,1 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 0,79 % na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester a to i v případě, že se jedná o spor s lékařem.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	56	22,13
souhlasím	135	53,36
nesouhlasím	48	18,97
rozhodně nesouhlasím	3	1,19
nevyplněno	11	4,35
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 24: Vrchní sestra hájí práva sester

75,49 % respondentů souhlasí s tvrzením, že vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem. 20,16 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 4,35 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,0.

Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	6	2,37
souhlasím	125	49,41
nesouhlasím	103	40,71
rozhodně nesouhlasím	12	4,74
nevyplněno	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 25: Vedení nemocnice, reakce na podněty

51,78 % respondentů souhlasí s tím, že vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců, 45,45 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,77 % na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,5.

Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	39	15,42
souhlasím	198	78,26
nesouhlasím	8	3,16
rozhodně nesouhlasím	1	0,40
nevyplněno	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 26: Program na zajištění kvality péče

93,68 % respondentů souhlasí s tvrzením, že na jejich pracovišti je zaveden program na zajištění kvality péče, 3,56 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,77 % neuvedlo u této otázky žádnou odpověď.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	7	2,77
souhlasím	129	50,99
nesouhlasím	96	37,94
rozhodně nesouhlasím	11	4,35
nevyplněno	10	3,95
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 27: Zapojení sester do vnitřního řízení nemocnice

53,76 % respondentů souhlasí s tvrzením, že sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice, 42,29 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 3,95 % na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,5.

Lékaři a sestry spolupracují.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	48	18,97
souhlasím	180	71,15
nesouhlasím	19	7,51
rozhodně nesouhlasím	3	1,19
nevyplněno	3	1,19
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 28: Lékaři a sestry spolupracují

90,12 % respondentů odpovědělo, že souhlasí s tvrzením, že lékaři a sestry spolupracují, 8,7 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1,19 % neodpovědělo na tuto otázku vůbec.

Celkové průměrné hodnocení: 3,0.

Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	76	30,04
souhlasím	158	62,45
nesouhlasím	15	5,93
rozhodně nesouhlasím	2	0,79
nevyplněno	2	0,79
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 29: Adaptační proces

92,49 % respondentů souhlasí s tvrzením, že na pracovišti je zaveden adaptační program pro nově nastupující sestry, 6,72 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 0,79 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,2.

Ošetřovatelská péče je založena především na ošetřovatelském přístupu (potřeby pacienta) než na přístupu medicínském.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	56	22,13
souhlasím	135	53,36
nesouhlasím	48	18,97
rozhodně nesouhlasím	3	1,19
nevyplněno	11	4,35
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 30: Ošetřovatelský přístup

75,49 % respondentů souhlasí s tvrzením, že ošetřovatelská péče je založena spíše na ošetřovatelském přístupu než na přístupu medicínském, 20,16 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 4,35 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničních ošetřovatelských pracovních a poradních skupinách.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	7	2,77
souhlasím	183	72,33
nesouhlasím	55	21,74
rozhodně nesouhlasím	1	0,40
nevyplněno	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 31: Ošetřovatelské pracovní a poradní skupiny

75,1 % respondentů souhlasí s tvrzením, že všeobecné sestry mají možnost působit nemocničních ošetřovatelských pracovních a poradních skupinách, 22,14 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,77 % na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,8.

Vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	40	15,81
souhlasím	171	67,59
nesouhlasím	33	13,04
rozhodně nesouhlasím	4	1,58
nevyplněno	5	1,98
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 32: Vedoucí sestry konzultují problémy

83,4 % respondentů souhlasí s tvrzením, že vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti, 14,62 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 1,98 % neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,0.

Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	36	14,23
souhlasím	166	65,61
nesouhlasím	39	15,42
rozhodně nesouhlasím	3	1,19
nevyplněno	9	3,56
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 33: Ošetřovatelské plány

79,84 % respondentů souhlasí s tím, že pro všechny pacienty na jejich pracovišti jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány, 16,61 % nesouhlasí a 3,56 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,9.

Jsou zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	36	14,23
souhlasím	146	57,71
nesouhlasím	54	21,34
rozhodně nesouhlasím	10	3,95
nevyplněno	7	2,77
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 34: Kontinuita péče

71,94 % respondentů souhlasí s tvrzením, že jsou na pracovišti zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, 25,29 % respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,77 % neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 2,8.

Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy.		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
rozhodně souhlasím	56	22,13
souhlasím	167	66,01
nesouhlasím	20	7,91
rozhodně nesouhlasím	4	1,58
nevyplněno	6	2,37
Celkem:	253	100,00

Tab. č. 35: Ošetrovatelské diagnózy

88,14 % respondentů souhlasí s tvrzením, že všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy, 9,49 % s tímto tvrzením nesouhlasí a 2,37 % na tuto otázku neodpovědělo.

Celkové průměrné hodnocení: 3,1.

Následující tabulka č. 36 ukazuje výsledky hodnocení jednotlivých položek, z nichž je vypočítáno průměrné hodnocení jednotlivých podškál dotazníku i celkové skóre (průměr hodnocení jednotlivých podškál, Lake a Friese, 2006). Otázky jsou uvedeny v příslušné oblasti. Podle návodu na skórování dotazníku podle Lake a Friese (2006) na stupnici 1–4 dosáhlo pracovní prostředí sester ve FN Motol, dle respondentů tohoto dotazníku, hodnocení *příznivé* („favourable“).

Nejlépe jsou hodnoceny oblasti *Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče a Pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami*, obě získaly průměrné hodnocení 3. Následuje oblast *Dostatek zaměstnanců a zdrojů* s průměrným hodnocením 2,9 a nejslabší hodnocení mají oblasti *Podíl sester na vedení nemocnice* a *Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester* se shodným hodnocením 2,8.

Otázky, které byly hodnoceny nejhůře (č. 12 a 13 – podprůměrné hodnocení – a č. 21 a 23 – průměrné hodnocení) mohou být vnímány jako podněty pro zlepšení.

Č. ot.	Znění	Hodnocení
	Podíl sester na vedení nemocnice	2,8
5.	Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.	2,9
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).	2,6
11.	Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.	2,9
15.	Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.	3,1
17.	Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy).	3,2
21.	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.	2,5
23.	Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).	2,5
27.	Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničních ošetrovatelských pracovních a poradních skupinách.	2,8
28.	Vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti.	3
	Kvalita péče založená na ošetrovatelských základech	3
4.	Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.	3,1
14.	Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetrovatelské péče.	3,3
18.	Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.	3,1
19.	Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.	3,1
22.	Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).	3,1
25.	Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).	3,2
26.	Ošetrovatelská péče je založena především na ošetrovatelském přístupu (potřeby pacienta) než na přístupu medicínském.	2,9
29.	Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetrovatelské plány.	2,9

30.	Jsou zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně.	2,8
31.	Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy.	3,1
	Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester	2,8
3.	Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).	3,2
7.	Nadřizení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.	2,7
10.	Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.	3,1
13.	Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné.	2,3
20.	Vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester a to i v případě, že se jedná o spor s lékařem.	3
	Dostatek zaměstnanců a zdrojů	2,9
1.	Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetrovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.	3,4
8.	Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	2,9
9.	Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.	3,3
12.	Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.	2,1
	Pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami	3
2.	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.	2,9
16.	Lékaři a sestry často pracují v týmu.	3
24.	Lékaři a sestry spolupracují.	3
	Celkové skóre	2,9

Tab. č. 36: Výsledky PES-NWI

3.5 DISKUZE

3.5.1 Diskuze k výsledkům vlastního šetření

Získaná data byla testována podle výše stanovených hypotéz (viz kap. 3.1). Tyto hypotézy byly testovány pomocí statistického testu významnosti Pearsonova Chí-kvadrátu, jehož výsledky jsou uvedeny v následující tabulce.

Statisticky významné položky, u kterých je p menší než stanovená statistická hladina významnosti 0,05, jsou barevně vyznačeny.

Přehled vypočítaných p-hodnot Pearsonova Chí-kvadrátu

(zeleně označená pole tabulky vyznačují položky, u kterých byly zjištěny statisticky významné rozdíly v četnostech odpovědí respondentů v rámci stanovených kategorií)

	Věk ktg	Vykonávané povolání, ktg	Nejvyšší stupeň vzdělání, ktg	Speciálová zptisobilost, ktg	Celková délka praxe, ktg.	Délka praxe na souč. pracovišti, ktg.	Zaměření pracoviště, ktg	Typ pracoviště, ktg	Charakter poskytovatých zdr. služeb, ktg	Pracovní režim, ktg
Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetřovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.	0,97966	0,65633	0,73508	0,8195	0,94446	0,93212	0,87575	0,61235	0,87162	0,41597
Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.	0,93583	0,55296	0,16381	0,12227	0,73787	0,76477	0,66801	0,85974	0,8719	0,67241
Všeobecné sestry mají podporu ze strany vedoucích sester (např. staničních sester).	0,19159	0,18415	0,28882	0,55083	0,18856	0,19625	0,19575	0,55327	0,19635	0,78085
Existuje aktivní program na podporu dalšího rozvoje a vzdělávání pro všeobecné sestry.	0,60958	0,63535	0,0947	0,53766	0,58619	0,61133	0,64122	0,60362	0,51387	0,45587
Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku.	0,79099	0,8883	0,03849	0,20172	0,64119	0,59791	0,82155	0,96016	0,24231	0,31229
Všeobecné sestry mají možnost podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se provozu pracoviště/zdravotnického zařízení (např. nákup nového vybavení, chod oddělení, organizace práce).	0,30974	0,32646	0,96815	0,30497	0,31817	0,32105	0,52571	0,11887	0,55065	0,4646
Nadřízení zaměstnanci vnímají a vyhodnocují chyby podřízených jako impuls ke zlepšování, nikoliv ke kritice.	0,77788	0,2403	0,60851	0,32519	0,76486	0,73936	0,68115	0,45094	0,7803	0,86167
Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	0,55467	0,34903	0,51923	0,32279	0,5394	0,51386	0,31021	0,50435	0,37423	0,99736
Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.	0,28006	0,09661	0,08616	0,05261	0,25353	0,24471	0,42671	0,82309	0,68258	0,92603
Vrchní sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.	0,683	0,10726	0,42401	0,44845	0,59737	0,48973	0,57199	0,3947	0,65684	0,46765
Hlavní sestra je otevřená v komunikaci a pro všeobecné sestry snadno dostupná.	0,41787	0,08072	0,11001	0,55344	0,54745	0,56392	0,84279	0,20815	0,75609	0,28679
Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.	0,73252	0,20322	0,85831	0,32062	0,70341	0,66732	0,55693	0,05929	0,07319	0,17268
Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné.	0,37245	0,36341	0,50887	0,99528	0,24977	0,19492	0,84996	0,77423	0,18195	0,52917
Vedení očekává vysoký standard kvality poskytované ošetřovatelské péče.	0,33724	0,64367	0,13253	0,66024	0,30964	0,2838	0,83918	0,14189	0,73967	0,24175
Hlavní sestra je svými kompetencemi a autoritou na stejné úrovni jako ostatní členové vrcholného managementu nemocnice.	0,66876	0,90522	0,3133	0,52844	0,72952	0,71047	0,44344	0,30023	0,23869	0,62518
Lékaři a sestry často pracují v týmu.	0,85053	0,28554	0,85804	0,26939	0,88734	0,87435	0,39621	0,29076	0,62939	0,69899

Všeobecné sestry mají reálnou možnost profesního rozvoje (semináře, školení, kurzy).	0,32564	0,15864	0,24644	0,15269	0,26539	0,25217	0,31233	0,2367	0,79873	0,44508
Jasně stanovená pravidla pro ošetřování pacientů se pozitivně odráží na kvalitě péče o pacienta.	0,27401	0,2988	0,66925	0,1215	0,39961	0,39547	0,60376	0,72718	0,72124	0,62965
Všeobecné sestry bez specializace pracují společně se sestrami se specializovanou způsobilostí.	0,90676	0,43749	0,05967	0,47544	0,86727	0,87779	0,58933	0,7856	0,75904	0,63341
Vrchní sestra svými rozhodnutími vždy hájí práva všeobecných sester a to i v případech, že se jedná o spor s lékařem.	0,90996	0,2067	0,48114	0,98003	0,913	0,92574	0,62821	0,73415	0,51803	0,41557
Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.	0,78818	0,15621	0,34068	0,87044	0,68739	0,75292	0,7305	0,87632	0,86731	0,13683
Je zaveden program na zajištění kvality péče (politika kvality).	0,39362	0,67087	0,21108	0,87605	0,37521	0,40018	0,91984	0,15048	0,44837	0,29102
Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise).	0,66003	0,13106	0,75598	0,28863	0,64861	0,62096	0,78488	0,31901	0,47154	0,6611
Lékaři a sestry spolupracují.	0,36374	0,33342	0,06004	0,69294	0,45746	0,47607	0,83313	0,57665	0,93716	0,50428
Pro nově nastupující všeobecné sestry je zaveden adaptační program (proces).	0,67095	0,64602	0,67047	0,64761	0,62858	0,60968	0,64732	0,89703	0,63354	0,6578
Ošetřovatelská péče je založena především na ošetřovatelském přístupu (potřeby pacienta) než na přístupu medicínském.	0,90996	0,2067	0,48114	0,98003	0,913	0,92574	0,62821	0,73415	0,51803	0,41557
Všeobecné sestry mají možnost působit v nemocničních ošetřovatelských pracovních a poradních skupinách.	0,16167	0,68165	0,40153	0,11539	0,15151	0,14722	0,82086	0,25759	0,81717	0,31437
Vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti.	0,54693	0,30042	0,32522	0,85825	0,55093	0,56134	0,23491	0,04876	0,76256	0,06526
Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány.	0,93498	0,35411	0,40605	0,11935	0,74697	0,73676	0,08411	0,03909	0,86768	0,49493
Jsou zavedena ošetřovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně.	0,33241	0,79253	0,77918	0,03203	0,25569	0,26049	0,39682	0,24888	0,20651	0,58627
Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetřovatelské diagnózy.	0,33527	0,76017	0,01396	0,32822	0,29923	0,30103	0,16905	0,72381	0,20211	0,17441

Tab. č. 37: Pearsonův Chí-kvadrát

3.5.1 Testování hypotéz

- *H 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle věku.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle věku respondentů mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný

statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle věku, a hypotézu č. 1 můžeme přijmout.

- *H 2: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle druhu vykonávaného povolání.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle vykonávaného povolání mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle druhu vykonávaného povolání, a hypotézu č. 2 můžeme přijmout.

- *H 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle stupně nejvyššího dosaženého vzdělání.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle nejvyššího dosaženého vzdělání, kromě otázky č. 5 (hodnota p 0,03849) a otázky č. 31 (hodnota p 0,01396), mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání, a hypotézu č. 3 tak můžeme přijmout pro všechny položky, kromě otázek č. 5 a 31.

Pro otázku č. 5 je uvedena kontingenční tabulka, ze které vidíme, že sestry se středoškolským vzděláním častěji volily odpověď *rozhodně souhlasím* a naopak sestry s vysokoškolským vzděláním častěji než středoškolsky vzdělané sestry odpovídaly *nesouhlasím*. Můžeme tedy usuzovat, že sestry s dokončeným středoškolským vzděláním vidí na svých pracovištích více příležitostí pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku než sestry s vysokoškolským titulem.

Bylo by jistě zajímavé najít příčinu tohoto překvapivého jevu, protože logické se jeví to, že vzdělanější sestry mají více příležitostí pro kariérní rozvoj. V dalším výzkumu by bylo vhodné zjistit, co konkrétně představuje kariérní rozvoj pro jednotlivé kategorie respondentů.

Všeobecné sestry mají příležitost pro kariérní rozvoj a postup na kariérním žebříčku x Nejvyšší stupeň vzdělání, ktg	vyšší odborné nebo vysokoškolské (Bc. + Mgr.)	úplné střední odborné (SZŠ)	řádk. součty
souhlasím	54	114	168
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	64,29 %	67,46 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	32,14 %	67,86 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	21,34 %	45,06 %	66,40 %
nesouhlasím	18	25	43
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	21,43 %	14,79 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	41,86 %	58,14 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	7,11 %	9,88 %	17,00 %
rozhodně souhlasím	7	27	34
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	8,33 %	15,98 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	20,59 %	79,41 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	2,77 %	10,67 %	13,44 %
nevyplněno	3	0	3
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	3,57 %	0,00 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	100,00 %	0,00 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	1,19 %	0,00 %	1,19 %
rozhodně nesouhlasím	2	3	5
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	2,38 %	1,78 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	40,00 %	60,00 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	0,79 %	1,19 %	1,98 %
Celkem:	84	169	253
Celková relativní četnost:	33,20 %	66,80 %	100,00 %

Tab. č. 38: Kontingenční tabulka ot. č. 5

Níže uvedená kontingenční tabulka pro otázku č. 31 ukazuje, že sestry se středoškolským vzděláním častěji volily odpověď *rozhodně souhlasím* a vysokoškolsky vzdělané sestry častěji než ty vzdělané středoškolsky odpovídaly *nesouhlasím*.

Také tento jev by si zasloužil další výzkum, jako logičtější by se zdálo, že vzdělanější sestry budou mít větší povědomí o ošetřovatelských diagnózách (nebo si možná právě proto více uvědomují jejich nepoužívání).

Všeobecné sestry používají při péči o pacienta ošetrovatelské diagnózy x Nejvyšší stupeň vzdělání, ktg	vyšší odborné nebo vysokoškolské (Bc. + Mgr.)	úplné střední odborné (SZŠ)	řádk. součty
souhlasím	56	111	167
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	66,67 %	65,68 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	33,53 %	66,47 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	22,13 %	43,87 %	66,01 %
nesouhlasím	13	7	20
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	15,48 %	4,14 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	65,00 %	35,00 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	5,14 %	2,77 %	7,91 %
rozhodně souhlasím	13	43	56
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	15,48 %	25,44 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	23,21 %	76,79 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	5,14 %	17,00 %	22,13 %
nevyplněno	1	5	6
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	1,19 %	2,96 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	16,67 %	83,33 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	0,40 %	1,98 %	2,37 %
rozhodně nesouhlasím	1	3	4
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	1,19 %	1,78 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	25,00 %	75,00 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	0,40 %	1,19 %	1,58 %
Celkem:	84	169	253
Celková relativní četnost:	33,20 %	66,80 %	100,00 %

Tab. č. 39: Kontingenční tabulka ot. č. 31

- *H 4: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle toho, zda mají či nemají specializovanou způsobilost.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku, kromě otázky č. 30 (hodnota $p = 0,03203$), podle celkové délky praxe mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle délky praxe, a hypotézu č. 4 můžeme přijmout pro všechny položky kromě otázky č. 30.

Pro otázku č. 30 je níže uvedena kontingenční tabulka, ze které plyne, že sestry se specializovanou způsobilostí častěji než sestry bez specializované způsobilosti volily odpověď *souhlasím*. Naopak odpověď *nesouhlasím* vybraly častěji sestry bez specializované způsobilosti než sestry se specializací. Ovšem sestry se specializovanou způsobilostí tuto otázku také častěji nevyplnily. Z výše uvedeného tedy plyne, že sestry se specializovanou působností více souhlasí s tím, že na jejich pracovišti je přístup podporující kontinuální péči o pacienty. Může to být dáno například typem pracoviště, na kterém tyto sestry častěji pracují (JIP, ARO).

Jsou zavedena ošetrovatelská pravidla, která podporují kontinuitu péče, to znamená, že stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně x Specializovaná způsobilost, ktg	specializovaná způsobilost, ne	specializovaná způsobilost, ano	řádk. součty
souhlasím	48	98	146
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	61,54 %	56,00 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	32,88 %	67,12 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	18,97 %	38,74 %	57,71 %
nesouhlasím	10	44	54
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	12,82 %	25,14 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	18,52 %	81,48 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	3,95 %	17,39 %	21,34 %
rozhodně souhlasím	13	23	36
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	16,67 %	13,14 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	36,11 %	63,89 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	5,14 %	9,09 %	14,23 %
nevyplněno	5	2	7
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	6,41 %	1,14 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	71,43 %	28,57 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	1,98 %	0,79 %	2,77 %
rozhodně nesouhlasím	2	8	10
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	2,56 %	4,57 %	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	20,00 %	80,00 %	
<i>Celková relativní četnost:</i>	0,79 %	3,16 %	3,95 %
Celkem:	78	175	253
Celková relativní četnost:	30,83 %	69,17 %	100,00 %

Tab. č. 40: Kontingenční tabulka ot. č. 30.

- *H 5: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v závislosti na celkové délce praxe.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle celkové délky praxe mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle délky praxe, a hypotézu č. 5 můžeme přijmout.

- *H 6: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle délky praxe na současném pracovišti.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle délky praxe na současném pracovišti mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů podle délky praxe na současném pracovišti, a hypotézu č. 6 můžeme přijmout.

- *H 7: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v souvislosti se zaměřením pracoviště respondentů.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle zaměření pracoviště mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů v souvislosti se zaměřením pracoviště, a hypotézu č. 7 můžeme přijmout.

- *H 8: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle typu pracoviště respondentů.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku, kromě otázek č. 28 (hodnota p 0,04876) a 29 (hodnota p 0,03909), podle zaměření pracoviště mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů v souvislosti se zaměřením pracoviště, a hypotézu č. 8 můžeme přijmout pro všechny otázky kromě čísla 28 a 29.

Níže vložená kontingenční tabulka pro otázku č. 28 ukazuje, že sestry pracující na pracovištích jiného než lůžkového typu (ambulance, komplement a jiné) častěji volí odpověď *rozhodně souhlasím*, současně ale také odpověď *rozhodně nesouhlasím*. Sestry na lůžkových pracovištích častěji volily odpověď *nesouhlasím* a *souhlasím*.

Lze tedy vyvodit, že sestry na ostatních pracovištích mají vyhraněnější názor na konzultování každodenních problémů a činností s vedoucími sestrami než sestry z lůžkových oddělení. Další analýza dat by mohla tuto otázku vysvětlit lépe.

Vedoucí sestry konzultují se všeobecnými sestrami každodenní problémy a činnosti x Typ pracoviště, ktg	lůžková pracoviště	ostatní pracoviště	řádk. součty
rozhodně souhlasím	22	18	40
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>13,58 %</i>	<i>19,78 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>55,00 %</i>	<i>45,00 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>8,70 %</i>	<i>7,11 %</i>	<i>15,81 %</i>
nesouhlasím	23	10	33
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>14,20 %</i>	<i>10,99 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>69,70 %</i>	<i>30,30 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>9,09 %</i>	<i>3,95 %</i>	<i>13,04 %</i>
souhlasím	114	57	171
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>70,37 %</i>	<i>62,64 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>66,67 %</i>	<i>33,33 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>45,06 %</i>	<i>22,53 %</i>	<i>67,59 %</i>
nevyplněno	3	2	5
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>1,85 %</i>	<i>2,20 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>60,00 %</i>	<i>40,00 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>1,19 %</i>	<i>0,79 %</i>	<i>1,98 %</i>
rozhodně nesouhlasím	0	4	4
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>0,00 %</i>	<i>4,40 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>0,00 %</i>	<i>100,00 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>0,00 %</i>	<i>1,58 %</i>	<i>1,58 %</i>
Celkem:	162	91	253
Celková relativní četnost:	64,03 %	35,97 %	100,00 %

Tab. č. 41: Kontingenční tabulka ot. č. 28

Kontingenční tabulka pro otázku č. 29 poněkud překvapivě ukazuje, že sestry z pracovišť, která nejsou lůžková, častěji souhlasily s tím, že jsou k dispozici písemně zpracované a aktualizované ošetrovatelské plány pro všechny pacienty. Častěji než

sestry z lůžkových pracovišť volily odpověď *souhlasím* i *rozhodně souhlasím*. A naopak odpověď *nesouhlasím* zvolily častěji sestry na lůžkových pracovištích.

K vysvětlení této otázky by bylo třeba dalšího podrobného studia a možná i konzultace se sestrami na konkrétních pracovištích.

Pro všechny pacienty jsou k dispozici písemně zpracované aktualizované ošetřovatelské plány x Typ pracoviště, ktg	lůžková pracoviště	ostatní pracoviště	řádk. součty
souhlasím	100	66	166
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>61,73 %</i>	<i>72,53 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>60,24 %</i>	<i>39,76 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>39,53 %</i>	<i>26,09 %</i>	<i>65,61 %</i>
nesouhlasím	32	7	39
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>19,75 %</i>	<i>7,69 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>82,05 %</i>	<i>17,95 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>12,65 %</i>	<i>2,77 %</i>	<i>15,42 %</i>
rozhodně souhlasím	20	16	36
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>12,35 %</i>	<i>17,58 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>55,56 %</i>	<i>44,44 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>7,91 %</i>	<i>6,32 %</i>	<i>14,23 %</i>
nevyplněno	8	1	9
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>4,94 %</i>	<i>1,10 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>88,89 %</i>	<i>11,11 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>3,16 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>3,56 %</i>
rozhodně nesouhlasím	2	1	3
<i>Sloupcová relativní četnost:</i>	<i>1,23 %</i>	<i>1,10 %</i>	
<i>Řádková relativní četnost:</i>	<i>66,67 %</i>	<i>33,33 %</i>	
<i>Celková relativní četnost:</i>	<i>0,79 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>1,19 %</i>
Celkem:	162	91	253
Celková relativní četnost:	64,03 %	35,97 %	100,00 %

Tab. č. 42: Kontingenční tabulka ot. č. 29.

- *H 9: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit podle charakteru zdravotních služeb poskytovaných pracovištěm respondentů.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle charakteru zdravotních služeb poskytovaných pracovištěm mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou

metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů v souvislosti s charakterem poskytovaných zdravotních služeb, a hypotézu č. 9 můžeme přijmout.

- *H 10: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky se nebudou lišit v závislosti na pracovním režimu respondentů.*

Z tabulky č. 37 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle pracovního režimu mají hodnotu p vyšší než 0,05, a můžeme tak usuzovat, že – s platností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření – neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů v souvislosti s pracovním režimem, a hypotézu č. 10 můžeme přijmout.

3.5.2 Diskuze k výsledkům hodnocení položek dotazníku

Podíváme-li se blíže na oblast *Dostatek zaměstnanců a zdrojů*, která byla ohodnocena nadprůměrně – 2,9 (pro přehlednost je níže vložena část tabulky č. 36 ukazující jednotlivé položky v této oblasti) –, vidíme velký rozdíl v hodnocení jednotlivých otázek. Zajímavý je zejména rozdíl mezi hodnocením otázky č. 1 (3,4) a otázky č. 12 (2,1), které ale zjišťují stejný fakt – dostatečné personální zabezpečení pracoviště.

Nedostatek personálu je dále zmiňován v poslední – otevřené – otázce dotazníku, která dává respondentům možnost vlastního vyjádření. Polovina respondentů ($n = 10$), kteří tuto možnost využili, poukazuje na nedostatek personálu.

Vzhledem k faktickému nedostatku zaměstnanců a odpovědi na otázku č. 12 lze předpokládat, že otázka č. 1 nebyla dobře položena tak, aby reflektovala podstatu dotazu. Respondenti tak zřejmě odpovídali na otázku, zda jim adekvátní podpora pomocného personálu umožňuje trávit více času s pacienty, namísto toho, aby hodnotili, zda je na jejich pracovišti taková adekvátní podpora zajištěna.

Bylo by tedy vhodné při příštím zadávání dotazníku tuto otázku přeformulovat tak, aby bylo zřejmé, co má zjišťovat.

č. ot.	Dostatek zaměstnanců a zdrojů	2,9
1.	Adekvátní podpora pomocného personálu (např. ošetřovatelů, sanitářů) mi umožňuje trávit více času se svými pacienty.	3,4
8.	Všeobecné sestry mají dostatek času a příležitostí poradit se o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	2,9
9.	Dostatek kvalifikovaných všeobecných sester umožňuje poskytování kvalitní péče.	3,3
12.	Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci.	2,1

Tab. č. 43: Hodnocení podškály *Dostatek zaměstnanců a zdrojů*

Z hlediska dalšího výzkumu by bylo vhodné rozdělit respondenty na vedoucí pracovníky a podřízené, je velmi pravděpodobné, že odpovědi na část otázek se mohou výrazně lišit.

Při zadávání dotazníku elektronicky by bylo vhodné respondenty oslovit také nějakou jinou formou (např. ústně), aby byli na dotazník upozorněni, výzkumníci mohli upozornit na způsob vyplňování a předešlo by se tak jednak nejasnostem, které vznikly u otázky č. 1, a také by se mohla zvýšit návratnost dotazníku a vzorek by byl reprezentativnější.

3.5.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studiemi

	Podíl sester na vedení nemocnice	Ošetřovatelské základy pro kvalitu péče	Schopnosti vedoucí sestry ve vedení a podpoře sester	Dostatek zaměstnanců a zdrojů	Pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami	Průměr
Portugalsko	2,4	3,2	3	2,7	1,8	2,6
Španělsko	2,5	2,6	2,9	2,3	2,7	2,6
Dánsko	2,7	3	3,3	2,7	3,1	3
USA – magnet	3	3,3	2,9	2,8	3	3
USA – non-magnet	2,3	2,8	2,4	2,2	2,8	2,5
Česká republika	2,8	3	2,8	2,9	3	2,9

Tab. č. 44: Porovnání výsledků PES-NWI

Porovnání výsledků dotazníkového šetření ve FN Motol s výsledky z dalších evropských zemí a z „magnet“ a „non-magnet hospitals“ ve Spojených státech amerických přehledně ukazuje tabulka č. 44. Vidíme, že výsledky jsou velmi podobné těm z dánské studie (Mainz et al., 2015). V Dánsku byl zkoumán o

polovinu menší vzorek respondentů ($n = 127$), kteří se od vzorku zkoumaného v této práci lišili průměrným věkem (Dánsko: 34 let; ČR: 43,8 roku) a dosaženým vzděláním (Dánsko: 87 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání; ČR: 16,2 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání). Výzkum byl prováděn v univerzitní nemocnici, stejně jako v České republice. Cílem dánské studie bylo porovnat výsledky hodnocení s výsledky „magnet“ a „non-magnet hospitals“. Výsledek ve FN Motol se blíží k výsledkům „magnet hospitals“, stejně jako dánský.

4. ZÁVĚR

V bakalářské práci byly stanoveny tyto cíle:

1. Přinést přehled relevantních poznatků z literárních a časopiseckých zdrojů vztahujících se k řešené problematice;
2. řádným způsobem převzít, přeložit a na české podmínky upravit v zahraničí používaný dotazník a provést jeho pilotní ověření;
3. dotazník zadat cílové skupině respondentů ve FN Motol;
4. získaná data z dotazníkového šetření utřídit, zpracovat a statisticky vyhodnotit;
5. porovnat získané informace s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma;
6. zobecnit závěry vlastní práce a stanovit doporučení pro praxi.

Naplnění těchto cílů se v práci zdařilo.

V teoretické části byla nejprve vysvětlena důležitost psychosociálních a organizačních faktorů na pracovišti a poté byly jednotlivé faktory popsány. Mezi psychologické a psychosociální faktory patří psychická zátěž, psychosociální stres a vztahy na pracovišti. Mezi organizační faktory se řadí míra autonomie zaměstnanců a s tím související způsob řízení organizace a schopnosti vedoucích pracovníků.

Jako příklad zařízení s dobrou a funkční organizační strukturou bylo popsáno fungování „magnet hospitals“ – nemocnic, které mají pověst „místa, kde se dobře pracuje“, a vykazují dobré výsledky v hodnocení jak patientských dat, tak údajů o spokojenosti zaměstnanců.

Poté byl popsán vznik a vývoj dotazníku PES-NWI, který byl použit pro účely získání dat v této práci a který vychází z výzkumů provedených právě v „magnet hospitals“. Tento dotazník byl vytvořen jako nástroj pro hodnocení pracovního prostředí sester, na základě kterého pak zdravotnické zařízení může podniknout kroky ke zlepšení pracovních podmínek svých zaměstnanců.

Tento dotazník byl se svolením jeho autorky převzat a přeložen do češtiny, což je popsáno v další části této práce, a posléze byl zadán cílovému vzorku, což byly všechny všeobecné a praktické sestry zaměstnané ve FN Motol. Respondenti byli osloveni e-mailem a dotazník byl vyplňován elektronicky v interním informačním systému nemocnice.

Získaná data byla utříděna, statisticky zpracována a stanovené hypotézy byly na základě výsledků potvrzeny, nebo vyvráceny. Výsledky hodnocení dotazníků byly poté porovnány s výsledky několika předešlých studií využívajících stejný dotazník a s údaji o „magnet“ a „non-magnet hospitals“. Celkové hodnocení 2,9 (na škále 1–4) řadí FN Motol mezi zařízení s příznivým pracovním prostředím pro sestry.

Byly navrženy úpravy dotazníku a vzorku respondentů tak, aby byla zajištěna validita získaných informací. Výzkumníci, kteří budou chtít dotazník PES-NWI v české verzi využít pro další výzkum, by měli znovu ověřit srozumitelnost a správnost překladu, což by bylo už mimo rozsah bakalářské práce.

Otázky, které byly respondenty skórovány nejhůře (*Personálu je dostatek k tomu, aby zvládal zadanou práci* (2,1), *Pochvala a uznání za dobře vykonanou práci jsou dostatečné* (2,3), *Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců* (2,5) a *Všeobecné sestry jsou zapojeny do vnitřního řízení nemocnice (pracovní skupiny, poradní orgány a komise)* (2,5)) by mohly posloužit vedení nemocnice jako vodítko při snaze zlepšit pracovní prostředí sester.

Závěrem je nutné poukázat na limity této práce. Pokud by byl dotazník znovu zadáván, bylo by vhodné lépe respondentům vysvětlit, jak mají na otázky odpovídat a zřejmě nechat i delší čas na vyplnění. Dále by bylo dobré zvážit formu zadání dotazníku – interní informační systém sice oslovil všechny sestry pracující ve FN Motol, nicméně (ze zkušeností autorky) ne všechny sestry interní poště a informačnímu systému věnují dostatečnou pozornost a nutno říci, že vyplňování dotazníků přes internet nemají sestry příliš v oblibě. Vzhledem k tomu, že ve FN Motol je zaměstnáno více než 1500 sester (výroční zpráva FN Motol, 2016), nebyla návratnost dotazníku příliš velká.

Výsledky práce přináší řadu podnětů pro další výzkum a studium. Bylo by přínosné podrobněji prostudovat otázky dotazníku, u kterých se objevily statisticky významné souvislosti s charakteristikami respondentů. Analýzu by zasluhovala i celá oblast týkající se dostatku personálu, protože odpovědi v této oblasti byly nejednoznačné. Takový výzkum by mohl pomoci odhalit, jak sestry vnímají nedostatek personálu a jaké profese konkrétně jim chybí.

Referenční seznam

- Aiken, L. H., Patrician, P. A.: Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 2000, 49 (3): 146–153.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., Silber, J. H.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288 (16): 1987–1993.
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T.: Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*. 1997, 35 (11, Suppl): NS6–NS18.
- Baumann, A. for International Council of Nurses: *Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care*. Geneva: ICN, 2007. ISBN: 92-95040-80-5.
- Ferreira, M. R. S. C. F., Martins, J. J. P. A.: Study of adaptation and validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for the Portuguese reality. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014, 48 (4): 691–698.
- Giddens, A.: *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN: 80-7203-124-4.
- Institute of Medicine. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2004. ISBN-10: 0-309-09067-9
- Karasek R., Theorell T.: *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York (NY): Basic Books, 1990. ISBN-13: 978-0465028979
- Kramer, M., Hafner, L. P.: Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing research*. 1989, 38: 172–177.
- Kramer, M., Schmalenberg, C.: Magnet Hospitals – Institutions of Excellence. Part I. *The Journal of Nursing Administration*. 1988, 18 (1): 13–24.
- Kramer, M., Schmalenberg, C.: Magnet Hospitals – Institutions of Excellence. Part II. *The Journal of Nursing Administration*. 1988, 18 (2): 11–19.
- Kubátová, S., Müller, D., Bujna, T., Bosák, V., Bloudek, J.: *Tajemství spolupráce v týmech*. Praha: Management Press a TC Business School, 2013. ISBN: 978-80-7261-259-8.
- Lake, E. T.: Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002, 25: 176–188.
- Lake, E. T., Friese, C. R.: Variations in Nursing Practice Environments. Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*. 2006, 55 (1): 1–9.
- Manojlovich M., DeCicco B.: Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*. 2007, 16(6): 536–543. [PubMed: 17962497]

McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., Bambonye, L.: Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004, 17 (6): 313–322.

Mainz, H., Baernholdt, M., Ramlau-Hansen, C. H., Brink, O.: Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review*. 2015, 62: 479–488.

Parro Moreno, A., Serrano Gallardo, P., Ferrer Arnedo, C., Serrano Molina, L., de la Puerta Calatayud, M. L., Barberá Martín, A., Morales Asencio, J. M., de Pedro-Gómez, J.: Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atención Primaria*. 2013, 45 (9): 476–485. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.015>

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sesé Abad, A., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Pericás-Beltran, J.: Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería*. 2009, 12: 65–73.

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A., P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikost, D., RN4CAST consortium: Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BioMed Central Nursing*. 2011, 10 (6). <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6>

Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., Lindqvist, R.: Staffing and resource adequacy strongly related to RN's assessment of patient safety: a national study of RN's working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Qual Saf*. 2014, 23: 242-249.

Spence Laschinger, H. K., Finegan, J.: Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economics*. 2005, 23 (1): 6–13.

Spence Laschinger, H. K., Leiter, M. P.: The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*. 2006, 36 (5): 259–267.

Stansfeld, S., Candy, B.: Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006, 32 (6): 443–462.

Swiger, P. A., Patrician, P. A., Miltner, R. S., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S., Loan, L. A.: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, 74: 76–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu2017.06.003>

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.

Online zdroje:

Magnet Recognition Program[®]: A program Overview (online). American Nurses Credentialing Center, © 2011 (cit. 4. 3. 2018). Dostupné z: nursecredentialing.org

Psychosociální rizika a stres při práci (online). Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, © 2018 EU-OSHA (cit. 24. 2. 2018). Dostupné z: <https://osha.europa.eu>

Prestiž povolání – únor 2016, tisková zpráva (online). Centrum pro výzkum veřejného mínění, © 2017 CVVM (cit. 17. 4. 2018). Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz>

World Health Organization. Process of Translation and Adaptation of Instruments, © 2018 (cit. 1. 4. 2018) Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation

Znalostní systém prevence rizik v BOZP (online). Výzkumný ústav bezpečnosti práce, © 2016–2018 (cit. 24. 2. 2018). Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník PES-NWI

Příloha č. 2: Schválení zadání dotazníku

Příloha č. 1

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Hana Novotná a jsem studentkou 3. ročníku 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 ve FN Motol“. 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. Vyplněním dotazníku dáváte zároveň souhlas s využitím Vámi poskytnutých anonymních 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:

Hana Novotná

hana.novotna@fnmotol.cz

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.	Nadřízení 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 Uved'te 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.

Hana Novotná

