UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Miluše Trojáková

Motivační a demotivační faktory pro setrvání na pracovišti intenzivní péče v profesi sestry

Motivational and demotivational factors to remain in intensive care nursing

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heczková, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 15. 05. 2020

MILUŠE TROJÁKOVÁ

……

Podpis

Identifikační záznam *(příklad)*

TROJÁKOVÁ, Miluše. Motivační a demotivační faktory pro setrvání na pracovišti intenzivní péče v profesi sestry. [Motivational and demotivational factors to remain in intensive care nursing]. Praha, 2020. 140 s., 3 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Heczková, Jana.

ABSTRAKT

Profese všeobecné sestry je specifickým povoláním s vysokými nároky. V současné době je aktuálním a zásadním problémem nejen v České republice, ale i problémem globálním, získávání a udržení stávajících všeobecných sester. Není jasné, kolik přesně všeobecných sester chybí. Za rok 2017 a 2018 Česká asociace sester (ČAS) uvádí čísla od 2000 do 3300. Nedostatek vzdělaných a kvalifikovaných všeobecných sester s sebou nese řadu negativních důsledků. Ovlivňuje nejen kvalitu, ale i dostupnost poskytované péče. Některé zahraniční studie dokonce ukazují, že nedostatek sester zvyšuje pravděpodobnost vzniku komplikací a úmrtí pacientů (Aiken et al., 2014). Rozpoznáním motivačních a demotivačních faktorů, které mají vliv na spokojenost sester, můžeme napomoci udržet všeobecné sestry ve své profesi a zvýšit jejich pracovní výkon.

Pro vlastní výzkumné šetření, které bylo realizováno na konkrétním jednom pracovišti intenzivní péče nejvyššího typu, byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Sběr dat proběhl formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a byl ukončen dosažením saturace dat. K záznamu kvalitativních dat byl z důvodu zachování autentičnosti používán audiozáznam. Rozhovory byly následně přepisovány. Technikou otevřeného kódování byla analyzována data u celkem deseti účastníků výzkumu. Účastníci byli voleni tak, aby byli maximálně variabilní z hlediska dosažení cíle výzkumu.

Výzkumné šetření identifikovalo devět hlavních faktorů, které mají vliv na pracovní spokojenost sester. Jedná se o: 1) vztah k profesi, 2) mezilidské vztahy, 3) autonomii, 4) vedoucí pracovníky, 5) mezioborovou spolupráci, 6) kvalitu péče, 7) účast na nemocničních záležitostech, 8) pracovní zátěž, 9) finanční ohodnocení. Sestry se vyjadřují, že jsou výrazně motivovány samotným výkonem profese, kterou považují za smysluplnou. Některé sestry vnímají pozitivně, když jim lékaři naslouchají, považují je za rovnocenné partnery, mají odpovídající autonomii, odpovědnost za pacienty. Pro jiné je motivující vzájemná spolupráce sester či podpora ze strany vedoucích pracovníků, uspokojivé personální obsazení nebo dostatečné množství pomůcek k základní péči o pacienta. Jako demotivující je uváděna mezioborová nespolupráce, odlišný pohled na poskytování kvalitní péče. Sestry vnímají, že pracovní zátěž nepříznivě působí na jejich psychické a fyzické zdraví. Na část sester působí negativně umírání a utrpení pacientů. Participující sestry se domnívají, že výše finančního ohodnocení neodpovídá povaze vykonávané profese a zaměstnavatelem nabízené benefity považují za nedostačující.

Pochopením a upřednostněním motivačních faktorů před demotivačními, můžeme napomoci personální stabilizaci sester a udržet erudované zdravotní sestry u výkonu profese. Výsledky výzkumu mohou přinést praktické využití pro dané pracoviště a napomoci tak zefektivnění pracovního výkonu. Zároveň mohou poskytnout důležité informace i pro vedení zdravotnického zařízení.

klíčová slova: intenzivní péče, profese všeobecné sestry, hodnocení zdravotních sester, pracovní motivace zdravotních sester, pracovní demotivace zdravotních sester, efektivní řízení sester, pracovní spokojenost, kvalita pracovního prostředí, faktory pracovního prostředí

ABSTRACT

The profession of a general nurse is a specific job with high demands. At present, recruiting and retaining general nurses is an urgent and fundamental problem not only in the Czech Republic but also worldwide. The extent of the shortage of general nurses is not clear. The Czech Nursing Association (ČAS) reports figures ranging from 2000 to 3300 for the years 2017 and 2018. The lack of trained and qualified general nurses results in a series of negative effects, impacting not only the quality but also availability of the care provided. Some foreign studies even indicate that the shortage of nurses increases the likelihood of complications and patient deaths (Aiken et al., 2014). By recognizing the motivational and demotivational factors impacting the satisfaction of nurses we can help to retain general nurses in their jobs and increase their work performance.

The research survey implemented at one specific intensive care unit of the highest level was conducted using the qualitative research method. The data collection took place in the form of semi-structured interviews and was completed by achieving data saturation. The qualitative data were audio recorded to maintain authenticity. The interviews were subsequently transcribed. An open coding technique was used to analyze the data of ten survey participants in total. The participants were selected in a way ensuring maximum variability from the viewpoint of achieving the research objective.

The research survey identified nine main factors impacting the job satisfaction of the nurses. They include: 1) the relationship to the profession, 2) interpersonal relations, 3) autonomy, 4) managerial staff, 5) interdisciplinary communication, 6) quality of care, 7) participation in hospital affairs, 8) workload, 9) remuneration. The nurses claim to be substantially motivated by the performance of their job itself, which they consider meaningful. Some nurses appreciate being listened to by doctors, being considered as equal partners and having corresponding autonomy and responsibility for the patients. Others are motivated by the mutual cooperation of nurses or the support provided by the managers, satisfactory staffing or a sufficient quantity of basic patient care equipment. What they find demotivating is lack of interdisciplinary cooperation and conflicting views of quality care provision. The nurses feel that their workload has an adverse effect on their mental and physical health. Some nurses report being negatively affected by the death and suffering of patients. The participating nurses believe that the amount of remuneration does not correspond to the character of the work performed and consider the benefits offered by the employer as insufficient.

By understanding and preferring motivational factors to demotivational ones, we can aid the personal stabilization of nurses and keep highly experienced nurses in their jobs. The results of the research can have practical uses for individual workplaces and help to make work performance more effective. In addition, they can provide vital information for the management of healthcare facilities.

keywords: intensive care, critical care, the profession of nurse, emergency nursing, assessment of nurses, nurses work motivation, nurses work demotivation, effective management of nurses, job satisfaction, quality of work environment, nursing work environment

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Heczkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, připomínky, rady, velkou dávku trpělivosti, podporu a čas, který mi věnovala. Ráda bych také poděkovala managementu zdravotnického zařízení, kde jsem výzkumné šetření realizovala, za jejich ochotu a vstřícnost během studia. Velmi děkuji participujícím sestrám za jejich účast ve výzkumném šetření. Děkuji i své rodině, která mě po celou dobu mého studia podporovala.

Obsah

1. Úvod ... 9

2. Současný stav poznání ... 10

2.1. Profese všeobecné sestry ... 10

2.1.1. Specifika práce sestry na pracovišti intenzivní péče ... 11

2.1.2. Kompetence všeobecných sester ... 13

2.1.3. Současná situace na trhu práce v ČR ... 14

2.2. Motivační a demotivační faktory sester pro výkon povolání ... 16

2.2.1. Pojem motivace ... 16

2.2.2. Motivační teorie ... 17

2.2.3. Motivační a demotivační faktory sester ... 20

2.3. Možnosti motivace sester ... 43

3. Použité metody ... 48

3.1. Cíl výzkumu ... 48

3.2. Metodologie výzkumu ... 48

3.2.1. Plánování ... 49

3.2.2. Výzkumný vzorek ... 49

3.2.3. Metodika sběru a zpracování dat ... 50

3.2.4. Analýza dat ... 51

4. Výsledky ... 52

4.1. Vztah k profesi ... 53

4.1.1. Naplnění, smysluplnost ... 53

4.1.2. Kategorie pacientů ... 54

4.1.3. Změna pracoviště ... 55

4.1.4. Prestiž ... 56

4.2. Mezilidské vztahy ... 57

4.2.1. Vztah se sestrami ... 58

4.2.2. Vztah s lékaři ... 61

4.3. Autonomie ... 64

4.3.1. Důvěra lékařů ... 65

4.3.2. Naslouchání ... 65

4.4. Vedoucí pracovníci ... 66

4.4.1. Adaptační proces ... 66

4.4.2. Styl vedení ... 68

4.4.3. Podpora sester topmanagementem ... 78

4.5. Mezioborová spolupráce ... 79
4.5.1. Sestry ... 79
4.5.2. Lékaři ... 81
4.5.3. Mezi pracovišti ... 82
4.6. Kvalita péče ... 84
4.6.1. Personální obsazení ... 85
4.6.2. Ošetřovatelská péče ... 87
4.6.3. Vybavení pracoviště ... 90
4.6.4. Léčba pacientů ... 92
4.7. Účast na nemocničních záležitostech ... 102
4.7.1. Vzdělávání ... 102
4.7.2. Seberealizace ... 105
4.8. Pracovní zátěž ... 107
4.8.1. Rizikové faktory ... 107
4.8.2. Fyzické problémy ... 111
4.8.3. Psychické problémy ... 112
4.9. Finanční ohodnocení ... 117
4.9.1. Benefity ... 118
4.9.2. Mzda ... 120
5. Diskuse ... 122
5.1. Důsledky pro ošetřovatelskou praxi ... 131
6. Závěr ... 132
7. Seznam použité literatury ... 133

Seznam zkratek
Seznam grafů
Seznam tabulek
Seznam obrázků
Seznam příloh

1. Úvod

Všeobecné sestry tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků. Profese všeobecné sestry je vysoce specifickou profesí, která klade na daného jedince velmi vysoké nároky. Všeobecná sestra je ve velké míře vystavena nejenom fyzické, ale i psychické zátěži, která může mít vliv na její pracovní výkon a její zdraví. V současné době je aktuálním a zásadním problémem nejen v České republice (ČR), ale i problémem globálním, získávání a udržení stávajícího zdravotnického personálu.

Na problematiku závažného nedostatku všeobecných sester opakovaně upozorňují Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) a také Česká asociace sester (ČAS). Není jasné, kolik přesně všeobecných sester v českém zdravotnictví chybí. Za rok 2017 a 2018 ČAS uvádí čísla od 2000 do 3300. Hlavní sestra ČR, Mgr. Alice Strnadová uvádí, že za příčinou nedostatku sester stojí, kromě demografických změn, výše zmíněná fyzická a psychická náročnost tohoto povolání, nízké ohodnocení, směnný provoz, byrokratická zátěž sester (MZČR, 2019). Vévoda et al. (2013) upozorňuje na fakt, že zdravotnická profese není v České republice dostatečně doceněna.

Na problematiku stabilizace stávajících sester a jejich pracovní spokojenost, reaguje i Evropa. Evropská komise považuje za jednu z hlavních výzev ve zdravotnictví demografický vývoj. Nejen, že tento vývoj přináší zvyšující se poptávku po zdravotní péči a její kvalitě v důsledku stárnoucí populace, ale také mění věkovou skladbu pracovníků ve zdravotnictví. Publikace vydaná v Bruselu v roce 2008: Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě, upozorňuje na společenský význam zdravotnických povolání a na fakt, že profese zdravotní sestry je v současné chvíli pro společnost nepostradatelná (Commission of the European communities, 2008). Za jednu z nejdůležitějších oblastí zmíněných v Zelené knize považuje MZČR stabilizaci pracovníků, jejich nábor, návrat pracovníků do zdravotnických systémů. Stabilizace sester by se mohla dosáhnout vytvořením vhodných podmínek, jako je např. rekvalifikace, rozvoj nových dovedností, využívání moderních technologií, ale také podpora rodiny a blízkých osob v péči o stárnoucí populaci, dostatečnou finanční podporou při zajišťování domácí ošetřovatelské péče (MZČR, 2009).

Nedostatek sester s sebou nese řadu negativních důsledků. Ovlivňuje kvalitu a dostupnost poskytované péče, nutí nemocnice uzavírat části oddělení, přetížené a vyčerpané sestry nemohou u pacientů kvalitně provádět všechny úkony, které by byly nutné. Některé zahraniční studie dokonce uvádí, že nedostatek sester zvyšuje pravděpodobnost vzniku komplikací a úmrtí pacientů (Aiken et al., 2014).

Každé pracoviště s sebou přináší řadu svých specifik, ale může být jistě přínosné mít dostatek informací k tomu, co sestry motivuje, jaké jsou stimulační či demotivační faktory. Upřednostněním pozitivních motivačních nástrojů před negativními a zabýváním se pracovní spokojeností sester, můžeme napomoci personální stabilizaci sester a udržet erudované zdravotní sestry u výkonu profese. Stabilizace sester a jejich dostatek na pracovištích má vliv nejen na kvalitu a bezpečí pacientů při poskytovaní zdravotnické péče, ale může eliminovat i ekonomické a léčebné náklady v celém systému zdravotnictví (Vévoda et al., 2013).

2. Současný stav poznání

Tato část, rozčleněná do několika kapitol, ve stručnosti shrne nejpodstatnější body, které se týkají tématu diplomové práce. První kapitola přiblíží výkon profese všeobecné sestry (dále jen sestra), ve které stručně shrneme specifika pracoviště intenzivní péče vyššího typu a kompetence všeobecných sester. Zmiňujeme zde i dopad globálního nedostatku sester a je nastíněn i budoucí vývoj v následujících letech. Tato kapitola má, vzhledem k celkovému rozsahu práce, omezený obsah. Navazující kapitola, kde se zaměřujeme na motivační a demotivační faktory sester, je popsána podrobněji, jelikož úzce souvisí s výběrem tématu práce. Další část je věnována problematice pracovního prostředí, které má významnou roli na vykonávání profese všeobecných sester a zdravotníků obecně. V poslední kapitole poukážeme na některé možnosti motivace sester. Zde si představíme jednotlivá doporučení, která se mohou podílet na udržení stávajících sester v jejich profesi, mohou ovlivnit jejich pracovní spokojenost a také eliminovat fluktuaci sester.

Pro zpracování dostupných materiálů využívám internetové databáze (Medline, Evidence-Based Medicine Reviews, EBSCO, Bibliographia Medica Čechoslovaca, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar). Rešeršní strategií pro jednotlivé databáze s kombinací výše uvedených klíčových slov, vyhledávám potřebné materiály k diplomové práci. Další způsob vyhledávání představují bibliografické odkazy a citující publikace. K některým odborným článkům využívám služby instituce Národní lékařské knihovny v Praze a Středočeské vědecké knihovny v Kladně. Podklady pro diplomovou práci vyhledávám od února do září 2019. Hledání omezuji českým a anglickým jazykem a rokem 2009. Ve zvláštním případě, jakým je třeba rozsáhlý a unikátní výzkum nebo právní předpisy, uvádím starší literaturu.

2.1. Profese všeobecné sestry

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) uvádí, že v mnoha zemích tvoří všeobecné sestry a porodní asistentky nejpočetnější kategorii zdravotnických pracovníků, tedy více než 50 % zdravotnických pracovníků (WHO, 2019).

V současné době je profese sestry pro společnost nepostradatelná (Cvachovec et al., 2014). Profese sestry je profesí spadající do kategorie pomáhajících profesí a již samotnou svojí podstatou je předurčena k ošetřování lidí ve zcela specifických životních situacích. Sestra je plně kvalifikovaným profesionálem v oboru ošetřovatelství, která je kompetentní nastavovat, koordinovat, řídit, vykonávat i vyhodnocovat ošetřovatelskou péči (Špirudová, 2015).

Poskytování zdravotní péče patří mezi regulované činnosti. Profese sestry patří tedy mezi regulovaná povolání, u kterého právní předpisy určují, kdo, kde a za jakých podmínek může být vykonáváno (Prošková, 2013). V ČR je profese sestry regulována zákonem 96/2004 Sb., Zákonem o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zákon stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Za výkon povolání všeobecné sestry se dle tohoto zákona považuje „poskytování ošetřovatelské péče a ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem se všeobecná sestra podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní,

neodkladné nebo dispenzární péči (Česko, zákon č. 96/2004 Sb.).“ Zákon dále určuje podmínky, za kterých je všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání.

Způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry má ten, kdo:

1. „má odbornou způsobilost podle tohoto zákona,

2. je zdravotně způsobilý,

3. je bezúhonný (Česko, zákon č. 96/2004 Sb.). “

Zákon č. 96/2004, Sb. byl v minulosti několikrát novelizován. Poslední úprava zákona pochází z roku 2019. Před novelizací zákona všeobecná sestra, která neabsolvovala vysokoškolské studium ošetřovatelského zaměření (tedy např. vysokou školu v bakalářském studijním programu, diplomovanou všeobecnou sestru), mohla vykonávat své povolání bez odborného dohledu nebo přímého vedení, až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Výkon povolání bez přímého nebo odborného dohledu je výkonem činností, ke kterým je všeobecná sestra způsobilá. Sestra, která zahájila studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole nejpozději v roce 2003/2004, získala oprávnění vykonávat povolání bez odborného dohledu, pokud zažádala MZČR o vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a splnila všechny podmínky k jeho vydání. Vydání Osvědčení předcházelo tzv. sbírání kreditů za různé formy celoživotního vzdělávání. Po podání písemné žádosti MZČR byl zdravotnický pracovník, který získal osvědčení, zaregistrován v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a byl součástí Národního zdravotnického informačního systému. Pokud zdravotnický pracovník nesplnil podmínky pro vydání osvědčení, musel vykonat zkoušku, která prověřovala způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu, nebo musel nadále vykonávat profesi pod odborným dohledem.

Novelizací zákona č. 96/2004, Sb. v roce 2018 došlo k některým změnám. Hlavním cílem novelizace bylo zlepšit personální situaci a částečně řešit nedostatek sester. Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, lze ve studijním oboru diplomovaná všeobecná sestra, nahradit zkrácenou verzí vzdělání všeobecných sester. Obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok může absolvovat zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry. Odborná způsobilost k výkonu povolání praktické sestry (dříve zdravotnický asistent) se získává např. absolvováním střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra (Česko, zákon č. 96/2004 Sb.).

2.1.1. Specifika práce sestry na pracovišti intenzivní péče

Intenzivní péče se v současné době rozvíjí obrovskou rychlostí. Významným pokrokem v intenzivní medicíně během posledních let, je rozvoj vysoce kvalitní přístrojové techniky, která umožňuje diagnostické a terapeutické postupy (Bartůněk et al., 2016). Tato pracoviště tvoří ekonomicky náročný segment zdravotní péče. Měla by být zakládána a provozována na základě respektování pravidel náležitého personálního a technického vybavení. Musí zde být kladen důraz na kvalitu péče, která je určována vzdělaným personálem v náležitém počtu na všech úrovních. Podhodnocení počtu sester může zvýšit některá rizika v péči o pacienty. Optimální počet sester na pracovišti

intenzivní medicíny je doporučeno Evropskou společností intenzivní medicíny (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) dle stratifikace pracoviště (Cvachovec et al., 2014). ESCIM ve svém doporučení k základním strukturálním a organizačním aspektům pro jednotky intenzivní péče, stanovila počet sester potřebných k zajištění odpovídající péče, která je stanovena dle úrovně péče. Nejvyšší úroveň péče vyžadují pacienti s mnohonásobným akutním selháním vitálních orgánů ohrožující život. Poměr sestra/pacient by měl být 1/1. Úroveň péče druhé kategorie představuje pacienty, kteří jsou postiženi pouze jedním akutním selháváním vitálního orgánu s život ohrožujícím charakterem. Poměr sestra/pacient by měl být 1/2. Nejnižší úroveň péče vyžadují pacienti, u kterých se objevují známky dysfunkce orgánů vyžadující nepřetržité monitorování. U těchto pacientů existuje riziko vzniku orgánového selhání. Za vhodné následující minimální poměry sestra/pacient jsou 1/3. Je však potřeba vzít v úvahu kvalifikaci sester (Valentin et al., 2011).

Na zdravotnický personál pracujících na oddělení intenzivní péče vyššího typu stále více stoupají nároky a požadavky (Dresslerová et al., 2014). Sestra na pracovištích intenzivní medicíny poskytuje vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči pacientům, kteří jsou bezprostředně ohroženi selháním vitálně důležitých funkcí nebo pacientům, u kterých k tomuto selhání již došlo, a jsou plně závislí na ošetřovatelské péči. Rozsah činností sestry je velmi široký. Poskytuje péči o pacienty s podporou či náhradou základních životních funkcí, sledování a monitorování životních funkcí pacienta, péči o dýchací cesty, vyhodnocování aktuální závažnosti stavu pacienta a určuje priority při poskytování péče. Z dané skutečnosti je patrné, že na sestru jsou kladeny určité požadavky. Měla by být nejenom osobnostně vyzrálá a schopná týmové spolupráce, ale také by se měla ochotna trvale vzdělávat (Cvachovec et al., 2014).

Sestra má, dle zákona č. 96/2004 Sb., povinnost celoživotně se vzdělávat. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru. Vzdělávání by mělo být v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky, a to z důvodu bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání.

Formou celoživotního vzdělávání je kromě studia navazujících vysokoškolských programů, také specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, které je složeno z modulů. Specializační vzdělávání uskutečňuje akreditované zařízení podle vzdělávacího programu. Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání je atestační zkouška, po které získává jedinec specializovanou způsobilost v příslušném oboru specializačního vzdělávání (Česko, zákon č. 96/2004 Sb.). Podmínkou pro zařazení do oboru specializačního vzdělávání je získání odborné způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. a podání žádosti o zařazení do specializačního vzdělávání. Specializační vzdělávání nemusí být uskutečňováno při výkonu povolání, účastník vzdělávání však musí před přihlášením se k atestační zkoušce splnit dobu výkonu povolání stanovenou zákonem č. 96/2004 Sb. Podmínkou je tedy „prokázání výkonu povolání v příslušném oboru specializačního vzdělávání v délce minimálně 1 roku z období posledních 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 let z období posledních 6 let v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby (Česko, zákon č. 96/2004, Sb., § 56).“ Žádost o zařazení do oboru specializačního vzdělávání s přiloženými přílohami zasílá uchazeč dle oborů pověřeným organizacím MZČR. Jedná se např. o organizaci Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). NCONZO sestrám

pracující na jednotkách intenzivní péče vyššího typu, může zprostředkovat specializační vzdělávání např. v programu Intenzivní péče (NCONZO).

Specializovanou způsobilost může mít i zdravotnický pracovník, který ji získal podle dřívějších právních předpisů. Jedná se o obor pomaturitního specializačního studia (PSS) Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP) a obor specializačního vzdělávání Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (Prošková, 2016).

Za celoživotní vzdělávání se dle zákona č 96/2004 Sb., považuje také studium navazujících studijních programů. Dvouleté navazující magisterské studium oboru intenzivní péče, umožňuje absolventům bakalářských studijních programů získat nejenom vysokoškolské, ale i specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (Česko, zákon č. 96/2004 Sb.).

2.1.2. Kompetence všeobecných sester

Přelomovou změnou ve vývoji ošetřovatelské profese bylo stanovení kompetencí všeobecné sestry. V české právní úpravě je používán pojem kompetence neboli „popis činností“, tedy oprávnění vykonávat určitou činnost. Sestra vykonává regulované a vyhrazené činnosti, tedy činnosti, které je oprávněn vykonávat pouze příslušník regulované profese. Hlavním účelem stanovení kompetencí určité profese je závazné stanovení obsahu této profese. Stanovení rozsahu kompetencí je podmínkou poskytování kvalitní, bezpečné péče (Prošková, 2016). Kompetence stanovuje právní vyhláška MZČR ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška definuje a určuje činnosti vybraných zdravotnických profesí, které pracovník může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře. Určuje i činnosti profesí se specializovanou způsobilostí, mezi které patří např. Sestra pro intenzivní péči (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Dle této vyhlášky poskytují zdravotničtí pracovníci:

- základní ošetřovatelskou péči: ošetřovatelská péče poskytovaná pacientům, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální,
- specializovanou ošetřovatelskou péči: ošetřovatelská péče poskytovaná pacientům, u nichž hrozí reálné riziko narušení základních životních funkcí,
- vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči: ošetřovatelská péče poskytovaná pacientům, u kterých dochází, nebo bezprostředně hrozí, selhání základních životních funkcí (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Kompetence všeobecných sester

Všeobecná sestra vykonává činnosti v souladu se stanovenou diagnózou pacienta. Zajišťuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Důvodem rozdělení kompetencí je ochrana veřejnosti před vykonáváním činností nekompetentními pracovníky a odvíjí se od dosaženého celoživotního vzdělání (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Všeobecná sestra může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře např. zavádět periferní žilní katétry pacientům starším 3 let, aplikovat kyslíkovou a inhalační terapii, ošetřovat akutní a operační rány. Může také odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény, s výjimkou drénů

hrudních a drénů v oblasti hlavy. Dále může provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let, vyměňovat a ošetřovat tracheostomickou kanylu, zavádět gastrickou sondu pacientům při vědomí starším 10 let, asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ukončovat ji (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může aplikovat nitrožilně krevní deriváty (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Kompetence sester specialistek v intenzivní péči

Všeobecná sestra pro intenzivní péči v rámci intenzivní, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního přijmu, vykonává vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči.

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, může tato sestra např. hodnotit závažnost zdravotního stavu pacienta, analyzovat křivku elektrokardiogramu, zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu. Může pečovat o dýchací cesty pacienta při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, hodnotit a ošetřovat arteriální vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, může tato sestra např. specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta, včetně invazivních metod. Může provádět katetrizaci močového měchýře mužů, zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí, provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami. Může také vykonávat činnosti u pacienta, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve, vykonávat činnosti v souvislosti s umělou plicní ventilací, provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku (s výjimkou arterie femoralis), podávat léčivé přípravky do epidurálního katétru (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Pod odborným dohledem lékaře může specialista např. aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádět extubaci tracheální kanyly, provádět externí kardiostimulaci (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

2.1.3. Současná situace na trhu práce v ČR

Náklady na zdravotní péči a požadavky na počet sester po celém světě stoupají, a to především kvůli zvýšenému výskytu chronických nemocí (převážně srdečních onemocnění, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění), vyžadující dlouhodobou hospitalizační péči. Dalším důvodem je větší počet pacientů a stárnutí společnosti, které je spojeno se zvýšenou četností polymorbidity, inovacím nákladných diagnostických metod a technologií ve zdravotnictví (ICN, 2015).

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) realizuje srovnávací analýzy zdravotního stavu občanů Evropské unie. OECD je mezinárodní organizace, která společně s vládami 36 členských zemí, pracuje na zavedení globálního stanovování norem. Normy vycházejí z důkazů založených na řadě sociálních,

ekonomických a environmentálních problémů (OECD, 2020). Na základě údajů dostupných v červenci 2019, OECD zveřejnila údaje, že podíl obyvatel starších 65 let v ČR je 18,8 %. Střední délka života se mezi lety 2000 a 2017 zvýšila o čtyři roky a patří tak k nejvyšším z novějších členských států Evropské unie (OECD, 2019).

Demografická křivka mapující stárnutí populace se netýká jen pacientů, ale i zdravotnických pracovníků (Kouřilová, 2013). Nedostatek sester přímo negativně odráží dostupnost, bezpečnost a kvalitu zdravotnických služeb a předpokládá se, že v následujících letech se bude nadále prohlubovat (ICN, 2015). Odhaduje se, že na celém světě se do roku 2030, počet sester a porodních asistentek, sníží ze současných 9 milionů na 7,6 milionu. Skutečný nedostatek bude převážně v regionech afrického a východního Středomoří. Více než 60 % členských států WHO uvádí, že na 10 000 obyvatel, má méně než 40 zdravotnických pracovníků a porodních asistenek. Přibližně 25 % však uvádí méně než 10 zdravotnických pracovníků a porodních asistenek (WHO, 2019). Austrálie předpovídá, že do roku 2025 jí bude chybět 109 tisíc sester (ICN, 2015). Zdravotnická zařízení v Íránu potřebují k zajištění optimální péče 220 000 zdravotních sester, jejich skutečný počet je však odhadován na 98 000 sester, což je méně než 50 % (Atefi et al., 2014). Z průzkumu Americké asociace sester (AACN) bylo zjištěno, že celkově 54 % účastníků studie, plánuje opustit svou současnou pozici během následujících 12 měsíců (Ulrich et al., 2019).

Celosvětový nedostatek sester má negativní dopad na pacienty. Vede k nežádoucím událostem, jako jsou nemocniční infekce a výskyt dekubitů, které prodlužují délku hospitalizace a zvyšují náklady na zdravotní péči. Nedostatek ošetřovatelského personálu v USA má za následek 24 % případů úmrtí, zranění či trvalých následků u pacienta (ICN, 2015).

Také ČR se potýká s nedostatkem sester. Nedostatek sester přináší velké problémy při zajišťování kvalitní zdravotní péče (ČAS, 2017). Výzkum, který byl realizován Vévodou et al. (2013) u všeobecných sester pracujících v nemocnicích ze všech krajů České republiky zjistil, že 35 % sester by změnilo při vhodné příležitosti zaměstnavatele. V roce 2018 MZČR iniciovalo dotazníkové šetření u nelékařského zdravotnického personálu (NLZP). Drtivá většina zdravotníků (60 %) neplánuje odchod do 1 roku ze stávajícího zaměstnání, do jiného zdravotnického zařízení plánuje odejít 12 %, mimo zdravotnictví 15 % (MZČR, 2019). O odchodu z pražských pracovišť uvažuje 35 % sester, z toho polovina by odešla mimo zdravotnictví (Heplová et al., 2010).

Nedostatek kvalifikovaných pracovníků pečujících o pacienty trápí Česko již v takové míře, že některé nemocnice už omezily počet lůžek. Podle posledního odhadu Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) vyplývá, že v Česku chybí téměř 3 300 sester na plný úvazek, z toho téměř polovina v nemocnicích (ČAS, 2017).

ÚZIS realizoval v roce 2016 resortní statistické šetření v oblasti personálních kapacit zdravotnických pracovníků v ČR. Sběr dat byl plně elektronický, formou on-line hlášení od poskytovatelů lůžkové i nelůžkové zdravotní péče. Na základě statistického šetření tvoří všeobecné sestry a porodní asistentky 82 796 úvazků. Vývoj úvazků všech sledovaných kategorií pracovníků je relativně stabilizovaný, a to ve všech hlavních segmentech péče. Analýza ovšem potvrdila i trvající problémy v nedostatku všeobecných sester a porodních asistentek pracujících v akutní lůžkové péči. U všeobecných sester a porodních asistentek srovnání v čase odhalilo významné změny, při kterých dochází k přelivu úvazků z lůžkové do nelůžkové péče. U akutní lůžkové péče je patrná od roku 2010

sestupná tendence pracovních úvazků, a to zhruba o 1500. Zatímco v lůžkovém segmentu, a to jak v akutní, tak i v ostatní lůžkové péči, dochází ke každoročnímu poklesu kapacit všeobecných sester. U nelůžkových zdravotnických zařízení dochází k jejich nárůstu (Bartůňková et al., 2016).

Nejkomplexnějším zdrojem statistik o zdravotnictví a zdravotnických systémech napříč zeměmi, je mezinárodní databáze OECD Health Statistic (Statistika zdraví). Statistika poskytuje např. údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, financování zdravotní péče, zdrojů a využití zdravotní péče. OECD v této zdravotní statistice z roku 2018 uvádí, že na 1000 obyvatel v ČR připadá 8,1 sester. Sestry ve statistice jsou definovány jako sestry, které poskytují pacientům přímé zdravotní služby (OECD, 2020).

2.2. Motivační a demotivační faktory sester pro výkon povolání

Tato kapitola se bude zabývat pojmem motivace jak v obecné rovině a nejznámějšími motivačními teoriemi ve vztahu k výkonu povolání. Nejobsáhlejší část tvoří kapitola, která přiblíží faktory vedoucí k motivaci a demotivaci při výkonu profese sester.

2.2.1. Pojem motivace

Motivace je komplexní pojem a je definována řadou autorů. Ti se shodují, že motivace je pojem zahrnující celou řadu (ať vědomých či nevědomých) vnitřních hnacích sil člověka (přání, touhy, úsilí, snažení, potřeb), které vedou ke vzniku aktivit směřujících k dosažení cílů (Ivanová et al., 2013). Baljoon et al. (2018) motivaci označují jako sílu uvnitř jedince, která ovlivňuje nebo řídí přímé chování. Botek (2018) definuje motivaci jako proces, který začíná inspirací a je v úzkém vztahu s pracovní spokojeností. Motivace je v současné době chápána jako důležitý faktor úspěchu a má klíčovou roli při řízení zaměstnanců, dosažení jejich cílů a cílů organizace (Badubi, 2017).

Pracovní motivace je souborem motivů k práci ve vědomí jedince a má multidimenzionální charakter (Dlugošová et al., 2011). Vyjadřuje přístup jednotlivce k práci a jeho ochoty pracovat, která vychází z určitých pohnutek neboli motivů. Pro motivaci k práci jsou důležité hodnoty jedince, které jsou významným zdrojem postojů. Cokoliv, co jedinec vnímá jako hodnotu, se může stát motivačním faktorem (Ivanová et al., 2013). Je přínosné znát jedince, kterého chceme motivovat. Konkrétní přístup konkrétního jedince ke konkrétní činnosti závisí na jeho osobnosti, situaci, ale i šikovnosti vedoucího pracovníka. Podléháme představě, že ostatní motivuje to, co motivuje nás, tento přístup je však neúčinný (Dlugošová et al., 2011). Proto je pro vedoucí pracovníky důležité znát hodnotovou orientaci zaměstnanců, která se mění s věkem a vstupem do jiné sociální skupiny. Znalost tzv. hodnotového systému, tedy uspořádání hodnot, které má každý člověk, může být pro vedoucí pracovníky důležitou informací. Hodnotový systém můžeme také charakterizovat jako individuální preferenční hierarchickou stupnici jednotlivých motivačních faktorů (Ivanová et al., 2013). Pořadí motivačních faktorů je subjektivní. Pro někoho jsou nejdůležitější peníze, pro jiného harmonické vztahy na pracovišti (Hekelová, 2012). Posláním pracovní motivace je dosáhnutí žádoucího jednání člověka (Dlugošová et al., 2011).

Motivovaní pracovníci nejen zvyšují pracovní výkon, ale vyžadují také menší dohled, kontrolu a dopouštějí se menšího počtu chyb. Předpokladem pro motivování pracovníků je pochopení okolností, které k motivaci přispívají, ale i ty, které jim brání. Tyto okolnosti bývají označovány jako

motivační a demotivační faktory (Urban, 2017). Motivačními a demotivačními faktory se budeme zabývat níže v samostatné kapitole.

2.2.2. Motivační teorie

Obsahem motivačních teorií je hledání individuálních rozdílů jedinců (ohledně příčin jednání, motivů, stimulů, potřeb, zájmů a hodnot jedince) ve vztahu k tomu, co je motivuje k výkonu. (Dlugošová et al., 2011).

Z různých hledisek si můžeme motivaci rozdělit na finanční a nefinanční, vnitřní a vnější:

Finanční je nazývána také jako hmotná (Urban, 2017). Pro motivaci podřízených je důležité, aby vedoucí pracovník mohl finančně vyjádřit rozdíl mezi nadprůměrnými a podprůměrnými pracovními výkony svých podřízených (Hekelová, 2012).

Nefinanční je nazývána také jako nehmotná a penězi ji uspokojit nelze. Bývá mnohdy důležitější než finanční, ale bohužel je často vedoucími i organizacemi, podceňována (Urban, 2017). Mezi nefinanční motivátory patří např. pochvala, uznání, ocenění, pocit sounáležitosti s týmem. Motivem může být i osobní příklad manažera, dodržování slibů vedoucího pracovníka, dobré vztahy na pracovišti. Možnost dalšího vzdělávání a možnost seberealizace může maximálně využít potenciál zaměstnance (Hekelová, 2012).

Vnitřní motivace je vnitřní silou, která vede pracovníky ke splnění osobních a organizačních cílů (Baljoon et al., 2018). Zahrnuje aktivní odstraňování příčin nespokojenosti, pokud je jedinec nespokojen se současným stavem. Vnitřně motivovaní lidé mají aktivní přístup k životu a stále si kladou cíle. Práce jim přináší uspokojení (Hekelová, 2012). Důležitými vnitřními motivačními faktory jsou samostatnost, nové schopnosti, viditelné výsledky své práce, společenský význam či smysl, možnost rozvíjet své schopnosti (Urban, 2017). V kontextu zdravotnictví je definována jako uspokojování a potěšení při plnění povinností namísto práce pro externí odměny (Baljoon et al., 2018).

Vnější motivace je opakem vnitřní motivace a vyznačuje se malou mírou uspokojení člověka v rámci jeho vyšších potřeb, tedy uspokojení a seberealizace. Tato činnost je prostředkem k dosažení cíle, který však nepřináší naplnění (Hekelová, 2012). Vnějšími faktory motivace je to, co zaměstnanci za svou práci od své organizace získávají. Jde převážně o finanční odměnu, ale i zvýšenou naději na povýšení, odborná prestiž (Urban, 2017). Vnější motivace vede osoby k tomu, aby vykonávaly své povinnosti, a to pomocí nátlaku nebo instrukcí, za cílem získání odměny (Baljoon et al., 2018).

Komplexní motivační strukturu, která vysvětluje pracovní motivaci, nazýváme motivační teorií. Motivační teorie jsou často zaměňovány za teorie spokojenosti, protože je založená na uspokojování potřeb jedince (Botek, 2018). Mezi nejznámější motivační teorie patří:

Motivačně-hygienická teorie dle Herzberga

Za zakladatele této teorie je považován Frederic Herzberg. Tato teorie bývá často označována jako teorie „lidských vztahů“. Hlavní myšlenkou této teorie je v tom, že člověka nelze považovat za výrobní nástroj, ale je lidskou bytostí (Ivanová et al., 2013).

Zahrnuje dva myšlenkové proudy:

Jednofaktorová teorie zahrnuje všechny faktory na stejné úrovni a nachází se mezi krajními stavy, od úplné spokojenosti po úplnou nespokojenost. Patří sem faktory, jejichž přítomnost není vnímána, ale jejich absence způsobuje nespokojenost v práci (tzv. faktory hygienické, vnější faktory). Mezi tyto faktory patří např. pracovní podmínky, mzda, mezilidské vztahy, vliv práce na osobní život.

Dvoufaktorová teorie řeší zvlášť spokojenost a nespokojenost. Ty jsou ovlivňovány různými skupinami faktorů, jejichž naplňování ovlivňuje spokojenost s prací (tzv. faktory motivační, vnitřní). Teorie je považována za podstatu pracovní motivace a patří sem např. vnitřní pocit uspokojení z práce, uznání, obsah práce, pravomoci, možnost kariérního postupu (Ivanová et al., 2013).

Herzberg popisoval faktory, vycházející z hodnotového systému jedince a zjišťoval přímé podněcovatele pracovních postojů. Přitom faktory způsobující spokojenost s prací (motivátory) a faktory, které způsobují nespokojenost s prací (frustrátory), nemusejí spolu souviset (Ivanová et al., 2013).

Maslowova teorie

Teorie byla vyvinutá americkým psychologem A.H.Maslowem, podle něhož se motivace týká realizace kroků za účelem uspokojení potřeb. Jednotlivé typy potřeb jsou složeny do pěti hierarchických úrovní, které svým způsobem ovlivňují jednání lidí (Zítková, 2015). Vyšší potřeby začne jedinec uspokojovat až poté, co saturuje potřeby na aktuální a nižší úrovni (Botek, 2018). Amstrong a Taylor (2015) však tvrdí, že Maslowova teorie je intuitivní a nebyla nikdy empiricky prokázána. Zastávají názor, že ne vždy jedinec musí postupovat po stejných stupních.

Pyramidu potřeb je možné aplikovat i na potřeby související s pracovním uplatněním (Zítková, 2015). Rozdělení potřeb pak může vypadat následovně:

Biologické potřeby jsou uspokojovány nejenom penězi, ale i materiálními podmínkami, organizací a charakterem práce. Patří mezi vnější motivace.

Potřeby bezpečí a jistoty obvykle nemotivují k vyššímu výkonu, ale jejich nedostatek má za následek snížení výkonu. Jedná se převážně o vnější stimulace, občas vnitřní (motivuje uspokojení z klidné nebo vzrušující práce).

Interpersonální (sociální) potřeby zahrnují potřebu lásky, začlenění do skupiny, potřebu sdílení názorů a postojů. Patří mezi vnitřní a vnější motivace.

Potřeby úcty a sebeúcty jsou uspokojovány druhem vykonávané práce, pracovním prostředím, interpersonálními vztahy. Patří do vnitřní motivace.

Potřeba seberealizace má různé způsoby saturace. Patří mezi vnitřní motivaci (Botek, 2018).

Vroomova teorie

Teorie bývá uváděna jako teorie spokojenosti, protože předpokládá uspokojení pociťovaného nedostatku (Botek, 2015). Tato koncepční motivační teorie bývá také nazývána teorií očekávání a je směřována převážně pro vedení nových pracovníků v průběhu adaptačního procesu. Základními pojmy této teorie jsou valence (subjektivně vnímaná hodnota cíle), instrumentalista (činnost realizovaná ke splnění cíle), expektace (subjektivně vnímaná pravděpodobnost dosažení cíle). Zahrnuje např. seznamování s požadavky pracoviště, očekáváním, postupném zadávání úkolů (Zítková, 2015).

Teorie instrumentality

Vychází z vědeckého řízení a chápe odměny a tresty jako nejlepší nástroj, instrument, pro utváření chování. Tresty jsou dle Dafta (2008) uváděné také v rámci přístupu posílení.

Pozitivní posílení je proces, při kterém je určité chování odměněno něčím pozitivním, příjemným, např. pochvala.

Negativní posílení, kdy důsledky chování vedou ke zmírnění až zastavení působení nepříjemných pocitů, např. zastavení kritiky chování, když se chování zlepší.

Potrestání jako důsledek chování, kdy je jedinci učiněno něco nepříjemného. Je opatřeno legislativním omezením.

Vyhasínání, kdy neposilované chování vyhasíná a přestává se vyskytovat. Na chování se nereaguje posílením, ani trestem.

Pozitivní a negativní posílení je pro řízení zaměstnanců velmi vhodné (Botek, 2015).

Alderferova teorie

Vychází pouze z potřeb a jejich uspokojování. Na rozdíl od Maslowa potřeby nestaví vertikálně,ale tvrdí, že jednotlivé potřeby lze uspokojovat nezávisle na míře saturace těch zbylých. Teorie uvádí základní (tělesné) potřeby, růstové potřeby (seberealizace), vztahové (interpersonální) potřeby (Botek, 2018).

Teorie zmocnění

Zahrnuje nejenom psychologii, ale i management, sociologii a další vědy. Vychází částečně z Herzbergovy teorie. Zaměstnanci se po převzetí odpovědnosti cítí zmocněni, čímž se zvyšuje jejich uvědomění a důvěra ve vlastní schopnosti. Z toho plyne větší vytrvalost a odhodlání dokončit úkol. Ne všichni jedinci ale chtějí přebírat odpovědnost. Na teorii je nahlíženo ze čtyř pohledů. Psychologické zmocnění zahrnuje individuální rozpoznání svých kompetencí, situační zmocnění zahrnuje delegaci přidané odpovědnosti. Organizační zmocnění dává pravomoci odborům, protože lepší spolupráce s odbory vede k vyšší produktivitě. Vmezeřené zmocnění sleduje, co dělá člověk, který má na starosti lidské zdroje (Botek, 2018).

Teorie spravedlnosti

Teorie zdůrazňuje, že jedinec je členem pracovního kolektivu, ve kterém má určité sociální vztahy a provádí mnohá srovnání, jejichž výsledky hodnotí. Významná je přitom závažnost, kterou přikládá svému pracovnímu a společenskému postavení, a náročnost vykonávané práce. Pokud není zaměstnancovo sebehodnocení v rovnováze s hodnocením spolupracovníků, považuje to za nespravedlnost, která se může projevit nespokojeností a sníženým výkonem (Daft, 2008).

McGregorova teorie X a Y

Vysvětluje osobnostní teorii popisující vztah lidí k pracovní činnosti. Teorie X a Y kategorizují zaměstnance do dvou skupin, založených na osobnostních předpokladech.

Teorie X má negativní pohled na lidi. Tito lidé mohou mít přirozenou nechuť k práci, které se chtějí nejlépe vyhnout, vyhýbají se odpovědnosti. Musejí buď být k práci donuceni, často kontrolováni, či potrestáni, aby byli schopni pracovat.

Teorie Y má naopak pohled pozitivní. Tito pracovníci jsou disciplinovaní, zodpovědní, touží po naplnění cílů organizace. Vyvíjí odpovídající duševní a fyzické úsilí na pracovišti (Badubi, 2017).

Na závěr této kapitoly můžeme shrnout, že pro aktuální motivaci a pro sílu různých motivů jsou důležité hodnoty, které daný jedinec uznává, jeho ideály, představy o tom, jak by určité činnosti ve společnosti měly být uspořádány, životní a pracovní cíle, zájmy a potřeby (Botek, 2018). Úspěšná motivace pracovníků vychází z porozumění motivačním faktorům. O pracovní výkonnosti rozhodují, tzv. motivátory, které zvyšují spokojenost. K nespokojenosti vedou tzv. hygienické faktory, které výkon zaměstnanců nezvyšují. Nespokojené zaměstnance lze motivovat velmi obtížně (Urban, 2017). Motivace není vždy založena na finančních odměnách, metody nefinanční mohou být využívány k získání výkonných zaměstnanců. Neexistuje jediná spolehlivá motivační teorie, která by mohla být použita. Všichni zaměstnanci, navzdory jejich očekávání, by měli rozumět vizi a cílům organizace, společnosti a spolupracovat na nich (Badubi, 2017).

2.2.3. Motivační a demotivační faktory sester

Rozpoznáním hodnotových preferencí zdravotnických pracovníků, pojmenováním motivačních a demotivačních faktorů, můžeme managementu poskytovatelů zdravotnických služeb poskytnout důležité informace. Informace mohou sloužit k vytvoření takového prostředí, které by eliminovalo fluktuaci a odchod zdravotnických pracovníků, čímž by se mohl omezit jejich nedostatek (Ivanová et al., 2013).

Po nastudování dostupných materiálů získaných rešeršní strategií k této diplomové práci a z důvodu lepší přehlednosti, použijeme následující členění motivačních a demotivačních faktorů sester. Ačkoliv jsou nepochybně specifické pro jednotlivé země, klíčové faktory jsou identické. Tyto faktory mohou mít vliv, jak na záměr sester setrvat ve své profesi, ale také na jeden z nejdůležitějších aspektů ve zdravotnictví-kvalitu poskytované péče.

2.2.3.1. Osobní charakteristiky sestry

Osobní charakteristiky sestry, tzv. sociodemografické faktory, patří mezi důležité proměnné prediktory, které ovlivňují motivaci. Hlavními prediktory sester jsou věk, pohlaví, rodinný stav, úroveň vzdělání, délka praxe (Baljoon et al., 2018).

2.2.3.1.1. Věk

Studie, zaměřující se na souvislost mezi pracovní motivací a věkem, jsou často rozporuplné. Některé poukázaly na významný rozdíl v pracovní motivaci na základě věku. Další studie však ukázala, že neexistuje významný statistický rozdíl v motivaci podle věku (v některých studiích i dle kvalifikace) pracovníků (Baljoon et al., 2018). Přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že věk sester, poskytující pečující o kriticky nemocné, nemá vliv na spokojenost s prací. Jiné studie však poukazují na skutečnost, že každé zvýšení věku sestry o 1rok vede ke snižování vnitřní motivace a je tedy negativním prediktorem (Weldegebriel et al., 2016).

Obecně lze poznamenat, že starší sestry disponují větší mírou sebeovládání a autonomie, mají získanou vyšší úroveň vzdělání, více zkušeností a delší praxi, jsou zkušenější a sebevědomější. Jsou však více motivovány finanční odměnou, uznáním a chválou (Baljoon et al., 2018). Oproti tomu mladší sestry mají více nadšení při práci s pacienty a jejich rodinami, ale můžou mít nižší sebevědomí z vnímaného podcenění zkušenějšími sestrami a z nedostatku zkušeností. Jsou však více motivováni vzděláváním, kariérním rozvojem a personálem (Baljoon et al., 2018).

2.2.3.1.2. Pohlaví a sociální postavení

Alhakami et al. (2018) ve své studii poukazuje na skutečnost, že větší část zdravotních sester tvoří ženy (93 %). Genderové a sociální postavení můžou, dle studie Baljoon et al. (2018), tvořit faktory ovlivňující pracovní motivaci sester. Rodinné faktory, jako je role manžel/manželka, matka, místo práce manžela, rodičovství, zdraví rodinných příslušníků, školní docházka dětí, ovlivňují motivaci a výkon práce. Finanční motivace má větší význam pro rozvedené a nezadané sestry. Sestry, na nichž nejsou závislé jiné osoby, mohou mít nižší úroveň finanční motivace (Baljoon et al., 2018).

Některé studie uvádějí, že muži bývají více motivováni odměnami, morálkou, uznáním, řízením, kariérním rozvojem (Baljoon et al., 2018). Ve studii realizované v Indii s 621 respondenty, měli muži vyšší motivační úroveň než ženy. Autoři to korelují s možnou skutečností, že muži jsou ve společnosti zaměření na lepší výkon a ženy mají více rodinných než pracovních závazků (Bansal et al., 2016). Jiné studie však zjistily, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi pohlavím a motivací sester. Může to být i z toho důvodu, že v porovnání se skupinou respondentek je účast a počet mužů ve studiích příliš malá (Baljoon et al., 2018). Systematický přehled Dilig-Ruiz et al. (2018) zjistil, že pohlaví nemá vztah k pracovní spokojenosti sester pečující o kriticky nemocné.

2.2.3.1.3. Vzdělání

Sestry, které mají akademický titul, přikládájí práci a rozvoji kariéry větší význam než zaměstnanci s nižším vzděláním, kteří přisuzují větší význam odměňování, autonomii a pracovním vztahům (Baljoon et al., 2018). Sestry s magisterským a doktorským titulem mají ve studii Dagne et al. (2015) nejvyšší úroveň motivace. Alhakami et al. (2018) uvádí, že mladší sestry s vyšším vzděláním jsou

v práci více motivovány než starší sestry bez vysokoškolského studia. Oproti tomu systematický přehled Dilig-Ruiz et al. (2018) zjistil, že úroveň vzdělání nemá vliv na pracovní spokojenost sester pečující o kriticky nemocné.

2.2.3.1.4. Manažerská pozice

Několik studií zdůraznilo, že manažerská pozice může sestry motivovat. Tourangeau et al. (2010) ve své studii zjistili, že mezi pracovními kategoriemi zaměstnanců byly významné rozdíly. Vedoucí pracovníci vykázali nejvyšší úroveň spokojenosti s prací (75,5 %), registrované sestry 63,6 %, registrovaná skupina praktických sester vykazovala nejnižší úroveň spokojenosti s prací a nejvyšší záměr fluktuace. Studie Bajloon et al. (2018) však zjistila, že ve vnímání motivačních faktorů mezi rozdílnými profesionálními pozicemi, nejsou statisticky významné rozdíly.

Ve studii Kantek et al. (2015) se ukázalo, že status a autorita jsou nejdůležitějšími faktory, které přispívají k pracovní motivaci sester. I studie Bajloon et al. (2018) odhalila, že mít autoritu může některé zdravotnické pracovníky motivovat. Sestry ve vedoucí pozici byly více motivovány komunikací, morálkou, uznáním a odměnami (Baljoon et al., 2018).

2.2.3.1.5. Délka praxe

Baljoon et al. (2018) ve své studii uvádí, že délka praxe sester v současné profesi je spojena s motivací. Bylo zjištěno, že existují značné rozdíly v motivaci související s dlouholetými zkušenostmi. Přitom sestry nad 5 let praxe, požadovaly spíše uznání, odměny a samostatnost. Sestry s méně než 10 lety praxe, přisuzují větší význam kariéře, pracovní náplni a sociálnímu respektu (Baljoon et al. (2018).

2.2.3.1.6. Individuální priority

Sestry jsou motivovány, pokud jejich práce splňuje určité individuální potřeby, priority a hodnoty, které jsou pro ně důležité. Samotnou podstatou ošetřovatelství je možnost pomoci ostatním lidem, pečovat o druhé, ošetřovat pacienty. Sestry, které si vybraly povolání z důvodu vnitřní touhy starat se o ostatní lidi, přisuzují profesi velkou hodnotu. Jsou také více motivovány než sestry, které nesdílejí stejné pocity. Pozitivní etické faktory sestry, smysluplnost práce, odpovědnost za výsledky práce, vnímají sestry jako významný motiv k péči o pacienty. A to i v případě, že existuje riziko pro jejich vlastní zdraví a bezpečnost (Toode et al., 2010). Také Alhakami et al. (2018) uvádí, že sestry mají vysokou motivaci k práci a jsou spokojenější, pokud přisuzují profesi velkou hodnotu, jsou na ni hrdé a orientují se na efektivní poskytování péče.

Mellanová (2017, str. 25) ve svém výzkumu obecně poukazuje na některé společné charakterové rysy sester, které ve své profesi setrvají. Jsou to: „vyšší emocionální a sociální stabilita, vyšší potřeba organizovaného prostředí, plánovaného studia i práce, nezávislý postoj k autoritám, malá potřeba pomoci a podpory od druhých, výrazná schopnost zátěže a sebeovládání.“ Vytipování a popisování základních psychických předpokladů zdravotních sester, se zabývají tzv. psychologické profesiogramy, vycházející z psychosociálního rozboru činnosti. Základními vysledovanými předpoklady jsou předpoklady senzomotorické, intelektové, sociální, autoregulační, estetické. Autoregulační předpoklady jsou nezbytné z důvodu vysokých požadavků na morálně charakterové vlastnosti sestry, která pracuje samostatně a je zvýšeně odolná k frustraci, plnící činnosti i za stresu,

je emocionálně stabilní, přizpůsobivá, odpovědná, svědomitá, tolerantní, taktní. Sociálními předpoklady rozumíme schopnost navázat kontakt s nemocnými, spolupracovat s ostatními kolegy, včetně podřízených a nadřízených. Zahrnuje také empatii, mít pozitivní vztah k druhým lidem, kooperaci, přejímání sociálních rolí, ovládání verbálních i neverbálních projevů (Mellanová, 2017).

2.2.3.2. Pracovní prostředí

Mezi nejvýznamnější faktory, které působí na vykonávání profese sestry, je pracovní prostředí, v němž je realizováno samotné poskytování péče. Faktory pracovního prostředí v ošetřovatelské praxi ovlivňují vývoj zdravotního stavu pacientů, jejich bezpečnost a také spokojenost sester (Ferreira et al., 2014). To potvrzuje i studie De Simone et al. (2018), která shromáždila údaje od 194 sester a 181 pacientů z 22lůžkových oddělení ve dvou nemocnicích v jižní Itálii. Analýza odhalila, že spokojenost sester a jejich pracovní nasazení má výrazný vliv na udržení sester v jejich profesi a spokojenost pacientů (De Simone et al., 2018). Lepší pracovní prostředí tak přímo souvisí s vyšší kvalitou poskytované péče a spokojeností pacientů (ICN, 2015).

ICN opakovaně upozorňuje, že celosvětový nedostatek sester škodí nejen zdravotnickým systémům a pacientům, ale má negativní dopad i na samotné sestry. Od sester se požaduje poskytování vynikající a kvalitní péče pacientům. Na oplátku si sestry zasluhují, aby jejich pracovní podmínky a plat odpovídaly kvalitě péče, kterou poskytují. Ve většině světa je ale socioekonomické postavení sester špatné či neadekvátní. Některé sestry pracují ve velice obtížných podmínkách. Jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích jsou sestry vystaveny stresu a přetížení, vzhledem ke zvýšené pracovní zátěži (ICN, 2015). Pokud tedy pracovní prostředí není příznivé, hrozí sestrám emoční vyčerpání, odchod z profese a pacienti jsou ohrožení větší úmrtností (Ferreira et al., 2014).

Zdravotní sestry se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči disponují specifickými dovednostmi. Systematický přehled Dilig-Ruiz et al. (2018) zjistil, že sestry pracující na jednotkách intenzivní péče, nebyly se svojí prací příliš spokojeni (56 % spokojeno). Tyto vysoce vyškolené a specializované zdravotní sestry často opouštějí své profese, aby hledaly méně stresující a náročná pracovní místa s lepšími pracovními podmínkami, což má za následek fluktuaci sester na jednotkách intenzivní péče (Dilig-Ruiz et al., 2018).

Z tohoto zjištění vyplívá, že je nezbytné porozumět pracovní spokojenosti sester (Dilig-Ruiz et al., 2018). Tuto skutečnost si uvědomuje i řada zdravotnických institucí, které zařazují péči o sestry mezi důležité priority a je indikátorem kvality (Burston et al., 2010). V současné době existuje řada metod a nástrojů, používaných k posouzení pracovní spokojenosti.

Obecné hodnocení míry pracovní spokojenosti

Kromě standardizovaných dotazníků jsou formulovány pro zaměstnance otázky a respondenti vyznačují odpověď na desetistupňové Likertově škále. Podrobnější analýzu zahrnující devět dimenzí spokojenosti s prací, ve vztahu k obecné míře pracovní spokojenosti, umožňuje škála pracovní spokojenosti Job Satisfaction Scale.

Pravděpodobně celosvětově nejznámějším a nejkomplexnějším nástrojem pro měření jednotlivých složek pracovní spokojenosti, je Minnesotský dotazník pracovní spokojenosti.

Je průběžně upravován pro použití v různých státech a profesích. Dotazník měří dvacet položek pracovní spokojenosti. Mezi jednotlivé položky můžeme zmínit např. uplatnění vlastních schopností, aktivitu, pracovní postup, hmotnou odměnu, vztahy se spolupracovníky, autonomii, morální hodnoty, pracovní podmínky, uznání, jistotu zaměstnání, vztahy s nadřízeným a jeho schopnosti (Botek, 2018).

Specifické hodnocení ošetřovatelského prostředí

PES-NWI (Practice Enviroment Scale of Nursing Work Index)

Jedním z nejpoužívanějších nástrojů pro hodnocení ošetřovatelského pracovního prostředí, je používána škála indexu ošetřovatelské práce: PES-NWI (Ferreira et al., 2014). Tento hodnotící nástroj pracovního prostředí byl použit v mnoha studiích, v různých verzích a různém kontextu po celém světě. Pro příklad můžeme zmínit Čínu, Nový Zéland, Španělsko, Austrálii, Belgii, Anglii, Holandsko, Norsko aj. Psychometrický test PES-NWI, původně navržený Lakeem (2002), naznačuje přímou souvislost mezi působením faktorů pracovního prostředí na spokojenost sester. PES-NWI obsahuje 31 položek (z původních 49 položek), na které sestry reagují čtyřbodovou stupnicí. Zahrnuje pět faktorů:

- účast sester v nemocničních záležitostech,
- kvalitu péče,
- kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři,
- personální zabezpečení sester,
- schopnosti vedoucí sestry (Lake, 2002).

PES-NWI byl použit i pro měření prvků pracovního prostředí sester ve velmi rozsáhlé mezinárodní studii, která je označována jako projekt RN4CAST. Největší snahou této studie je zdůraznit vliv organizačních rysů zdravotnického zařízení jak na počet sester, jejich fluktuaci, ale také na kvalitu poskytované péče. RN4CAST (2019) v letech 2009-2010 provedl rozsáhlý průzkum u stovek tisíc pacientů a plně kvalifikovaných zdravotních sester v přibližně 500 nemocnicích akutní péče ve 12 evropských zemích (Belgie, Anglie, Finsko, Německo, Řecko, Irsko, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko).

Z každé země se studie zúčastnilo nejméně 30 zdravotnických zařízení charakteru akutní péče, kterými jsou nejpočetnějšími zaměstnavateli zdravotních sester. Studie využívá průřezový víceúrovňový návrh a údaje shromažďovala ze čtyř zdrojů dat (management zdravotnického zařízení, zdravotní sestry poskytující přímou péči, pacienti a údaje po jejich propuštění).

Pro hodnocení kvality ošetřovatelské péče, získává RN4CAST informace statistikami získanými z databází po propuštění pacienta z nemocnice. Následně byly vytvořeny faktory kvality ošetřovatelské péče od sester. Mezi ně patří např. odhad četnosti nežádoucích příhod, změny v kvalitě ošetřovatelské péče, zprávy sester o kvalitě ošetřovatelské péče na jejich pracovišti (Sermeus et al., 2011). Studii následně replikovalo několik dalších zemí, které zahajovaly nové celostátní studie v Portugalsku, Itálii a na Kypru. Výsledky studií byly v průběhu od roku 2009 publikovány v předních časopisech určených jak pro lékaře, tak i pro zdravotnické pracovníky (RN4CAST, 2019).

Widmarův dotazník

Dotazník švýcarského psychoterapeuta Martina Widmera je zaměřený na stres, jehož zdrojem je povolání zdravotní sestry a obsahuje sedm skupin podstatných faktorů. Tyto faktory zahrnují vztahy k nadřízené, pracovní zátěž, nejistotu, etiku, nesamostatnost, interpersonální vztahy (Mellanová, 2017).

MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey)

Mezinárodně nejrozšířenějším nástrojem pro měření fenoménu syndromu vyhoření u sester související s vykonáváním jejich profese, je Maslachův dotazník. Zahrnuje 22 položek zaznamenaných na stupnici od 1 (nikdy) do 6 (každý den) a zachycuje tři dimenze vyhoření: emocionální vyčerpání, depersonalizaci, osobní úspěch. Původní struktura dotazníku byla validována a nadále je aktuálně používán v mezinárodním měřítku (Sermeus et al., 2011).

Mezi nejvýznamnější faktory pracovního prostředí, které můžou mít vliv na spokojenost sester, uvádíme níže v jednotlivých bodech.

2.2.3.2.1. Prestiž povolání

Ukázalo se, že sociální uznání je klíčovým faktorem motivujícím sestry v různých kontextech. V posledních letech stoupá prestiž povolání všeobecných sester. Z velké části je to dáno jejich autonomním podílem při výkonu profese a vzrůstajícím vzděláním. Prestiž povolání je, dle Vévody et al. (2013), významnějším motivačním faktorem u sester, které nepracují v nepřetržitém provozu.

2.2.3.2.2. Povaha práce

Velkou část sester přivedla k profesi touha pomáhat ostatním lidem (Heplová et al., 2010). To potvrzuje i dotazníkové šetření iniciované v roce 2018 MZČR, které se uskutečnilo za účelem zlepšit podmínky nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP). Dotazník obsahoval uzavřené i otevřené otázky se zaměřením na monitoring pracovního prostředí u 15 482 sester. Nejvíc sester (68,1 %) je motivováno možností pomáhat druhým (MZČR, 2019).

Pro mnohé sestry je motivujícím faktorem samotná ošetřovatelská práce a vše, co zahrnuje ošetřovatelský proces, ošetřovatelskou péči, vztah pomoci druhým, osobní a profesionální spokojenost a naplnění (Lima et al., 2013). Heplová et al. (2010) uvádí, že 94 % sester stále těší ošetřovat nemocné. Stimulovat sestry může i výběr konkrétní ošetřovatelské oblasti, záleží na individuálních dovednostech, vzdělání a preferenci. Např. chirurgické sestry jsou více motivovány rychlejším tempem práce, setkávání s různorodými postupy a větší fluktuací pacientů, protože pociťují větší rozmanitost práce (Toode et al., 2010).

2.2.3.2.3. Pracovní doba

Pracovní dobu, možnost kombinovat pracovní a soukromé záležitosti, některé sestry nepovažují za prvořadé motivační faktory. Studie Carter et al. (2012) ale prokázala, že schopnost dosáhnout rovnováhy mezi osobním a pracovním životem, je důležitým motivačním faktorem (Carter et al., 2012). Některé studie poukazují na fakt, že sestry pracující pouze ve dne, mají tendenci mít vyšší

motivaci. Motivace byla velmi nízká u těch sester, které pracovaly na noční směny, nebo se setkávaly s velkou pracovní zátěží. Jedním z důvodů negativního vlivu nočních směn na motivaci sester, může být vyčerpání, které motivaci snižuje (Bajloon et al., 2018).

Zkoumáním záměru sester opustit stávající pracoviště nebo svoji profesi sestry, se zabývá ve svém příspěvku Leineweber et al. (2016). Průzkumná data vychází z projektu RN4CAST ze vzorku 23 076 registrovaných sester ve 384 nemocnicích a z deseti evropských zemí. Záměr opustit profesi sestry kvůli nespokojenosti, má 9,5 % registrovaných sester. Variabilita záměru opustit profesi sestry silně souvisela s proměnnými a byla zjištěna jak na úrovni země, tak na úrovni oddělení. Finsko a Německo vykazují nadprůměrné množství sester, které uvádějí úmysl opustit profesi, zatímco Nizozemsko a Švýcarsko vykazují nejnižší úmysl opustit profesi. Nejzajímavějším a nejvýznamnějším faktorem pro motivaci sester, je spokojenost s flexibilitou pracovního harmonogramu. To vede až k 40% snížení pravděpodobnosti opustit ošetřovatelskou profesi u sester (Leineweber et al., 2016).

2.2.3.2.4. Zapojení do chodu organizace, sdílená vize

Campos de Oliveira et al. (2019) ve své studii porovnávali profesní spokojenost sester pracujících na jednotkách intenzivní péče tří nemocnic v Brazílii. Studie se cíleně zaměřila na akreditovanou nemocnici s nejvyšší úrovní certifikace a dvě neakreditované nemocnice (soukromou a veřejnou). Tento postup měl za cíl zvýšit variabilitu závěrů o studovaných objektech. Ve vztahu k průměrnému platu zjištěnému na třech výzkumných pracovištích, byl zjištěn pozitivní kontrast mezi veřejnou institucí a akreditovanou organizací, která vyplácela nejvyšší mzdy, ačkoliv je soukromá. Neakreditovaná soukromá instituce získala nejhorší skóre, a to jak v obecné analýze, tak v doménách pracovní spokojenosti. Potvrdilo se, že profesní postavení sester a s ní související i kvalita poskytované péče, bylo v akreditované nemocnici nejvíce pozitivně hodnoceno (Campos de Oliveira et al., 2019).

Spokojenost sester v akreditovaných zařízeních může mít spojitost s přesnými a strategickými postupy, propracovaným a jasným aparátem pravidel a pracovních procesů. Akreditace zařízení tedy pozitivně ovlivnila profesionální spokojenost sester. Toto zjištění naznačuje, že sestry v instituci s vynikající kvalitou, byly spokojené s normami a lepší bezpečností práce. Výsledek studie je v souladu i s jinými výzkumy, v nichž se předpokládalo, že akreditace od Joint Commission International (JCI), může být možným prostředkem ke zlepšování pracovních podmínek v organizacích a ovlivňuje profesionální výkon sester (Campos de Oliveira et al., 2019).

2.2.3.2.5. Účast sestry na nemocničních záležitostech

Pracovní angažovanost sester je v literatuře označována za organizační faktor, který může zvýšit úroveň pracovní motivace sester (Baljoon et al., 2018). Pracovní angažovanost ukazuje, jak pracovníci prožívají svou práci, působí jako stimulující faktor a může významně zvýšit pracovní výkon. Rozmanitost dovedností, odpovídající míra rozhodování, zpětná vazba pracovního výkonu a potřeba někam patřit, jsou pozitivními prediktory pracovního nasazení (Bakker et al., 2010).

2.2.3.2.6. Fyzická a duševní bezpečnost

Výkon všeobecné sestry je spojen s mimořádnou fyzickou i psychickou zátěží pracovní zátěží (Ptáček, 2016). Ke své profesi musí sestry přistupovat s maximálním nasazením a na jejich dovednosti, schopnosti a znalosti, jsou kladeny vysoké požadavky. Pokud se k zátěži přidají i jiné stresové faktory, jako jsou směnný provoz, změny spánkového rytmu, vysoká zodpovědnost za pacienty a nedostatek personálu, může nastat vyčerpání (Heplová et al., 2010). Psychické i fyzické vyčerpání udává 65 % sester z výzkumného šetření Heplové et al. (2010).

Pojem bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) má významné postavení při vykonávání profese sester. Faktory, které způsobují demotivaci sester, byly v mnoha studiích způsobeny vlivem špatného řízení bezpečnosti a ochrany zdraví na pracovišti. Nevhodné pracovní podmínky mohou navíc vést k nespokojenosti s organizací jako celkem (Bajloon et al., 2018).

Právo pracovníků na bezpečné a zdravé pracovní podmínky a prostředí je zakotveno v právních předpisech ČR i ve směrnicích Evropské unie. Za bezpečné pracovní prostředí považujeme prostředí, ve kterém nehrozí úraz a poškození zdraví. Ideální bezpečné pracovní prostředí patří mezi základní pilíře pracovní spokojenosti sester a pacientů. Zaměstnavatelé by měli být povinni, v rozsahu své působnosti, vytvářet na pracovišti příznivé podmínky pro bezpečnou a zdraví neohrožující práci (Nakládalová, 2013).

Pro zdravotnictví jsou specifické a významné některé rizikové faktory. Mezi můžeme zařadit biologické činitele, chemické škodliviny, zvýšenou fyzickou a psychickou zátěž.

Biologické činitele

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA) udává, že biologické látky jsou běžně přítomné v životním prostředí a nacházejí se v mnoha odvětvích. V oblasti zdravotnictví patří mezi obávané biologické činitele infekční agens. Nejčastěji se jedná o viry, parazity, bakterie a houby a priony. Expozice těmito látkami může vést k alergii, akutním a chronickým onemocněním a jiným toxickým účinkům, které mohou jedince ohrozit i na životě. Pro identifikaci a analýzu rizik by měly být na pracovišti navrženy a zavedeny vhodné metody prevence a kontroly expozice. V oblasti zdravotnictví se jedná převážně o respektování bezpečných a hygienických pracovních postupů, dekontaminačních opatření pro odpad, vybavení a oděvy. Důraz je kladen na bezpečnou manipulaci s infekčními vzorky, používání osobních ochranných pomůcek, využití možnosti imunizace (EU-OSHA, 2019).

Chemické škodliviny

Velká část sester je vystavena působením chemických látek. Nejčastěji se jedná o chemické látky používané k dezinfekci a sterilizaci, alergizující látky a cytostatika. Chemické látky používané k dezinfekci a sterilizaci a ostatní alergeny (např. antibiotika), mohou vyvolat poškození kůže a sliznic. Nejčastěji se jedná a kontaktní atopický ekzém, projevy alergické rýmy až průduškového astmatu. Cytostatika mají mutagenní, teratogenní a karcinogenní vlastnosti. K expozici může dojít aerosolem, kontaminací močí léčených pacientů a kontaminovaným materiálem. Je nutné dodržovat pokyny pro práci s cytostatiky, vytvářet prostorové a technické vybavení pracovišť. (Nakládalová, 2013)

Fyzická zátěž

Fyzickou zátěž ve zdravotnictví způsobuje zejména manipulace s pacientem při poskytování léčebné a ošetřovatelské péče. Ta je největší na odděleních s imobilními pacienty, kde často dochází k překračování limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž žen. (Nakládalová, 2013). EU-OSHA upozorňuje, že v důsledku nadměrného fyzického přetížení u zdravotníků, dochází nejčastěji k celkovým i lokálním muskuloskeletálním poruchám. Ty jsou typické převážně v oblasti páteře, ramen a horních končetin. Souvisejí nejvíce s opakovanými, prudkými, nepřirozenými pohyby, s prací v rychlém tempu, dlouhým sezením nebo stáním ve stejné poloze (EU-OSHA, 2019).

Stres a psychosociální rizika

Psychosociální rizika a stres při práci patří k nejnáročnější oblasti z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Mají významný dopad na lidské zdraví a mohou mít nepříznivé psychické, tělesné a sociální následky. Stres má negativní účinky i na celou organizaci. Zvyšuje míru pracovní neschopnosti, počet úrazů a zranění (EU-OSHA, 2019). Elmi et al. (2017) zdůrazňuje, že psychologické zdraví zaměstnanců je určujícím faktorem, které podporuje kvalitní a efektivní poskytování zdravotní péče.

Samotná oblast zdravotnictví je kvůli nedostatku sester, pracovnímu tlaku, nedostatečným finančním ohodnocením, považována za primární zdroj stresu, který může vést psychickému napětí a depresi (Elmi et al., 2017). Sestry zažívají stres, pokud jsou nároky jejich profese větší, než dokážou zvládat (EU-OSHA, 2019). Mezi závažné problémy související se stresem, můžeme uvést syndrom vyhoření, depresi, psychosomatická onemocnění, jako je např. hypertenze, vředová choroba (Nakládalová, 2013).

Dlouhodobé vystavení stresu, nepřetržitému a intenzivnímu kontaktu s pacienty, traumatickým zážitkům spojeným s ošetřovatelskou profesí, může významně přispět k rozvoji nespokojenosti a syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření, tzv. „burnout“ syndrom, je termín používaný k popisu negativních chování a postojů pracovníků k práci v reakci na pracovní napětí s pocity frustrace, bezmocnosti a neschopnosti plnit pracovní cíle. Syndrom vyhoření má nejen negativní dopad na zdravotní sestry (mohou nastat fyzické, psychické, sociální, emocionální a intelektuální změny) a spokojenost s prací, ale může mít vliv na vysokou míru fluktuace sester a ochotu zůstat v profesi. Následkem pak může být ovlivnění kvality poskytované péče pacientům (Zhang et al., 2018). Pracovní stres a syndrom vyhoření jsou hlavními faktory ovlivňujícími kvalitu života sester a úzce souvisí s jejich tělesnou a duševní pohodou. Když se pracovní stres stává nadměrným, sestry nejsou schopny adekvátně zvládnout požadavky, které se na ně kladou (Qin et al., 2016).

Rizikem syndromu vyhoření u sester se zabývala studie Burston et al. (2010). Studie byla realizována v 450lůžkovém zdravotnickém zařízení v USA. Většina účastníků pracovala na chirurgických jednotkách a vzorek tvořily převážně registrované sestry (97,6 %), ženy (88,3 %), v partnerských vztazích (62,3 %). 92 % sester pracovalo na plný úvazek. Významné procento mělo jiné zaměstnání (34,4 %). Více než polovina sester (51,7 %) uvedla expozici smrti pacienta nejméně jednou měsíčně, 22 % respondentů jednou týdně a 7,4 % uvedlo tuto expozici při každé směně. V této studii bylo zajímavé zjistit, že riziko syndromu vyhoření bylo u těchto sester vyšší, ve srovnání s původní studií prevalence syndromu vyhoření u hospicové sestry. Důvodů většího rizika syndromu vyhoření mohlo

být několik. Jedním z nich je to, že poloha nemocnice je situována do oblasti nadměrného podílu populace pacientů s nedostatečnou péčí (včetně osob se závislostí, duševními chorobami a bezdomovectvím) a je jediným velkým zdravotnickým zařízením v kraji. Studie dále uvádí, že syndrom vyhoření může více ohrozit mladší sestry než sestry starší. Může to být dáno skutečností, že starší sestry jsou více schopné zvládat stres spojený s častým vystavením traumatu a smrti. Studie zdůraznila roli vedoucích pracovníků, kteří by měli poskytnout intervence pro sestry ke zmírnění stresu. Sestry uváděly tyto pozitivní motivační faktory: využití znalostí a dovedností, respektování, kolegiální vztahy na pracovišti, chvála, seberealizace prostřednictvím kvalitní ošetřovatelské péče, smysluplnost práce a spokojení pacienti, příležitosti pro sociální kontakt s kolegy při práci i mimo ni (Burston et al., 2010).

Pracovní stres u čínských sester zkoumali ve své studii Qin et al. (2016). Studie zjistila, že sestry na jednotkách intenzivní péče, měly nejvyšší celkové hodnocení stresu. Analýza prokázala, že faktor „pracovní prostředí“ a „mezilidské vztahy“, jsou dva nejdůležitější pracovní stresory. Nejzajímavějším zjištěním bylo to, že položka „práce na směny“, přinesla nejvyšší stresové skóre. Následovalo (řazeno sestupně): velké pracovní zatížení, nízká mzda, strach z chyb při výkonu své profese, nedostatek příležitostí k propagaci a studiu, nízké sociální postavení, nedostatek personálu, příliš velká administrativní zátěž (Qin et al., 2016).

Vztah mezi syndromem vyhoření sestry na jedné straně a uspokojením z práce na straně druhé, byl zkoumán ve studii McHugh et al. (2011). Studie vycházela z údajů o zkušenostech a spokojenosti pacientů. Analýza dat zahrnovala více než 95 000 registrovaných sester z Kalifornie, Pensylvánie, New Jersey a Floridy. Studie získala informace od pacientů v nemocnicích přibližně ve stejnou dobu, v jaké byly hodnoceny pracovní podmínky sester (McHugh et al., 2011). Přibližně polovina zaměstnaných sester (51 %), zajišťující přímou péči o pacienty v nemocnicích a domovech s pečovatelskou službou, vyjádřila nespokojenost se svojí prací a nahlásila pocit vyhoření. Zajímavé bylo zjištění, že u sester poskytujících přímou péči v nemocnicích (36 %) a v domovech s pečovatelskou službou (47 %), pracovní vytížení způsobilo, že přehlídly a nenahlásily důležité změny zdravotního stavu u svých pacientů, ve srovnání s pouhými 21% sester z jiných zařízení bez přímé péče o pacienty. Procento pacientů, kteří by doporučili nemocnici přátelům nebo rodině, se snížilo zhruba o 2 % na každých 10 % sester, nespokojených se svým pracovním prostředím a personálním obsazením. Závěrem tedy je, že vysoká míra vyhoření a nespokojenost s prací u nemocničních sester, byla spojena s nižší spokojeností pacientů, což může signalizovat problémy s kvalitou péče. Paradoxně nejspokojenější a nejméně vyhořelé sestry byly ty, které nezajišťovaly přímou péči o pacienty. Dalšími faktory, které jsou významně spojeny se syndromem vyhoření a uspokojením z práce, je kvalita poskytované péče, podpora od vedoucích sester, schopnost managementu na nápravu problémů v péči o pacienta identifikovaných sestrami, spokojenost sester se zaměstnaneckými výhodami, včetně platu a vztahy lékař-sestra (McHugh et al., 2011).

Nejen syndromem vyhoření, ale i soucitem sester s pacienty, se zabývala studie Jakimowicz et al. (2018). Soucit je identifikován jako faktor ukazatele kvality péče, jedná se o tzv. pozitivní aspekt péče. Soucit je popisován jako emotivní reakce nebo pocit, který sestry zažívají, když jsou svědky utrpení pacienta a vyvolává touhu zmírnit pacientovo utrpení. Když sestry nejsou schopny soucit prožívat z jakéhokoli důvodu, může nastat syndrom vyhoření (Jakimowicz et al., 2018). Účastníci studie byli ze dvou zdravotnických zařízení, z oddělení jednotek intenzivní péče pro dospělé v Austrálii. Studie prokázala, že 30 % sester bylo ohroženo syndromem vyhoření z důvodu

traumatických a vysoce stresových situací na pracovišti intenzivní péče. Zajímavé bylo zjištění, že méně vzdělané sestry byly více ohroženy úzkostí a negativními náladami. Sestry s více zkušenostmi a delší dobou praxe, měly vyšší úroveň spokojenosti (Jakimowicz et al., 2018). Také přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že stres a emocionální vyčerpání patří mezi faktory negativně spojené s uspokojením z práce sester intenzivní péče.

Souvislost mezi nadměrným psychickým vypětím a nespokojeností sester, prokazuje i studie Carter et al. (2012), který testoval model osmi tematických determinant. Cílem bylo zjistit, zda sestry chtějí zůstat ve své profesi. Studie probíhala dotazníkovou formou mezi zaměstnanci v National Health Service v Anglii, v období od září do prosince 2009, a zahrnovala 16 707 sester ze 167 zdravotnických organizací. Nejsilnější záměr sester odejít z pracoviště byl tam, kde sestry uváděly vysokou míru psychického vypětí na svém pracovišti, nebo kde pociťují stres v práci, zažily násilí, šikanování nebo obtěžování a konflikty (Carter et al., 2012).

Velkým demotivačním faktorem sester je, dle studie Atakro (2017), nadměrná pracovní zátěž a vykonávání úkonů nad rámec popisu práce. Sestry se ve studii shodují v tom, že často vykonávají nejen ošetřovatelskou práci, ale i práci lékařů, což je pro mnohé velmi frustrující. Nedostatek lékařů, kteří často během noční služby nejsou vůbec přítomni, omezuje sestry v dostatečném plnění svých ošetřovatelských povinností (Atakro, 2017).

Popsat zkušenosti sester v intenzivní péči se zvládáním úzkosti a stresu, se zabývala studie Forozeiya et al. (2019). Úzkost je pro sestry problematická, protože je spojena s negativními emocemi, jako je hněv, smutek, frustrace a vina. Sestry, které zažívají takovou úzkost a s ní spojené negativní důsledky, mohou za určitých okolností opustit své povolání (Forozeiya et al., 2019). Se sestrami, pracujících na jednotkách intenzivní péče (JIP) v Ontariu, byly vedeny polostrukturované rozhovory. Jednotky intenzivní péče poskytují vysoce specializovanou péči, využívají pokročilé technologie k uspokojení potřeb kriticky nemocných pacientů a jsou často vystaveny klinickému kontextu, který je prostoupen etickými problémy. Lékaři těchto jednotek, včetně sester, zasahují do život udržujících terapií, jako je umělá plicní ventilace, pokročilá kardiovaskulární podpora a eliminační techniky. Vzhledem k závažnosti nemoci pacientů, nemusí být přání a preference pacientů zdravotnickému týmu odhaleny. Místo toho musí zdravotnický tým vydat vlastní osobní přesvědčení o tom, zda má být tato léčba pozastavena, zcela ukončena, nebo má pokračovat. Sestry, které ošetřují tyto pacienty, a jejich zdravotní stav se nezlepšuje, mohou tyto terapie vnímat jako nepřiměřené utrpení prodlužující proces umírání a mohou být zdrojem úzkostí. Některé sestry pociťovaly úzkost, když cíle péče o pacienty nebyly stanoveny nebo přehodnocovány, v souladu se zhoršujícím se zdravotním stavem pacientů, čímž se prodlužovalo utrpení pacientů. Také práce s lékaři a rodinami pacientů, postavila sestry do situací, kdy pociťovaly dualitu a zažívaly vnitřní konflikt. Byly to situace, kdy lékaři neposkytli relevantní informace pacientům, jejich rodinám, nebo si nepředávali tyto informace mezi službami. Sestry také udávaly pocit zadržování informací lékaři (Forozeiya et al., 2019). Nejvíce emocionálních (stres, frustrace, úzkost), tělesných (nespavost a vyčerpání) a sociálních důsledků (odcizení od rodin a přátel), popsaly sestry s méně než tříletými zkušenostmi na jednotkách intenzivní péče (Forozeiya et al., 2019). Sestry zdůraznily, že nejužitečnější pro ně bylo vyhledat podporu těch, kteří mají kontextové porozumění prostředí jednotky intenzivní péče. Poznamenaly, že se často cítili neschopní diskutovat o zoufalých situacích s lidmi, kteří nepracovali na JIP. Vztahy se zkušenějšími kolegy, sdílení zkušenosti v prostředí JIP,

jako je čtení blogů nebo příspěvků sester, napomohly těmto sestrám vypořádat se a vyrovnat s úzkostí (Forozeiya et al., 2019).

Výsledky studie AACN o pracovním prostředí sester v intenzivní péči z roku 2018 prokázaly, že přibližně dvě třetiny účastníků (68 %) souhlasí s tím, že si organizace váží zdraví sester a jejich bezpečnosti. Verbální a fyzické napadení, sexuální obtěžování a diskriminace byly hlášeny sestrami jako časté události (80 % uvedlo, že alespoň jednou zažilo verbální napadení, 46 % nahlásilo diskriminaci, 40 % nahlásilo sexuální obtěžování). Nejčastěji uváděným zdrojem napadení byli pacienti a jejich rodiny. Pouze 58 % účastníků, kteří zažili uvedený způsob napadení, ohlásilo incident svému nadřízenému. Mezi těmi, kdo ohlásili incident, 55 % sester uvedlo, že došlo k nějaké diskusi, ale nic se neudělalo, anebo nedošlo k žádným následným opatřením. 30 % sester uvedlo, že problém byl uspokojivě vyřešen. Překvapivé je však zjištění, že u 4 % respondentů bylo za tento incident obviňováno (Ulrich et al., 2019).

2.2.3.2.7. Řízení pracovního výkonu, charakteristiky manažera, kvalita vedení

Řízení pracovního výkonu má nepochybně velký vliv na pracovní motivaci sester. Obvykle se do řízení pracovního výkonu zahrnuje jeho hodnocení, nicméně je vhodné zařadit také odměňování. Odměňování je formou zpětné vazby k výkonu a má velkou stimulační roli. Pracovní výkon lze také řídit vzděláváním a stylem vedení. Velkou roli má správně zvolená komunikace na pracovišti (Botek, 2018).

Komunikace na pracovišti

Intenzivní medicína je výsledkem úzké spolupráce mezi lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem. Mezi nimi musí být organizován efektivní proces komunikace. Úkoly a odpovědnosti musí být jasně definovány (Valentin et al., 2011).

Velkým problémem na mnoha pracovištích, je neznalost správné formy a stylu komunikace se svými podřízenými a kolegy. Důležitou roli hraje i neverbální komunikace. Mezi její složky patří: mimika (př. úsměv), kinezika (př. pohyby rukou-gestika, popocházení), proxemika (vzdálenost mezi lidmi), posturologie (postoj, který komunikující zaujímá při konfrontaci), haptika (př. doteky). Soulad verbální a neverbální složky komunikace při sdělování má taktéž důležitý význam. Verbální a neverbální komunikace je ve vzájemném vztahu. V komunikaci nastat komunikační bariéry. Mnoho komunikačních nedorozumění může odstranit aktivní naslouchání. Velmi zkráceně můžeme shrnout, že vedoucí pracovník by měl ovládat rezonanci (občas opakovat slova po mluvčím), reflexi (zopakování slov mluvčího vlastními slovy) a resumé, tedy shrnutí celé promluvy (Botek, 2018).

Hodnocení pracovního výkonu

Hodnocení pracovního výkonu patří mezi základní manažerské činnosti a je hlavním nástrojem pro řízení pracovního výkonu. Poskytuje zpětnou vazbu a ovlivňuje spokojenost zaměstnanců, přičemž nezáleží pouze na obsahu zpětné vazby, ale také na tom, jak je podaná a zda hodnocení bylo objektivní a relevantní. Řízení pracovníků v dnešní podobě, však klade důraz na přesně definované úkoly a hodnocení minulosti. Výhodnější je orientace na budoucnost (Botek, 2018).

Hodnocení by mělo probíhat dle předem známých kritérií, mělo by být objektivní a nikdy by se neměla hodnotit osobnost pracovníka, vždy jen výkon. Hlavní zásadou je, aby se hodnotil skutečný výkon, nikoliv pouze míra sympatie s pracovníkem, délka jeho působení na pracovišti, zaujatostí, ovlivněním informacemi z doslechu a porovnáváním s hodnotitelem. Mělo by se zohlednit i to, zda se výkonu pozitivně či negativně nepodílely i faktory, které hodnocený vlastní aktivitou nemohl ovlivnit (Botek, 2018).

Rozlišujeme formální a neformální hodnocení.

Neformální hodnocení má velmi úzkou vazbu na konkrétní výkon a může se jednat o pochvalu, výtku, komentáře. Podává se obvykle ústně, neeviduje se a jeho podoba závisí na zvyklostech pracoviště a na empatii (Botek, 2018).

Formální hodnocení se vztahuje k delšímu časovému úseku a mělo by probíhat na základě dlouhodobě známých a stabilních kritérií. Pro formální hodnocení se dle Tomšíka et al. (2013), používají obecně čtyři kategorie kritérií. Mezi ně patří pracovní výsledky (kvalita práce), pracovní chování (vlastní iniciativa, dochvilnost, spolehlivost), sociální chování (spolupráce s ostatními, vztah k pacientům), schopnosti a vlastnosti (samostatnost, kreativita, dovednosti, vlastní vzdělání).

Styly vedení

Míra, do jaké nadřízený pracovník akceptuje podíl svých podřízených na rozhodování, ovlivňuje styl řízení. Velmi zkráceně rozčleníme základní styly vedení:

- autokratický - založený na funkční pravomoci, nařizovací styl, vedoucí rozhoduje sám,
- demokratický - založený na spolupráci vedoucího a spolupracovníků, vedoucí rozhoduje sám na základě konzultací s podřízenými nebo rozhodují společně,
- volný styl - vedoucí ponechává spolupracovníkům volnost v rozhodování, spoléhá na to, že vědí, co a jak mají dělat (Botek, 2018, str. 115).

Bednařík (2008), rozlišuje dle schopností a ochoty zaměstnanců plnit úkoly, tyto styly vedení:

- delegační - podřízení umějí a chtějí, nejlepší manažerskou metodou je delegování,
- participační - podřízení umějí a nechtějí, manažerskou metodou je motivace,
- transakční - neumějí a chtějí, manažerskou metodou je koučink,
- příkazový - neumějí a nechtějí, metodou je příkaz.

Existuje mnoho dalších stylů vedení. Z některých zdrojů by se mohlo zdát, že dle typů pracovníků, jejich postojů a schopností, si stačí vedoucímu pracovníkovi vybrat vhodný styl vedení. Ve skutečnosti každý jedinec inklinuje k určitému stylu řešení či stylu komunikace (Botek, 2018). Při řízení lidí je potřeba střídat a využívat všechny styly vedení. Nesprávně použitý styl vedení může výrazně demotivovat podřízené (Hekelová, 2012).

Vedoucí pracovníci dělají často tyto chyby:

- za samozřejmosti nechválí - chválí pouze za vyjímečné výkony, přičemž nevhodné je i plýtvání pochvalami,

- obávají se kvalitních zaměstnanců - jejich výkony zlehčují, nevyužívají jejich potenciál, čímž mohou paradoxně přijít o své vedoucí místo,
- obávají se postavit za své zaměstnance - bývá často u málo sebevědomých vedoucích pracovníků, kteří dokonce někdy svalují na své podřízené i vlastní chyby, aby své postavení neohrozili,
- neumí kritizovat - souvisí s nedostatkem pochval, pokud vedoucí pracovník bere 100% výkon jako normální, ale upozorní na každou chybu, snižuje to spokojenost zaměstnanců,
- nerovnoměrně uzavírají přátelství s podřízenými - s některými kolegy si tykají, s některými mají formální nebo špatné vztahy (Botek, 2018).

Specifika řízení v oblasti zdravotnictví

Oblast zdravotnictví má svá specifika. Sesterskou péči koordinuje vrchní sestra v rámci oddělení (Nalos, 2016). Vrchní sestra je zodpovědná za fungování a kvalitu ošetřovatelské péče. Měla by mít rozsáhlé zkušenosti s ošetřovatelstvím v intenzivní péči, spolupracovat s primářem oddělení, společně pak zajišťovat politiku na podporu týmu. Vrchní sestra by měla zajišťovat další vzdělávání ošetřovatelského personálu. V době její nepřítomnosti by měla mít určeného svého zástupce schopným ji nahradit (Valentin et al., 2011). Za koordinaci ošetřovatelské péče na jednotlivých pracovištích je zodpovědná staniční sestra. V případě nepřítomnosti staniční sestry, přejímá pravomoc vedoucí směny (Nalos, 2016).

Sestra ve vedoucí pozici by měla být vysoce odborně zdatná, měla by se vzdělávat nejen ve svém oboru, ale také získávat nové informace v rámci celého zdravotnického systému. Podřízeným sestrám by měla jít příkladem, měla by být ochotná naslouchat a diskutovat o změnách na oddělení. Měla by mít rámcově jasno, jak bude případná změna probíhat, jakou roli v ní budou podřízení mít, co udělá ona sama. Obavy z realizace změny by se tímto proaktivním přístupem, měly minimalizovat a posílit postavení vedoucí sestry v kolektivu. Vedoucí sestra by měla mít neformální autoritu a podřízení by ji měli respektovat. Vedoucí sestra by měla v ideálním případě předcházet problémům a chybným výkonům podřízených správně zvolenou kontrolou. Měla by mít dostatek informací o strategii zdravotnického zařízení, kde pracuje a sdílet je se svými podřízenými (Hekelová, 2012). Vedoucí sestry musí mít schopnost ovlivňovat ošetřovatelský personál, propagovat myšlenky a činnosti, které povedou k pozitivním výsledkům pacientů a tím k dosažení cílů organizace (Germain et al., 2010).

Styl řízení vedoucích pracovníků je, dle systematického přehledu Willis-Shattuck et al. (2008), důležitým motivačním faktorem. Studie soustavně poskytovaly názory sester, které uvedly, že manažerské a vedoucí dovednosti svého nadřízeného byly nedostatečné, což vedlo k jejich demotivaci (Willis-Shattuck et al., 2008). Manažerské role jsou často přiděleny zaměstnancům, kteří nejsou dostatečně vyškoleni. Je důležité poznamenat, že téměř 60 % vedoucích sester ve studii Morsiani et al., (2016), nemělo vysokoškolské vzdělání, přijalo staré manažerské teorie založené na modelech organizace práce, standardních postupů a předpisů. Kvalifikovaní manažeři však mají schopnost motivovat své zaměstnance, i když zdravotnické zařízení nedisponuje dostatkem zdrojů pro poskytování kvalitní péče (Willis-Shattuck et al., 2008). Ulrich et al. (2019) uvádí, že sestry by úmysl odejít z pracoviště zvažovali, pokud by došlo k lepšímu a efektivnímu vedení týmu (39 %).

Jak sestry vnímají dopad stylu vedení vedoucích pracovníků na jejich spokojenost s prací, se zabývala studie smíšené metody Morsiani et al. (2016). Cílem studie bylo určit, jaké chování by měli vedoucí pracovníci sester změnit. Všechny sestry se shodli, že profesní uznání nejvíce korelovalo s jejich spokojeností. Navíc všechny prohlásily, že se cítí nedostatečně oceňovány a uznávány jako profesionálky. Profesní uznání znamená ocenění, uznání práce sester, účast na rozhodovacím procesu, ale také nevinit, nekritizovat nebo neponižovat (Morsiani et al., 2016).

Uznání a ocenění od vedoucích pracovníků a kolegů je také v systematickém přehledu Willis - Shattuck et al. (2008), klíčovým tématem. V některých publikacích bylo uznání zaměstnavatelem uvedeno jako jeden z nejdůležitějších motivačních faktorů pro sestry. Sestry rovněž uvedly, že byly povzbuzeny výsledky své práce, cítily se užitečné při péči o pacienty. Některé studie dokonce uvádějí, že potřeba cítit se oceňován a podporován byla mnohem větší, než dostatečné vybavení na pracovišti (Willis-Shattuck et al., 2008). Ulrich et al. (2019) uvádí, že sestry (39 %) by úmysl odejít z pracoviště zvažovaly, pokud by byly uznávány. Ochota vedoucích pracovníků zastat se podřízených, respektovat je a ocenit výsledky práce, je důležitým motivačním faktorem (Buriánek et al., 2009).

Rozsah ošetřovatelské profese může vyvolat konflikty ze strany lékařů, ale i z jiných profesí a týmu. Sestry na některých pracovištích a organizacích, mají podřízené role a jsou stále považovány za někoho, kdo provádí pouze rozkazy. Obhajoba sester, naslouchání a podpora vedoucí sestrou, však výrazně přispívá k jejich spokojenosti (Morsiani et al., 2016). Významným demotivačním faktorem je v systematickém přehledu Bajloon et al. (2018) nepodporující vedení. Kromě toho byl správný styl řízení zjištěn jako faktor, který může motivovat celkem 14 % sester k práci v nemocnici. Některé studie dokonce odhalily, že dobrý management byl nejdůležitějším motivátorem sester, následovala podpora sester a spravedlnost ze strany vedoucích pracovníků (Bajloon et al., 2018).

Sestry dále nejvíce ocenily u vedoucích pracovníků projevení úcty, spravedlnosti a rovnosti, vůči všem sestrám, a to bez vyjadřování osobních preferencí. Pokud jde o dodržování pravidel, měli by vedoucí pracovníci zaujmout nestranné chování a podniknout nezbytná disciplinární opatření při jejich porušení (Morsiani et al., 2016). Spravedlivý a nestranný přístup ke všem sestrám je významným motivačním faktorem i v publikaci Bajloon et al. (2018).

Sestry dále očekávají, že budou mít určitou podporu od vedoucích pracovníků, když se zvyšuje pracovní zátěž. Být přítomen na oddělení, vyjadřovat podporu a být ochoten pomoci, posiluje pozici vedoucích pracovníků (Morsiani et al., 2016).

Naslouchání a porozumění potřebám sester, např. při plánování směn, je dalším motivačním faktorem. Sestry pociťují potřebu profesionálního rozvoje, změny a zdokonalování své každodenní praxe. Vedoucí sestry by měly vytvořit prostor pro činnosti, které mohou pomoci sestrám rozvíjet své schopnosti na základě potenciálu každé z nich, poskytovat zpětnou vazbu bez obviňování a pomoci poučit se z chyb (Morsiani et al., 2016).

Mnoho studií zkoumalo vliv vedení na produktivitu, výsledky a spokojenost sester. Ke zvýšení efektivity práce a spokojenosti sester, musí mít vedoucí pracovníci stanoveny jasné hlavní zásady. Ty spočívají v získání respektu, úcty sester, ze stanovení jasných cílů, znalostí vizí a hodnot organizace, jejich sdílení se sestrami, hledání lepších způsobů při poskytování péče, riskování svého

postavení pro prospěch sester. Vedoucí zaměstnanci by měli mít vysoké, ale přiměřené a reálné očekávání od svých podřízených, spravedlivě je odměňovat za jejich pracovní výkon a také jít pro ně vlastním příkladem (Burston et al., 2010). Pozitivní prostředí na pracovišti, podpora vedoucími pracovníky, jsou důležitými motivačními strategiemi, které by měli zvážit všichni vedoucí pracovníci. Zdravotnické organizace vyzívají, aby zdravotnická zařízení posílila vedení a další pozitivní manažerské postupy. Cílem je podpořit motivaci a vysokou kvalitu péče o zaměstnance ve zdravotnictví (Bajloon et al., 2018). ANCC (2019) upozorňuje, že vedoucí pracovníci v každodenním provozu, by měli poskytovat kvalitní vedení a podporu personálu, efektivní komunikaci a respektující vztah.

Ačkoliv byla prokázána souvislost mezi stylem řízení a spokojeností sester, studie Carter et al. (2012) zjistila slabý vztah mezi záměrem sestry odejít z pracoviště a stylem řízení vedoucích pracovníků. Přestože vedení je důležité pro organizační výsledky, také ve studii Tourangeau et al., (2010) nebyl u sester zjištěn žádný dopad stylu vedení na spokojenost s prací, ani na záměr sester odejít. Je možné, že vedení a vztahy s vedoucími pracovníky, ovlivňují tyto výsledky nepřímo prostřednictvím dalších důležitých a neměřených proměnných, jako je např. poskytování odpovídajících zdrojů (Tourangeau et al., 2010).

Vedoucí pracovníci se ze své pozice významně podílí na zaškolování nových sester. Kvalita adaptačního procesu je významným faktorem, který ovlivňuje spokojenost sester. V rámci adaptačního procesu dochází u nových zaměstnanců k získávání a prohlubování znalostí, dovedností a postojů. Vedoucí zaměstnanec má v této oblasti významnou roli při utváření vhodných podmínek pro to, aby docházelo k efektivnímu vzdělávání a rozvoji nových pracovníků (Zítková et al., 2015). Mellanová (2017) upozorňuje na skutečnost, že již v počátcích pracovní činnosti sester se rozhoduje o tom, zda se vykonávaná profese stane celoživotním posláním nebo zda sestra bude hledat uplatnění v jiném oboru.

2.2.3.2.8. Vzdělávání, kariérní rozvoj, profesní příprava sester, možnost učení

Školení a vzdělávání sester je faktorem, který zvyšuje vnitřní a vnější pracovní motivaci (Alhakami et al., 2018). Průběžné vzdělávání je potřebné stejně jako hodnocení a odměňování. Vedoucí pracovník by měl identifikovat potřeby vzdělávání zaměstnanců. Vzdělávání by mělo být individualizované a zaměstnanec by měl být motivován k tomu vzdělávat se (Botek, 2018). Metodami vzdělávání na pracovišti jsou dle Koubka (2015) mentoring, pověření úkolem, pracovní porady, semináře, přednášky, e-learning.

Dle zákoníku práce by měl zaměstnavatel vytvářet příznivé podmínky pro zvyšování odborné úrovně svých zaměstnanců. Pokud studium zaměstnance přímo souvisí s potřebami zaměstnavatele, mohou spolu uzavřít tzv. kvalifikační dohodu. Podle ní má zaměstnanec právo na pracovní volno dle stanovených podmínek v době zkoušky, přípravu a vypracování závěrečné zkoušky apod. Volno je poskytováno s náhradou mzdy. Zaměstnavatel na základě této dohody pak může od zaměstnance požadovat setrvání na pracovišti po dobu nejvýše 5 let po skončení studia (Česko, zákon č. 262/2006 Sb.).

Většina sester udává, že významným motivem k výkonu profese, je učení se novým dovednostem. Pestrost práce jim umožňuje cítit se sebevědoměji (Atakro, 2017). Možnosti vzdělávání, odborné

přípravy a expozice vhodným vzdělávacím programům, mají pro sestry silné motivační účinky. Pravidelná školení umožňují sestrám přijímat náročnější povinnosti, lépe se vypořádat s požadavky jejich profese a dosahovat osobních cílů profesního postupu. Bylo zjištěno, že možnost vzdělávání je zvláště důležité pro mladé a nové sestry (Willis-Shattuck et al., 2008). Sestry byly navíc více motivovány příležitostmi učit se novým poznatkům, podstupováním školením a sdílením svých znalostí s lékaři (Toode et al., 2010).

Některé studie uvádějí, že profesní rozvoj má nejvyšší schopnost motivovat sestry v práci, protože zvyšuje sebevědomí, sebeúctu, příležitost k povýšení a rozvíjení. Studie mezi sestrami, které pracují v estonských nemocnicích, uvedla, že ty sestry, které v předchozích 12 měsících absolvovaly alespoň 8 dní účinného vzdělávání v oblasti své profese, měly vyšší pracovní motivaci. Motivace však byla nižší u těch sester, které absolvovaly školení irelevantní pro jejich profesi, nebo u těch, které nemají možnost vykonávat své naučené dovednosti (Bajloon et al., 2018). To potvrzuje i Alhakami et al. (2018). Studie uvádí, že výrazným motivačním faktorem je příležitost učit se nové věci a maximální použití vlastních dovedností na maximum.

Studie Carter et al. (2012) prokázala, že důležitým motivačním faktorem je kariérní postup sester. To potvrzuje i systematický přehled Willis-Shattuck et al. (2008), ve kterém se sestry zdráhaly pracovat ve venkovských oblastech, protože příležitosti k profesnímu rozvoji byly obvykle menší než v městských oblastech.

Nezbytně nutné je na tomto místě poukázat na důležitost úrovně vzdělání sesterna poskytovanou péči. Estabrooks et al. (2005) upozorňuje na souvislost mezi vzděláváním sestry a úmrtností pacientů. Průřezová analýza údajů u 18 142 pacientů propuštěných ze 49 nemocnic akutního zaměření v Kanadě ukazuje, že úmrtnost těchto pacientů byla ovlivněna komorbidními faktory a věkem pacientů (44,2 %), institucionálními charakteristikami a ošetřovatelskými charakteristikami v nemocnici (36,9 %). Mezi ošetřovatelské charakteristiky, které nejvíce snižují úmrtnost pacientů ve zdravotnickém zařízení, patří dle této analýzy, vyšší úroveň vzdělání sestry (Estabrooks et al., 2005).

2.2.3.2.9. Autonomie

Sestry jsou nezbytnými členy zdravotnického týmu a jsou považovány za nedílnou součást zdravotnické organizace při poskytování péče o pacienty. Autonomie je schopnost sestry posuzovat a poskytovat ošetřovatelské činnosti vhodné pro péči o pacienta na základě svých kompetencí. Od autonomní ošetřovatelské péče se očekává, že sestra bude pracovat samostatně a v souladu s profesními standardy, bude mít nezávislý úsudek v kontextu interdisciplinárních a multidisciplinárních přístupů k péči o pacienty (ANCC, 2019).

Autonomie významně souvisí s vnímáním dovedností, znalostí a schopností sester, které pak mohou pociťovat zvýšení sebeúcty. Efektivní výsledky v ošetřovatelství a s nimi související pozitivní výsledky pacienta, souvisí se schopnostmi sester rozhodovat se samostatně, na základě svých klinických dovedností, schopností kritického myšlení. Když jim bude důvěřováno, mohou mít pocit, že jsou váženým členem zdravotnického týmu (Germain et al., 2010).

V několika studiích bylo zjištěno, že autonomie sester souvisí s vyšší úrovní pracovní motivace (Baljoon et al., 2018). Přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že autonomie

patří mezi prediktory, které významně pozitivně souvisí s uspokojením z práce sester pracujících na JIP. Cílem systematického přezkumu Germain et al. (2010), bylo shromáždit důkazy o vztahu mezi motivací k pracovnímu výkonu sester a vlivem vedoucích pracovníků. Tato studie naznačuje, že když vedoucí sestra důvěřuje ve schopnosti sester vykonávat práci na vysoké úrovni, cítí se tyto sestry organizaci důležité. Může to být způsobeno tím, že mají svobodnou volbu rozhodování a nebojí se navrhovat změny. Proto podpora autonomie prospívá nejen sestrám, ale také organizaci, v níž jsou zaměstnané. Sestry jsou pak schopny poskytovat kvalitnější péči (Germain et al., 2010).

Vysoká míra autonomie, jako jeden z nejdůležitějších motivačních faktorů, je ve studiích v popředí zejména s ohledem na určitou volnost v rozhodování. Pozitivní vztah mezi pracovní samostatností a vlastní motivací, byl prokázán převážně v náročných pracovních situacích, kdy jsou kladeny na sestru vysoké požadavky. Typickým příkladem jsou jednotky intenzivní péče (Toode et al., 2010).

Autonomie, různorodost ošetřovatelských úkolů a specifické činnosti, které kombinují řadu různých dovedností, zvyšuje pracovní motivaci sester za předpokladu, že jsou zvládnutelné. Vysoký stupeň dovedností může mít také negativní dopad na pracovní motivaci sester. Míra pracovní zátěže hodně závisí na pracovních požadavcích sester. Motivující je však taková, kde dochází k rozšíření a obohacení výkonu profese (Toode et al., 2010). Sestry ze studie Buriánka et al. (2009) uváděly vysoký podíl vykonávané nekvalifikované práce a činností, přesahující rámec kvalifikace, což na sestry působilo demotivačně.

Podpora autonomie, důvěra v zaměstnance, využití znalostí a dovedností sestry, účast sester na rozhodování, může tedy být významným motivačním faktorem (Germain et al., 2010, Baljoon et al., 2018).

2.2.3.2.10. Vhodné personální zabezpečení

Příslušné personální obsazení významně souvisí se všemi složkami pracovního prostředí. Zejména však s uspokojením z práce, úmyslem neopustit současnou pozici, s respektem k sestrám ze strany vedoucích sester. Organizace dostatečným personálním obsazením oceňuje zdraví a bezpečnost sester, zajišťuje kvalitu péče o pacienty (Ulrich et al., 2019).

Přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že personální zabezpečení na pracovišti patří mezi prediktory, které významně pozitivně souvisí s uspokojením z práce sester na JIP. Náležité personální obsazení je však v současnosti nadále hlavním problémem. Průzkum AACN smíšenou metodou prokázal, že pouze 39 % registrovaných sester má správný počet sester se správnými znalostmi a dovednostmi (Ulrich et al., 2019). Ulrich et al. (2019) uvádí, že sestry by úmysl odejít z pracoviště zvažovaly, pokud by došlo k lepšímu personálnímu obsazení (50 %). Také sestry v ČR považují nedostatek personálu, a to včetně nižšího a pomocného, za velký problém (MZČR, 2019).

Rostoucí počet důkazů tedy naznačuje, že jedním ze způsobů, jak zlepšit kvalitu poskytované péče, je zvýšit počet sester. Ekonomické náklady na zvyšování počtu zaměstnanců nejsou zanedbatelné, měly by však vést do jisté míry ke snížení ekonomických výdajů spojenými se snižováním komplikací u pacientů. Analýza ze 799 nemocnic v jedenácti státech ze Spojených států amerických (USA), prokázala přímou souvislost mezi navýšením počtu personálu a snížením ekonomických nákladů. Péče sestry o více než jednoho pacienta na jednotkách intenzivní péče vyššího typu, je spojena

s 30 - 50% rizikem delší hospitalizace pacientů. Zvýšený počet zaměstnanců na všech úrovních zdravotnické péče, snižuje riziko úmrtí o 60-80 %, snižuje počet hospitalizačních dní pacientů a nežádoucí události. Zdravotní péče poskytovaná sestrami bez přesčasových hodin, byla taktéž spojena se snížením nákladů zdravotnické instituce (Needlemann et al., 2006).

Přímou souvislost mezi počtem sester na pracovišti, jejich vzděláním a úmrtností pacientů, prokázaly studie z projektu RN4CAST. Získávání přesného počtu sester pracujících v nemocnicích na počet pacientů, je z administrativních databází obtížně dohledatelné. Proto studie RN4CAST získávala informace a upřesnění počtu sester na pacienta z dotazníkového šetření. Každá sestra byla požádána, aby podala zprávu o počtu sester a pacientů přítomných na pracovišti a o počtu pacientů, o které se starala během poslední směny (Sermeus et al., 2011). Sermeus et al. (2011) zdůrazňuje, že větší počet sester na počet pacientů, vytváří přímou spojitost s vyšší úrovní spokojenosti pacientů (RN4CAST, 2019).

Také Aiken et al. (2014) posuzuje v rámci projektu RN4CAST nemocniční úmrtnost po běžných chirurgických výkonech u sester z devíti zemí. Analyzuje souvislosti v poměru mezi pacientem a sestrou a kvalifikačním vzděláním sester. Zvýšení pracovní zátěže sester jedním pacientem zvýšilo pravděpodobnost úmrtí v nemocnici do 30dnů od přijetí o 7 %. Sestry s bakalářským titulem byly spojeny s poklesem této pravděpodobnosti o 7 %. Pacienti v nemocnicích, ve kterých mělo 60 % sester bakalářský titul a pečovaly o průměrně šest pacientů, měli o téměř 30 % nižší úmrtnost než pacienti v nemocnicích, ve kterých bylo 30 % sester s bakalářskými tituly a ošetřovaly průměrně osm pacientů.

2.2.3.2.11. Kvalita poskytované péče

Péče o pacienty je jeden z nejdůležitějších faktorů pracovního prostředí. Dostupnost a přístup ke zdrojům, které jsou spojeny se schopnostmi sester poskytovat vysoce kvalitní péči, byl identifikován jako významný motivační faktor. Studie naznačují, že vedoucí sestry jsou zodpovědné za efektivitu práce svých zaměstnanců vytvářením prostředí, ve kterém sestry mají přístup jak k informacím, tak i k nezbytnému vybavení. Vedoucí sestry, které vhodně spravují zdroje na pracovišti a disponují adekvátním množstvím kvalifikovaných pracovníků, zvýšily efektivitu práce na pracovišti a zaznamenaly pozitivní změny u svých podřízených. Být schopen poskytovat kvalitní péči, absolvovat potřebná školení zvyšující péči o pacienty, patří mezi klíčové motivační faktory (Bajloon et al., 2018). Toto zjištění potvrzuje i studie Lima et al. (2013), ve které sestry velmi demotivuje nedostatek materiálních zdrojů.

Carter et al. (2012) považují nedostatečné množství materiálu pro pacienty a nedostatek personálu, se kterým se sestry setkávají při výkonu své profese na některých pracovištích, jako významný zdroj pracovního stresu. Sestry tak nejsou schopny plnit své povinnosti dle standardu, se kterým jsou spokojeny, a to může vést k pocitům frustrace a nespokojenosti (Carter et al., 2012). Také systematický přehled Willis-Shattuck et al. (2008) uvádí, že nedostupnost zdrojů, týkající se vybavení pracoviště a zdravotnického materiálu, je důležitým demotivátorem. Mnohdy bývají nastavené limity na zdravotnický materiál, což také způsobuje demotivaci (Kouřilová, 2013).

Atefi et al. (2014) provedli studii v Íránu, formou rozhovorů a zúčastnilo se jí 85 sester. Sestry byly demotivovány nedostatkem personálu, zdravotnického vybavení a diskriminací. Studie Carter et al.

(2012) však překvapivě zjistila slabý vztah mezi záměrem sestry odejít z pracoviště a vnímaným uspokojením kvality péče poskytované pacientům.

Někteří vědci našli hrubé nedostatky a rozdíly ve zdravotním stavu a zdravotní péči mezi Afrikou a zbytkem světa, ale také mezi africkými zeměmi. Urgentní příjem v Ghaně, kde jsou zaměstnány registrované všeobecné zdravotní sestry bez další specializace v urgentní medicíně, čelí další zátěži v péči o pacienty. Ta může mít podobu zvýšeného výskytu přenosných nemocí, přírodních katastrof, vysoké nehodovosti kvůli špatným podmínkám silniční infrastruktury (Atakro, 2017). Studie, kterou realizoval Atakro (2017) formou kvalitativního sběru dat, upozornila na významný nedostatek materiálních zdrojů. Jednalo se převážně o zdravotnické prostředky a materiál, což sestry velmi demotivovalo. Také studie Willis-Shattuck et al. (2008) upozorňuje na nedostupnost kvalitních léků a vybavení v zemích Afriky a Asie. Někdy je sestrami situace na pracovišti popisována jako hazardní hra, ve které je diagnostický postup a léčba rozhodnuta pouze na základě jejich zkušeností. Takovýto nestandardní postup je pro dané sestry opravdu velmi odrazující, až destruktivní. Je nezbytné usilovat o to, aby sestry mohly vykonávat svou práci s využitím svých znalostí v plné míře. Dostupnost zdrojů k vykonávání péče o pacienta, by měla být hlavním hlediskem a nejvyšší prioritou organizace. Jejich nedostatek vyvolává nedůvěru jak samotných sester, tak pacientů (Willis- Shattuck et al., 2008).

Organizační struktura zdravotnických zařízení má výrazný vliv na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Stále však mnohde přetrvávají otázky, zda zlepšování kvality snižuje finanční náklady zařízení, nebo pokud náklady zvyšuje, zda hodnota zlepšení kvality pro pacienty odůvodňuje výdaje na péči (Needlemann et al., 2006). Pojem kvalita tak zůstává v mnoha organizacích stále diskutovaným tématem.

2.2.3.2.12. Interpersonální vztahy, spolupráce mezi sestrami a lékaři

Vztahy s pracovní skupinou představují důležitou součást pracovního prostředí (Tourangeau et al., 2010). Pro intenzivní medicínu je nezbytná těsná spolupráce jak mezi lékaři, tak nelékařským zdravotnickým personálem a ostatními zdravotnickými pracovníky (Nalos, 2016). Důležitým prediktorem pracovní spokojenosti sester je efektivní týmová spolupráce. Tým je pracovní skupina, identifikovaná jejími členy, která pravidelně spolupracuje při výkonu své práce. Bylo zjištěno, že pozitivní vnímání týmové spolupráce zvyšuje nejen spokojenost sester, ale i pacientů a snižuje pracovní stres (Espinoza et al., 2018).

Přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že týmová spolupráce a skupinová soudržnost na pracovišti, významně pozitivně souvisí se spokojeností sester na JIP. Také dle systematického přehledu Toode et al. (2010) byly sestry významně motivovány dobrou týmovou zdravotnickou spoluprací, podporou uvnitř týmu a pozitivním týmovým duchem na oddělení. Dalším motivátorem je status sestry, která je rovnocenným partnerem pro ostatní zdravotníky (Toode et al., 2010). Důležitost vztahů s pracovní skupinou prokázala i studie Tourangeau et al. (2010). Přijetí sestry do soudržné pracovní skupiny, být rovnocenným členem týmu se zaměstnanci, kteří se na sebe mohou spolehnout, vede k vyšší spokojenosti s prací. Studie naznačuje, že strategie, které posilují soudržnost pracovních skupin, mohou také působit na snížení emočního vyčerpání zaměstnanců. (Tourangeau et al., 2010). Respekt, rovnost, přátelský kolektiv je pro sestry velmi motivující (Atakro, 2017).

Motivace zdravotnických pracovníků může být ovlivněna konfliktem mezi spolupracovníky, což může ovlinit cíl organizace poskytovat pacientům vysokou kvalitu zdravotní péče (Bajloon et al., 2018). Konflikt je definován jako proces, který se projevuje nekompatibilitou, nesouhlasem nebo nesouladem uvnitř nebo mezi sociálními subjekty. Konflikt je složitý proces s negativními i pozitivními účinky a může vzniknout v důsledku protichůdných názorů, hodnot, preferencí, tužeb, zájmů, přesvědčení a cílů. Sestry, které jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků v jakémkoli zdravotnickém prostředí, se často s konflikty setkávají. Konflikty tvoří významný problém v ošetřovatelském prostředí po celém světě. Sestry bývají často konfrontovány se složitými problémy, které se týkají konfliktů mezi ostatními zaměstnanci, lékaři, pacienty a jejich rodinami. Může se objevit v důsledku několika prvků. Mezi ně patří např. problémy v organizaci, problémy s komunikací, nedostatek organizační podpory, rozdílné očekávání od své pozice, omezení v rozhodovacím procesu, nejasné kompetence, nejednoznačnost rolí, nedostatek zdrojů pro vykonávání kvalitní péče, osobnostní rozdíly (Labrague et al., 2018).

Zvládání konfliktů je zásadní kompetencí, kterou by měla každá sestra ovládat, protože konflikt je přítomen v každodenním životě. Dobře zvládaný konflikt může přispět k inovacím a tvořivosti, silnějším organizačním vztahům a vyššímu nasazení zaměstnanců. Může také inspirovat vývoj nových nápadů a může tak dojít k pozitivním změnám. Nevyřešený konflikt však může skončit odchodem z pracoviště, špatným pracovním výkonem, únavou, absencemi, nízkou morálkou zaměstnanců, nízkou motivací, zvýšenou psychickou úzkostí a syndromem vyhoření. Správné řešení konfliktů je spojeno se zlepšenou kvalitou ošetřovatelské péče a snížením chyb při podávání léků, zatímco špatně řešený konflikt nežádoucím způsobem ovlivňuje sestry, organizaci a celkové výsledky pacienta (Labrague et al., 2018).

Zásadní je řízení konfliktu. Důležité je pomoci oběma stranám dospět k přijatelnému řešení a k vyřešení konfliktu. Styly řízení konfliktů jsou rozmanité a jeho výběr se může lišit v závislosti na individuálních charakteristikách, organizačním a sociokulturním kontextu, mezilidských vztazích (Labrague et al., 2018). Nejčastěji používaný styl v řízení konfliktů mezi sestrami, je integrace, známá také jako styl spolupráce. Obě zúčastněné strany prozkoumávají problémy bod po bodu, vyměňují si informace, spolupracují na dosažení přijatelných alternativ a vytvářejí řešení či kompromis, které uspokojí obě strany. Používáním tohoto stylu během konfliktních situací je často spojováno s vyšší spokojeností s prací a pozitivními pracovními vztahy (Labrague et al., 2018). Sestry označily jako nejméně příznivou volbu pro řešení konfliktních situací destruktivní (pasivní) styly, tzv. styly vyhýbání se a konkurování. Ačkoli je styl vyhýbání se výhodný při řešení zbytečného konfliktu, často vyústilo v situace, kdy obě strany spolu nespolupracují a konflikt nevyřeší. V konkurenčním stylu obě strany nespolupracují, což vede k přístupu výhra nebo prohra. V tomto přístupu je cíl vždy zaměřen na dosažení osobních cílů bez ohledu na druhého. Mezi sestrami byly tyto styly spojené s vyšší úrovní pracovního stresu a emočním vyčerpáním (Labrague et al., 2018).

Mezi zdravotníky by měly existovat důvěryhodné a podpůrné vztahy. Do popředí vstupuje důležitost efektivní komunikace. Mezilidské vztahy rozvíjené prostřednictvím dobrých komunikačních dovedností, přímo souvisí s pracovním výkonem sestry. Jasně definované ošetřovatelské role a odpovědnosti, jsou dalším faktorem při posilování vztahů a schopnosti poskytovat vysoce kvalitní péči. Sestry, kterým bylo známo, co se od nich očekává, pociťovaly nejen zvýšenou důvěru na pracovišti, ale zkvalitnily svoji péči o pacienty (Bajloon et al., 2018).

2.2.3.2.13. Mezioborová spolupráce

Kvalitní mezioborová spolupráce oceňuje společné pracovní vztahy v rámci jednotlivých oborů. Je založena na předpokladu, že všichni členové zdravotnického týmu přispívají zásadním a smysluplným způsobem k dosažení klinických výsledků pacientů. Vzájemný respekt a úcta by v mezioborové spolupráci měly být samozřejmostí. Měly by být zavedeny strategie pro řešení konfliktů a tyto strategie by se měly efektivně využívat (ANCC, 2019).

Sestry ve studii Lima et al. (2013) významně demotivuje nedostatek interakce mezi multiprofesionálními týmy. Espinoza et al. (2018) provedli studii zaměřenou na mezioborové týmy na odděleních, kde složitost péče o pacienty vyžadovala spolupráci, nebo pacienti potřebovali specializovanou péči. Do smíšené metody byli zahrnuti poskytovatelé zdravotní péče univerzitní nemocnice v Santiagu v Chile, kteří pracovali se stejným týmem po dobu minimálně 6 měsíců a měli společnou odpovědnost za péči o pacienty (Espinoza et al., 2018). Rozdíly ve spokojenosti v týmu se lišily v závislosti na složení týmu a délce spolupráce. Tým s maximální spokojeností zahrnoval šest členů (tři lékaře a tři registrované zdravotní sestry spolupracující déle než 60 měsíců). Nejméně spokojený tým měl 12 členů (čtyři porodní asistentky, tři registrované zdravotní sestry, čtyři zdravotní sestry a jeden lékař) a spolupracoval 13 měsíců. Za zmínku stojí zjištění, že když se tým strukturoval kolem jednoho profesionála, usnadnilo to jeho členům výměnu informací (Espinoza et al., 2018).

Na základě této studie vznikla charakteristika mezioborové týmové práce, která podporuje spokojenost týmu a zahrnuje tyto atributy:

- Společné cíle a péče zaměřená na pacienta, jsou rozhodujícími charakteristikami spokojených týmů. Všem členům mezioborového týmu je znám tento společný cíl.
- Členové týmu zdůraznili potřebu příležitostí pro vzájemnou interakci, komunikaci, sdílené rozhodování.
- Vyjasnění role všech členů týmu, vlastních a ostatních rolí, posiluje pozitivní mezilidské vztahy.

Multiprofesionální tým očekává komunikaci a dialog od vedoucího pracovníka a ten musí vědět, jak komunikovat s lidmi. Kromě toho musí vedoucí pracovníci uznat přínos každého člena týmu a znát povinnosti všech členů týmu (Espinoza et al., 2018).

2.2.3.2.14. Finanční a nefinanční ohodnocení

Silnými motivačními prediktory nefinančního ohodnocení sester je uznání, ocenění, jistota zaměstnání, hodnocení pracovního výkonu a využívání různých dovedností. Na druhé straně nedostatek ocenění, pochvaly za dobrou práci a uznání, vede k nízké úrovni pracovní motivace (Bajloon et al., 2018). Také sestry ve studii Lima et al. (2013) významně demotivuje nedostatek uznání, ocenění práce. Zajímavé bylo zjištění, že ze všech faktorů pracovního prostředí, sestry nejvýznamněji vnímají uznání a kritiku od pacienta, následně jeho rodiny a poté od nadřízených (Vévoda et al., 2013).

Finanční odměňování sester v sobě zahrnuje více složek, než je jenom plat či mzda. Do celkové odměny můžeme dle Amstronga (2009) řadit složku transakční, která je vyjádřena peněžitou

odměnou. Zahrnuje základní plat, odměny (odvíjí se od přínosu konkrétního pracovníka), zaměstnanecké výhody. Další je složka relační, která zahrnuje nepeněžní odměny. Řadíme sem vzdělání a rozvoj, zkušenosti a zážitky z práce (Amstrong, 2009). Každý vedoucí pracovník by se měl při rozhodování o odměnách řídit stanovenou politikou a měl by využívat všechny komponenty odměňování. Celková mzda podřízených by měla být podobná pro všechny na srovnatelných pozicích a pracovním výkonu a měla by být zaměstnancem předvídatelná (Botek, 2018).

Podle Amstronga (2009) by organizace měla při systému odměňování zvážit i zaměstnanecké benefity. Ty se poskytují k peněžní odměně a obvykle nezávisí na pracovním výkonu. Mezi nejčastěji používané jsou výhody sociální povahy (důchodové pojištění, příspěvky na rekreaci), výhody k využívání volného času (kulturní a sportovní aktivity), výhody mající vztah k práci (stravování, parkování), výhody spojené s postavením v organizaci (Botek, 2018).

Finanční ohodnocení bylo v systematickém přehledu Bajloon et al. (2018) označeno jako motivující faktor, který může zvýšit pracovní motivaci sester. Ulrich et al. (2019) uvádí, že sestry by úmysl odejít z pracoviště zvažovaly, pokud by měly vyšší plat (46 %). V některých studiích finanční odměny, ačkoliv jsou velkým zdrojem motivace sester a jsou schopny uspokojit různé individuální potřeby, nejsou v popředí motivačních faktorů (Bajloon et al., 2018). Pokud však příslušná odměna odráží výkonnost sester, je důležitým motivátorem (Toode et al., 2010). To naznačuje i studie McHugh et al. (2014), která zkoumala vliv finančního ohodnocení u registrovaných sester ve čtyřech státech (Kalifornie, Florida, New Jersey a Pensylvánie) v letech 2006-2007. Ačkoli jsou sestry ve Spojených státech placeny relativně dobře, mzda by podle nich, měla odpovídat úrovni dovedností sester. Proto přibližně 25 % sester vyjádřilo nespokojenost s jejich současným zaměstnáním, přibližně 34 % sester uvedlo vysokou míru vyhoření. Zhruba 14 % sester vyjádřilo úmysl opustit své současné zaměstnání během roku. Mzda byla v této studii sice významným faktorem, ale účinky pracovního prostředí a personálního zajištění zůstaly v popředí spokojenosti sester ve svém současném zaměstnání. Významné spojení mezi příznivějším pracovním prostředím sester bez vlivu mzdy znamená, že mzda je sice důležitá, ale nezajišťuje větší motivaci k výkonu profese (McHugh et al., 2014).

Za významný demotivační faktor je však považován velmi nízká úroveň příjmů. Ze studií provedených mezi sestrami v Pákistánu, stejně tak mezi sestrami v Indii a Rwandě je patrné, že mzdové ohodnocení bylo považováno za nejdůležitější motivující faktor zlepšující výkonnost sester. Nejednotnost ve vyplácení dovolené a přesčasů, nedostatečná odměna, nerovnoměrné rozdělení platů mezi zaměstnanci, rozdílná struktura platů mezi zdravotnickými zařízeními, je pro sestry velmi demotivující (Bajloon et al., 2018). To dokládají také téměř všechny studie ze systematického přehledu Willis-Shattuck et al. (2008), které diskutovaly význam finančních odměn na motivaci sester ze zemí Afriky a Asie. Studie dospěla k závěru, že samotné finanční ohodnocení by nezabránilo sestrám ve fluktuaci. Bylo však zjištěno, že nízké platy jsou obzvláště demotivující, protože sestry měly pocit, že jejich dovednosti nebyly oceněny. Kromě toho se cítily přepracované, když vykonávaly druhé zaměstnání, aby zajistili svůj dostatečný příjem (Willis-Shattuck et al., 2008). Sestry, vykonávající svojí profesi déle než rok ve Fakultní nemocnici ve městě Rio de Janeiro, nízký plat také podstatně demotivuje, způsobuje neshody a intriky v týmu. Plat označují z důvodu vysoké odpovědnosti sester jako zanedbatelný, neodpovídající potřebným dovednostem a znalostem vědeckých poznatků (Lima et al., 2013).

Mezi nejčastější důvody, proč sestry ze studie Heplové et al. (2010) uvažují o odchodu z pracoviště, patří nedostatečné finanční ohodnocení, nevyhovující pracovní podmínky a špatné mezilidské vztahy. Popsat pracovní podmínky a spokojenost sester ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, si klade za cíl ve studii Buriánek et al. (2009). V dotaznících sestry uváděly, že nejméně spokojené jsou sestry s platem a benefity a ocenily by spravedlnost v odměňování (Buriánek et al., 2009).

V českém zdravotnictví došlo v posledních letech k navýšení průměrného příjmu NLZP. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) uvádí, že se všeobecným sestrám a porodním asistentkám, zvedl průměrný příjem v roce 2018, oproti roku 2016, o 12,04 %. Průměrný příjem je hrubá průměrná měsíční mzda nebo plat. Nutno je však uvést, že ve struktuře mezd a platů, tvoří pouze 62-65 % základní tarif. Ostatní příplatky tvoří např. příjmy z nepřetržitého směnného provozu a pohyblivé složky, jako jsou odměny (Bartůňková et al., 2020). Za velký problém související s pracovním prostředím, označují sestry v ČR neproplácení přesčasů a protekcionismus při odměňování (MZČR, 2019).

2.3. Možnosti motivace sester

Zlepšení pracovního prostředí by mohlo být relativně nízkonákladovou strategií pro zajištění bezpečnosti a kvality nemocniční péče a pro zvýšení spokojenosti pacientů (ICN, 2015). Na základě předchozích kapitol je patrné, že pro udržení stávajících sester v profesi, je vhodné využít vícefaktorový přístup (Elmi et al., 2017). Na aktivní propagaci a vytváření zdravého pracovního prostředí, které podporuje kvalitu poskytované péče, reaguje i Americká asociace sester pro kritickou péči (AACN). Reagovala tím na rostoucí důkazy, že nezdravé pracovní prostředí přispívá k chybám, neúčinnému poskytování péče, většímu stresu a konfliktům na pracovišti. Dokument AACN obsahuje celkem šest standardů a je navržen tak, aby sloužil organizacím jako základ pro vytváření a udržování zdravého pracovního prostředí (AACN, 2016). Účinný motivační program pro sestry by měl mít jasně stanovené cíle, měl by být realistický, realizovatelný a měl by odrážet potřeby a preference sester. Zároveň by měl být dobře navržený, strategický, vhodný pro daný účel, spravedlivý, měřitelný a měl by zahrnovat finanční a nefinanční prvky (WHPA, 2008).

Následně si představíme některá preventivní opatření, která mohou eliminovat odchod sester z profese, zvýšit samostatnost sester a posílit týmovou práci. Možnosti motivace sester zobrazuje tabulka 1 (Možnosti motivace sester).

Komunikace

Sestry by měly být vybaveny komunikačními dovednostmi, a to převážně ve vedení dialogu a v řešení konfliktů. Zdravotnická organizace by měla rozvíjet komunikační dovednosti, jako je efektivní a respektující sdílení informací nejen ve zdravotnickém týmu, ale i s pacienty a jejich rodinami. Jakákoliv forma násilí a jiné neuctivé chování na pracovišti by mělo být řešeno a eliminováno (AACN, 2016). Podpora otevřené komunikace, podpora kultury vzájemné důvěry, spravedlivosti a respektu, je nezbytným motivačním nástrojem (WHPA, 2008).

Tabulka 1: Možnosti motivace sester

Zdravotnická organizace	Vedoucí pracovníci	Sestra
Prioritou je péče o pacienty a zlepšení zdravotních výsledků pacientů (Carter et al, 2012). Přezkum kompetencí, dodržování standardů práce (WHPA, 2008). Jasné a komplexní popisy práce, podpora hlášení pochybení (WHPA, 2008).	Organizují sestrám pracovní činnosti a pracovní dobu v souladu s prioritami jednotlivců (Toode et al., 2011). Podporují rovnováhu mezi soukromým a pracovním životem (WHPA, 2008).	Přebírá odpovědnost za své chování a jednání, zapojuje se do pracovních aktivit na pracovišti (Germain et al., 2010). Profesionálně komunikuje (Germain et al., 2010).
Prověřuje uchazeče o vedoucí pozici (Germain et al., 2010). Adekvátní finanční zajištění z hlediska platu a příspěvků (Willis-Shattuck et al., 2008), flexibilní balíčky výhod (WHPA, 2008). Rozvíjí pracovní vztahy, podporu kultury (WHPA, 2008) Funkční infrastruktura zařízení a mezioborová spolupráce (Willis-Shattuck et al., 2008)	Používají správný styl vedení (Jakimowicz et al., 2018). Oceňují členy týmu, používají zpětnou vazbu, podporují pracovní cíle, rozvíjí autonomii, sdílejí cíle organizace (Germain et al., 2010). Spravedlivé zacházení, respekt, hodnocení (WHPA, 2008). Povzbuzují a rozvíjejí schopnosti svých podřízených (Toode et al., 2011) Budují týmového ducha: sponzorské oslavy, společenské akce, příležitostmi ke skupinovému učení (Tourangeau et al., 2010).	Úcta ke svým kolegům a vedoucím sestrám (Germain et al., 2010). Účastní se rozhodování, má odpovídající autonomii (Carter et al, 2012). Ovládá pozitivní styl řízení konfliktů (Labrague et al., 2018).
Řeší pracovní zátěž sester (Germain et al., 2010). Propracovaná bezpečnost a ochrana zdraví při práci (WHPA, 2008). Poskytuje prostředky k plnění profesních povinností zaměstnanců (Germain et al., 2010) Zajišťuje dostatečný počet zdravotnického personálu (EU-OSHA 2019). Omezení byrokracie (Carter et al, 2012). Zajišťuje vybavení pracoviště: vhodné mechanické pomůcky k manipulaci s pacienty, efektivní dispoziční řešení oddělení (EU-OSHA 2019). Stimuluje osobní růst a rozvoj (Carter et al, 2012), podporuje kariérní rozvoj, další vzdělávání, podílení na seminářích (Willis-Shattuck et al., 2008). Zapojuje zaměstnance do plánování a rozhodování (WHPA, 2008).	Efektivně střídají nebo přerozdělují práci (Nakládalová, 2013, EU-OSHA 2019). Zapojují se do práce sester (Germain et al., 2010). Vytváří flexibilní pracovní harmonogram (Dilig-Ruiz et al., 2018). Mají přístup k vhodným zdrojům (Germain et al., 2010). Podporují a umožňují přístup ke vzdělávání (Jakimowicz et al., 2018).	Vyvaruje se opakované nebo dlouhé práci ve špatných polohách, plánuje přestávky na odpočinek (Nakládalová, 2013, EU-OSHA 2019). Identifikuje zdroje stresu (Dilig-Ruiz et al., 2018). Používá příležitosti mentoringu (Burston et al., 2010). Používá copingové strategie: kognitivní a behaviorální techniky při řešení problému a s ním vzniklými emocemi v daném kontextu (Forozeiya et al., 2019). Prokazuje své dovednosti a schopnosti (Germain et al., 2010). Uvědomuje si svůj potenciál, schopnosti a priority (Toode et al., 2011). Kontinuálně se vzdělává (Jakimowicz et al., 2018).

Skutečná spolupráce

Schopnost vzájemné spolupráce může zdravotnická organizace podpořit přístupem ke vzdělávání a koučování a strategickým programům. Zároveň by měla členy týmu podporovat a zapojovat do rozhodování. Zdravotnická organizace by měla mít zavedený komplexní systém, který zajišťuje uznání jednotlivcům a celému týmu, v souladu s jejich rozvojem a pokrokem v každé fázi jejich profesionální kariéry (AACN, 2016). Flexibilní balíčky výhod mohou významně napomoci udržení sester na pracovišti (WHPA, 2008). Důležité je, aby se i jednotlivci navzájem respektovali a uznávali. Vedoucí sestry a lékaři by měli být pro sestry rovnocennými partnery, čímž se také může podpořit skutečná spolupráce (AACN, 2016).

Každý člen týmu by měl vykonávat pouze ty povinnosti, ke kterým je způsobilý a odpovídá jeho profesní roli (AACN, 2016). Světová aliance pro zdravotnické profese (World Health Professions Alliance, WHPA) upozorňuje, že přezkoumání kompetencí, poskytnutí jasných a komplexních popisů práce a dodržování standardů práce, může podpořit týmovou práci a rozvíjet pracovní vztahy (WHPA, 2008).

Vhodné personální obsazení

Personální obsazení by mělo efektivně zajistit soulad mezi potřebami pacienta a schopnostmi sestry. Zdravotnická organizace by měla mít zavedenou personální politiku, která zajišťuje optimální počet sester a tím podporuje jejich profesní povinnost poskytovat kvalitní péči (AACN, 2016). WHPA upozorňuje, že odpovídající vybavení pracoviště, dostatek materiálu a personálu, zvyšuje motivaci sester (WHPA, 2008).

Autentické vedení

Vedoucí pracovníci by měli v každodenním provozu poskytovat kvalitní styl vedení a podporu personálu. Zdravotnická organizace by měla poskytnout podporu a přístup ke vzdělání, rozvíjení a prohlubování znalostí a schopností vedoucích pracovníků. A to převážně v oblasti komunikace, efektivního rozhodování, spolupráce, uznání a vhodného personální obsazení. Zdravotnická organizace by měla vedoucím sestrám poskytnout dostatek finančních a lidských zdrojů, měla by poskytnout mentoringový program všem vedoucím sestrám. Tím vytvoří a udrží příznivé pracovní prostředí (AACN, 2016).

Psychologická bezpečnost

Pro odhalování problémů v oblasti bezpečnosti pacientů je zcela zásadní, aby byly nežádoucí události hlášeny. Hlášení ale není cílem samo o sobě, jedná se pouze o způsob, jak zvýšit bezpečnost pacientů tím, že se poučíme z chyb a změníme kulturu bezpečnosti v dané organizaci. Aby systém hlášení efektivně zajišťoval bezpečnost pacientů, nesmí trestat, zostuzovat ani obviňovat ty, kdo chyby nahlásí (ICN, 2015).

Psychologickou bezpečnost můžeme tedy pojmout jako víru v pracovníky, kteří nebudou potrestáni, pokud udělají chybu. Od zaměstnanců se očekává sdílení informací, obav, názorů, nápadů, pochybností a myšlenek, které vedou k dosažení sdílených cílů (Edmondson et al., 2014).Je prokázáno, že v týmech s vysokým smyslem pro psychologickou bezpečnost bylo hlášeno více

nežádoucích událostí, než v týmech ostatních. Pozitivní interpersonální klima, odstranění pocitu nejistoty, umět si požádat o pomoc, poskytovat zpětnou vazbu, nemít obavy ze zesměšňování a trestání, vyjádření svých obav a názorů, to je vytvoření bezpečného psychologického prostředí (Edmondson et al., 2014).

Vedoucí pracovníci by měli absolvovat řádná školení, aby zaměstnanci mohli vnímat vyšší stupeň psychologické bezpečnosti. Pro vytvoření takového klimatu mohou vedoucí pracovníci podporovat inovační myšlení, představovat změny, přijímat osobní rizika a podporovat otevřenou diskuzi o chybách a řešeních. Přiznáním chyb a omylů, školeními, adaptačními procesy, můžou vedoucí pracovníci ovlivnit efektivitu svých pracovních týmů, včetně kvality poskytované péče (Ortega et al., 2014). Podporu hlášení pochybení zdůrazňuje i WHPA (2008). Mezi způsoby, které lze uplatnit vedoucím pracovníkem pro posílení pocitu psychologické bezpečnosti, patří např. přístup ke konfliktu, kdy namísto trestů je vhodné najít vlastní příčinu konfliktu a vzájemně prospěšná řešení. Respektování kompetencí a autonomie všech sester, pravidelná komunikace se všemi sestrami, může posílit pocit psychologické bezpečnosti (Vartorella, 2017).

Finanční a nefinanční ohodnocení

Finanční ohodnocení ve zdravotnictví se uplatňuje jako důležitý motivační faktor a je součástí motivačních programů. Úroveň mezd, která je vyplácená sestrám, je klíčovým konkurenčním prostředkem, který používají další potenciální zaměstnavatelé na domácích a mezinárodních trzích práce. Tvoří nedílnou součást pracovní smlouvy a rozděluje se do několika kategorií. Hlavní kategorii tvoří základní mzda a mzdové podmínky, nabízené zaměstnancům v souvislosti s popisem jejich role a klasifikace práce. Další kategorií je platba, která je spojená s dosahováním výkonnostních výsledků. Finanční bonusy, které jsou vyplácené jednotlivým sestrám a mohou se výrazně lišit podle druhu práce a povinností jednotlivce, tvoří další finanční složku. Vysoká odpovědnost v přímé péči o pacienta, profesionalita a vysoký pracovní výkon jednotlivce, který by měl být hodnocený vedoucím pracovníkem, má být adekvátně finančně ohodnocena. Bonusové ohodnocení může být aplikováno nejenom na jednotlivce, ale i na celý tým. Další finanční příspěvky mohou mít také podobu dotací na dopravu, ubytování nebo jiné životní náklady. Spravedlivé finanční ohodnocení, tzv. princip rovnosti, tvoří významný motivační faktor (WHPA, 2008).

Finanční ohodnocení samo o sobě však nestačí k plné motivaci sester, nebo k tomu, aby se sestry cítily oceněné a uznávané. Při stanovování nejvhodnější a nákladově nejefektivnější strategie odměňování, by se vedoucí pracovníci neměli spoléhat pouze na často velmi omezenou možnost finanční odměny, ale měli by se také zaměřit na odměny nefinanční. Výzkumy potvrdily, že nefinanční ohodnocení hraje stejně důležitou roli (WHPA, 2008).

Mezi nefinanční odměny patří flexibilní pracovní doba a prodloužení nebo změna uspořádání dovolené. Tyto přístupy jsou zvláště důležité k vyvážení pracovních závazků s osobními povinnostmi. Podpora autonomie, uznání práce, přístup ke vzdělávání, efektivní osobní dohled a mentoring, podpůrný přístup k celoživotnímu učení a osobnímu rozvoji, patří mezi další nefinanční odměny (WHPA, 2008).

Ohodnocení sester za nadměrnou pracovní zátěž může zahrnovat např. stanovení plateb za přesčasové práce, které zajistí, že zaměstnanci za ně budou odměněni. Začlenění dodatečné

dovolené nebo nároků na volno, může napomoci eliminovat syndrom vyhoření. Regulováním počtu nepřetržitých hodin sester, se může snížit riziko únavy, která vede k chybnému rozhodování, zvyšuje nežádoucí události a snižuje bezpečnost pacienta (WHPA, 2008).

Nedostatek sester představuje skutečnou a přímou hrozbu pro poskytování a rozvoj zdravotnických služeb. Největším přínosem zdravotnické služby jsou její zaměstnanci. Propracované kombinace finančního a nefinačního ohodnocení, jejich rozvíjení, může významně zvýšit motivaci sester a udržet je v jejich profesi (WHPA, 2008). Ukázka motivační strategie k podpoření motivace sester je znázorněná v tabulce 2 (Modifikace motivačních nástrojů, zpracováno dle WHPA, 2008).

Tabulka 2: Modifikace motivačních nástrojů (zpracováno dle WHPA, 2008)

Finanční		**Nefinanční**	
Pracovní podmínky	plat, mzda	*Pozitivní pracovní prostředí*	pracovní samostatnost
	pojištění		jasnost rolí a odpovědnosti
	příspěvky		dostatečné zdroje
			uznávání práce a výsledků
			efektivní řízení pracovní zátěže
			efektivní řízení práce (zdravotní a bezpečnostní rizika)
			efektivní personální obsazení
Výkonnostní platby	dosažení výkonnostních cílů	*Flexibilita v zaměstnání*	flexibilní pracovní doba
	místo nebo typ práce	*Podpora kariéry, profesního rozvoje*	účinný dohled
	délka služby		koučinkové a mentorské struktury
Další finanční podpora	stáže		podpora školení a vzdělávání
	půjčky: schválení		studijní volno
		Přístup ke službám	zdraví
			péče o děti
			rekreační zařízení
		Vnitřní odměny	uspokojení z práce
			osobní úspěch
			sdílené hodnoty
			respekt vůči kolegům
			členství v týmu

3. Použité metody

Ve výzkumném šetření kvalitativní metodou prozkoumáme motivační a demotivační faktory všeobecných sester, které se vztahují k výkonu jejich profese. Účelně se zaměříme na jedno konkrétní pracoviště, kde je poskytována intenzivní péče nejvyššího typu. Každé pracoviště s sebou přináší řadu svých specifik, ale může být přínosné mít dostatek informací k tomu, co sestry motivuje, jaké jsou stimulační či demotivační faktory. Výzkum může přinést poznatky, které využije nejenom samotné pracoviště, ale mohou poskytnout důležité informace i pro vedení zdravotnického zařízení.

3.1. Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce bude identifikovat, popsat a analyzovat motivační a demotivační faktory vztahující se k pracovnímu výkonu všeobecných sester jednoho konkrétního pracoviště. Účelem kvalitativního výzkumu bude (1) pochopit faktory ovlivňující pracovní motivaci sester, (2) zjistit dopady těchto faktorů na spokojenost sester, (3) porozumět individuálním hodnotovým preferencím sester, (4) zjistit, zda sestry uvažují opustit stávající pracoviště.

Základní výzkumná otázka byla definována následovně: **Jaké jsou motivační a demotivační faktory vztahující se k pracovnímu výkonu všeobecných sester?** Protože motivační a demotivační faktory sester zahrnuje obsáhlé téma, rozčleníme základní výzkumnou otázku na otázky dílčí:

- Jaký vztah mají sestry k povolání?
- Jak sestry vnímají mezilidské vztahy na pracovišti?
- Jakou odpovědnost mají sestry v péči o pacienta?
- Jaký styl vedení zaujímají vedoucí pracovníci?
- Jak sestry vnímají mezioborovou spolupráci?
- Jak sestry vnímají úroveň poskytované péče?
- Jakým způsobem se chtějí sestry podílet na chodu oddělení?
- Jaká jsou rizika na pracovišti?
- Do jaké míry jsou sestry spokojené s finančním ohodnocením?
- Jaké aktivity a postoje by sestry ocenily?

3.2. Metodologie výzkumu

Pro vlastní empirické šetření, které bude probíhat na konkrétním jednom pracovišti intenzivní péče nejvyššího typu, bude zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Výzkumné šetření bude realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů.

Definování kvalitativního přístupu se opírá na metodě sběru dat, na použité metodě usuzování, na typu dat a na způsobu analýzy. Kvalitativní přístup zohledňující všechny důležité rysy, lze definovat jako „proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomocí celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí realitu (Švaříček et al., 2014, str. 17).“

3.2.1. Plánování

Samotný proces kvalitativního výzkumu byl nejprve naplánován do konkrétních fází. Počínaje od stanovení cíle výzkumu a definování výzkumných otázek, až po stanovení přesné metodologie výzkumu. Součástí plánování výzkumného šetření bylo podání Žádosti o umožnění výzkumného šetření (příloha č.1) náměstkyni pro ošetřovatelskou péči daného zdravotnického zařízení, která souhlas písemně i osobně udělila a aktivně se o dané téma zajímala. S výzkumným šetřením byla obeznámena také vrchní sestra pracoviště, kde byl výzkum realizován a písemně Žádost taktéž podepsala. Originální Žádost o umožnění výzkumného šetření je přítomna k nahlédnutí u výzkumníka.

Protože již samotný cíl výzkumu, výzkumná otázka a převážně specifický výzkumný vzorek, představuje získávání citlivých a důvěrných informací, bylo nezbytné rozhovor naplánovat. Pro přípravu rozhovoru bylo nejprve nutné teoreticky se vybavit znalostmi tématu motivačních a demotivačních faktorů sester. Vědecké poznatky byly čerpány převážně z odborných databází se zaměřením na zahraniční literaturu, ale také studiem přímo v Národní lékařské knihovně a Středočeské vědecké knihovně. Po nastudování odborné literatury byla stanovena hlavní témata (kategorie) rozhovoru. K hlavním tématům bylo přiřazeno několik hlavních otázek. Hlavní otázky obsahovaly podotázky. Otázky byly uspořádány do vhodného pořadí tak, aby osobní a citlivé otázky nebyly položeny hned na začátku rozhovoru.

3.2.2. Výzkumný vzorek

Cílem kvalitativního výzkumu není, aby vzorek respondentů reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém (Švaříček et al., 2014). Výběr výzkumného vzorku byl vybrán tak, aby definoval výzkumné cíle. Záměrem našeho kvalitativního zkoumání bylo odpovědět na otázky, které souvisí s vykonáváním profese všeobecné sestry na konkrétním pracovišti zdravotnického zařízení. Výzkumný vzorek představoval personál tohoto pracoviště, který byl zapojen do přímé péče o pacienty a získal způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Výběr sester byl volen tak, aby byl maximálně variabilní z hlediska dosažení cíle výzkumu a aby byly sestry ochotné o faktorech na pracovišti hovořit. Oslovené sestry byly nejprve ústně seznámeny s výzkumem. Pokud o výzkum projevily zájem, byl jim následně předán Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru na uvedené téma (příloha č.2). Originálními Informovanými souhlasy disponuje pouze výzkumník šetření. Pokud se sestry rozhodly účastnit se výzkumu, byla jim zdůrazněna skutečnost, že účast v šetření je zcela dobrovolná a mají právo ze šetření kdykoliv odstoupit. Sestry podpisem stvrdily, že byly obeznámeny s výzkumnou studií, souhlasí s pořízením audiozáznamu, který bude následně přepsán a podroben kvalitativní analýze. Byly ujištěny, že veškerá data budou plně anonymizována a publikována pouze bez možnosti identifikace osoby, která rozhovor poskytla. Z důvodu anonymity účastníků, byl každý dotazovaný označen písmenem I (informant) a číslem, aby bylo možné účastníky odlišit. Takto budou informanti odlišováni i ve výsledcích výzkumného šetření.

Osloveno bylo celkem jedenáct sester, z toho jedna sestra odmítla účastnit se výzkumného šetření. Základní charakteristiky výzkumného vzorku podrobněji neuvádíme z důvodu zachování anonymity informantů, kteří jsou z jednoho pracoviště.

Nevýhodou výzkumného vzorku byl omezený počet informantů, který byl k výzkumnému šetření zvolen. Přesto daný výzkumný vzorek splňoval požadavky výzkumníka, kterým bylo dosažení saturace výzkumných dat. Tento omezený vzorek tak nemusel obsahově splnit všechny motivační a demotivační faktory veškerého personálu vykonávající profesi sestry na konkrétním pracovišti. Ovšem i tak výsledky výzkumu mohou pomoci poskytnout důležité informace. Za velkou výhodu tohoto šetření považujeme to, že sběr dat byl uskutečněn na pracovišti výzkumníka a byl tak dobře seznámen s prostředím, v němž se zkoumané faktory vyskytují. Na straně výzkumníka však znalost prostředí vyžadovala silnou sebereflexi a udržení dostatečného odstupu vidět věci jinak, než jak to vnímá on.

3.2.3. Metodika sběru a zpracování dat

Ve výzkumu zaměřeném na motivační a demotivační faktory sester byla použita technika hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček et al., 2014). Hloubkový rozhovor můžeme definovat jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu pomocí několika otevřených otázek (Švaříček et al., 2014, str. 159).“ Hloubkovým rozhovorem jsou zkoumáni jedinci „určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny, s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny (Švaříček et al., 2014, str. 159).“ Výhodou rozhovoru je lepší porozumění pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled byl omezován výběrem položek z dotazníku, což umožňuje zachytit slova v jejich přirozené podobě. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek (Švaříček et al., 2014).

Se sestrami, které s rozhovorem souhlasily a podepsaly Informovaný souhlas, byl domluven termín realizace rozhovoru, který byl přizpůsoben jejich časovým možnostem. Rozhovor byl realizován v soukromém prostředí na klidném místě, kde nehrozilo jakékoliv vyrušení nebo rozptýlení a byla na něj vymezena dostatečná časová rezerva jak ze strany výzkumníka, tak účastníka. Seznam témat a orientační schéma otázek, bylo dopředu připravené. Otázky byly pokládány dle vývoje rozhovorů, způsob a pořadí otázek bylo upravováno tak, aby otázky byly relevantní k dané situaci a odpovědím účastníka, probíhaly v logickém sledu a došlo k probrání všech témat. Na konci rozhovoru byla vždy možnost vyjádřit se, zda nebyly některé faktory, vztahující se k tématu, opomenuty. Během rozhovoru se výzkumník ujišťoval, jak jednotlivým otázkám účastníci rozumí.

Z důvodu komplexnosti záznamu a jeho autentičnosti byl k záznamu kvalitativních dat používán audiozáznam, čímž bylo docíleno uchování původních nasbíraných dat. Záznamové zařízení působilo co nejméně rušivě při kontaktu s účastníkem výzkumu. Jako pomocný nástroj byl použit záznamový arch, kam si výzkumník zapisoval poznámky. Rozhovory byly následně co nejpřesněji doslovně přepsány. Přepsány nebyly jména osob, vulgární výrazy. Nejpřesnější přepsání vedlo kromě vytvoření podkladu výzkumného textu i k tomu, že si výzkumník byl schopen vzpomenout na rozhovor s účastníkem. Přepis znamenal velkou časovou náročnost. Po přepisu rozhovoru z audiozáznamu následně pokračovala analýza dat.

Sběr dat a jejich analýza probíhala současně a nepředstavovala dvě oddělené fáze. Tato logika byla zvolena proto, že sběr dat je ukončen teprve v momentě, kdy jsou data teoreticky nasaturována. Individualizované rozhovory byly realizovány v průběhu listopadu 2019 až března 2020.

Po rozhovoru jeden informant vyjádřil souhlas k dalšímu zpracování dat pod podmínkou, že určitá část rozhovoru bude z analýzy vyjmuta. Výzkumník tak učinil a informant mu udělil souhlas s dalším zpracováním rozhovoru pro potřeby výzkumu.

3.2.4. Analýza dat

Analýza dat je systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvalitu a vztahy (Švaříček et al., 2014). Přepsané rozhovory sloužily jako pracovní text, který byl následně podroben analýze za použití techniky otevřeného kódování.

Kódování představuje proces, při kterém jsou údaje rozebrány a opětovně složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text rozdělen na jednotky, kterým jsou přidělena jména a s těmito pojmenovanými částmi dál výzkumník pracuje. Jednotkou může být slovo, věta, odstavec. Každé jednotce je přiřazen kód, který vystihuje daný fenomén a odlišuje jej od ostatních. Volba kódů pro jednotky probíhá paralelně (Švaříček et al., 2014).

Fáze kódování začala v momentě, kdy bylo nasbíráno určité množství dat. První kvalitativní analýza byla uskutečněna po přepsání dvou rozhovorů. V následujícím období se sběr dat a jejich analýza prolínala, a to až do plného nasycení dat.

Z pracovního výzkumného textu byly vybrány důležité kódy, které byly následně přiřazovány k hlavním kategoriím. Kód vždy začínal číslem informanta a představovalo pořadí, v kterém byl rozhovor realizován. Dále kód obsahoval číslo řádku, na kterém se v pracovním textu nacházel a sloužilo ke snadnému zpětnému dohledání kódu ve výzkumném textu. Samotný text kódu z dané kategorie, byl z důvodu lepší přehlednosti, barevně odlišen od ostatních kategorií a byl označen číslem hlavní kategorie. Hlavní kategorie byly dokládány přímými citacemi informantů z pracovního textu a byly následně dále analyzovány.

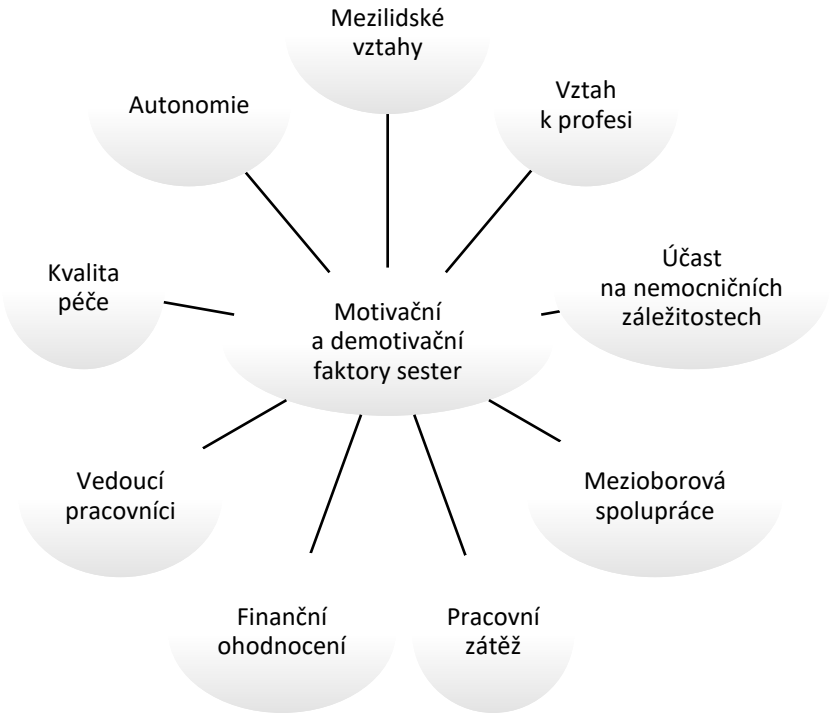
Hlavní kategorie představovaly proměnné a tvořily základ budoucích dalších kategorií. Prostřednictvím poznámek a hledáním spojitostí mezi kódy z dané hlavní kategorie, výzkumník následně vytvářel další četné podkategorie. Podkategorie byly uvedeny do vzájemných vztahů pomocí kódů a byly podřízeny hlavním kategoriím. Některé kódy byly použity pro více kategorií. Pokud se tak stalo, byly tyto kódy navíc označeny počátečními písmeny abecedy. Postupně byly analyzovány další rozhovory. V některých rozhovorech byly objeveny nové kódy a představovaly tak nové podkategorie, nebo byly přiřazovány ke kategoriím stávajícím. Opětovným opakovaným procházením kódů, hledáním vzájemných souvislostí, podobností a rozdílů, byly některé kategorie i podkategorie přejmenovávány, zrevidovány, odstraněny. Výzkum byl ukončen nasycením dat.

4. Výsledky

Rozhovory byly pořízeny s informanty, kteří vykonávají profesi všeobecné sestry na jednom konkrétním oddělení poskytující intenzivní péči nejvyššího typu. Ve výzkumném vzorku měly čtyři sestry vysokoškolské vzdělání, tři sestry vyšší odborné vzdělání a tři sestry vzdělání středoškolské. Délka celkové praxe sester byla průměrně 20 let, z toho na pracovištích intenzivní medicíny 18 let. Na současném pracovišti sestry pracují průměrně 14,5 let. Po přepisu výzkumných dat následovaly dílčí úpravy pracovního textu a pro analýzu dat byla použita technika otevřeného kódování. Kódy byly přiřazeny k hlavním kategoriím a četným podkategoriím, které byly průběžně přejmenovávány, revidovány a doplňovány. Zjištěné výsledky poskytují pohled na pracovní prostředí všeobecných sester. Téma motivačních a demotivačních faktorů v profesi všeobecné sestry je velmi obsáhlé, z toho důvodu diplomová práce přesahuje svým počtem stran stanovené rozmezí.

Hlavní kategorie jsou koncipovány do devíti oblastí (obrázek 1) a jsou rozčleněny na mnohé další podkategorie. Celkový přehled hlavních kategorií se všemi podkategoriemi je zobrazen v příloze č. 3. Následující kapitoly jsou rozděleny tak, že každá představuje hlavní kategorii a jí podřízené všechny podkategorie. Pro lepší přehlednost jsme vždy k dané kapitole s hlavní kategorií, vytvořily barevné schéma s podkategoriemi. Protože některé podkategorie jsou u hlavních kategorií velmi početné, tak i tyto určité podkategorie obsahují schéma, které se opět barevně odlišuje od dalších podřízených podkategorií.

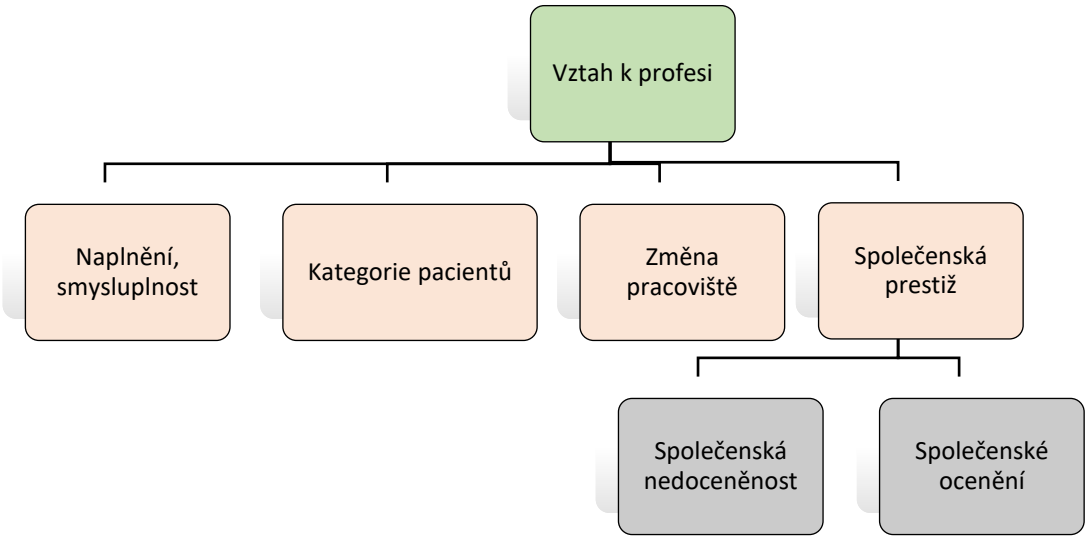
Obrázek 1: Hlavní kategorie motivačních a demotivačních faktorů



4.1. Vztah k profesi

Samotná profese představuje pro participující sestry významný faktor, které ovlivňuje jejich spokojenost na pracovišti. Z výzkumných dat byly stanoveny čtyři podkategorie, jedna podkategorie je následně dále rozčleněna (obrázek 2).

Obrázek 2: Kategorie Vztah k profesi



4.1.1. Naplnění, smysluplnost

Sestry se vyjadřovaly k tomu, jaký mají vztah k profesi. Sestry se sžívají se svojí profesní rolí a mají k ní kladný vztah. Sestry uspokojuje samotná náplň a podstata profese, která je naplňuje. Z realizovaných rozhovorů je patrné, že pro všechny sestry je výrazným motivačním faktorem pomáhat ostatním lidem. Možnost pomáhat druhým, ošetřovat nemocné, označuje mnoho sester za smysluplné. Sestry přisuzují své profesi velkou hodnotu.

> *(I 02) Vztah povolání mám kladný, lépe jsem si vybrat nemohla ...beru to jako profesi, která mě naplňuje……mám opravdu pocit, že to je smysluplná ta práce.*

> *(I 03) Ano, cítím z ní naplnění. Přináší mi to potěšení. Myslím si, že profesi, kterou jsem si vybrala, je úplně nejsmysluplnější, která může být. Neumím si představit, že bych dělala jiné povolání, než které teď dělám… Myslím si, že jsem si vybrala dobře svoji profesi.*

> *(I 10) Moje profese je takový můj koníček… je pro mě to TOP, co mě každé ráno zvedá z postele do práce. Já do práce chodím hrozně ráda, hrozně mě to baví a naplňuje mě to…Ta práce má smysl, vidíme tam spoustu příkladů toho, kdy se nám podaří toho pacienta zachránit, uzdravit, vyléčit…*

> *(I 06) Co mě motivuje? Motivují mě někteří pacienti, kteří jsou opravdu rádi za tu péči, kterou u nás mají.*

> *(I 08) Myslím, že mám svoje povolání docela ráda, i když někdy jsou výkyvy, kdy to třeba úplně nenaplňuje, ale vztah mám dobrý.*

(I 05) Myslím si, že se snažím v té práci dělat maximum, takže jsem spokojená s tím, co dělám, myslím si, že jsem si opravdu vybrala dobře.

Část sester se vyjadřuje, že při výkonu své profese vnímají určitou hrdost. Samotná profese splňuje jejich představy a je pro ně důležitá. Jiná část sester uvádí, že pokud by profese nesplňovala jejich představy, pravděpodobně by ji nevykonávaly.

(I 08) Myslím si, že jsem na své povolání hrdá.

(I 01) Vztah k povolání mám vcelku kladný. Ta práce mě baví, jinak bych to asi nedělal.

(I 04) Já myslím, že kladný, protože kdybych to nechtěla dělat, tak tam dávno nejsem v té práci.

I když sestry mají pozitivní vztah k profesi a vykonávají ji rády, část sester zároveň prožívá určitou dualitu. Sestry uvádí, že jsou profesí zároveň demotivovány, čímž je negativně ovlivněna jejich spokojenost, vnímají menší pocit naplnění.

(I 07) Vesměs kladný, neumím si představit, že bych dělala jinou práci. Nejsem ale spokojená s výsledkem, v čase… Byla jsem dříve pyšná na tu profesi, v dnešní době se mi smysluplnost trochu vytrácí. Více jsem v to zdravotnictví věřila.

(I 09) Tak asi pořád mě to baví, ale jsem strašně po těch letech zklamaná, kam se to zdravotnictví dostalo. Přišla jsem o ty všechny ideály.

(I 06) Já jsem si vždycky říkala po škole, že do zdravotnictví nikdy nepůjdu, ale nakonec jsem ve zdravotnictví už skoro 20 let, popravdě já tu práci mám ráda a zároveň ji nesnáším. Mám ji ráda kvůli pacientům, ale někdy ji nesnáším kvůli kolegům a kvůli nadřízeným.

4.1.2. Kategorie pacientů

Sestry si volí určité pracoviště, tedy ošetřovatelskou oblast, dle osobních a individuálních preferencí. Při výběru pracoviště sestry očekávají i určitou kategorii pacientů, kterým budou poskytovat ošetřovatelskou péči. Pro část z nich je skladba pacientů rozhodujícím faktorem, proč se pro konkrétní pracoviště rozhodly. Jiná část sester vnímá, že složení pacientů na pracovišti, nenaplňuje jejich představy o povaze oddělení. Sestry by motivovalo, kdyby poskytovaly intenzivní péči o pacienty, která je pro ně zajímavější než dlouhodobou ošetřovatelskou péči o pacienty.

(I 06) Je, určitě je pro mě příjemnější akutní medicína.

(I 01) …péče o pacienta, který je v intenzivní fázi toho onemocnění, je mnohem zajímavější než u pacienta, který potřebuje jen dlouhodobou ošetřovatelskou péči, ale mě osobně třeba nedělá problém se o takového člověka starat.

(I 09) Ta akutní medicína je stále dobrá, ta mě baví, akorát nyní, co tam máme za kategorii pacientů, tak moc nevidím moc úspěch své práce.

(I 06) ...jsme na ARU a ARO by mělo mít akutní případy a ne lidi, co potřebují následnou péči. Takže raději akutní pacienty. A to si myslím, asi většina sester na ARU, proto jsme šli dělat na ARO. Kdybychom se chtěli starat o lidi, kteří potřebují následnou péči, tak jsme šli dělat na nějaký NIP.

(I 05) Je to třeba i o tom, že to ARO bylo opravdu ARO a teď mi přijde kolikrát, že spíš pracujeme na OCHRIPU, ale nevadí mi to. Já jsem taková, že se o ty lidi ráda starám.

Některé sestry vnímají, že samotné složení pacientů, kteří vyžadují odlišnější ošetřovatelské a léčebné úkony, je významně demotivuje. Kontinuálně se opakující stále stejná péče o pacienty, vyvolává u část sester nespokojenost.

(I 05) Někdy tam něco je z té akutní medicíny, ale člověk si říká, že není tak starý na to, že by musel dělat jenom tohle pořád dokola.

(I 10) Spíš ta léčba těch pacientů, že bych chtěla nějaké odbornější výkony a trošku odbornější péče.

4.1.3. Změna pracoviště

Všem sestrám byla ke konci rozhovoru položena otázka, zda uvažují z pracoviště odejít nebo dokonce změnit svoji profesi. Část sester vyjadřuje spokojenost a neprojevují v současné době žádný úmysl z pracoviště odejít.

(I 08) V tuhle chvíli nemám úmysl odejít z pracoviště, v tuhle chvíli jsem tam celkem spokojená.

(I 10) Z profese určitě ne a z pracoviště momentálně také ne. Jsem tam spokojená a hrozně mě ta práce baví, i když bych si přála trošku větší medicínu, odbornější výkony, ale je to tím, kde pracujeme. Nejsme traumacentrum, takže od toho se ta práce odvíjí, ale i tak jsem spokojená a nemám v úmyslu někam odcházet.

Další část sester se vyjádřila, že ačkoliv jsou profesí motivovány, úmysl odejít z pracoviště zvažovaly. Důvodů může být několik a jsou velmi individuální. Žádný demotivační faktor však nebyl pro ně natolik velký, aby úmysl odejít realizovaly. I když tyto sestry projevují nespokojenost, zároveň vysvětlují, že svojí profesi v zařízení nebo na pracovišti vykonávají velmi dlouho a obávají se měnit dosavadní stereotyp. Ten může být narušen absolvováním delší cesty na nové pracoviště, změnou stávajícího kolektivu.

(I 04) Někdy jo, někdy mám chuť odejít. Ale pak si řeknu, že mi to za to nestojí a zůstanu tam. Není to jenom proto, že se mezi sebou hádáme nebo že na mě poslední dobou kouká přes prsty …pak si řeknu…udělám si svoje a půjdu. Protože v mém věku odcházet někam jinam. Možná tak na jiné oddělení, ale dojíždět někam do jiného špitálu, to už pro mě není.

(I 06) Já jsem uvažovala o změně, ale popravdě, jelikož jsem líná dojíždět, tak na tom pracovišti zůstanu.

(I 07) Určitě ne, ...tady pořád mám ty kořeny. Nejsem schopná měnit moc kolektivy, zvykat si na nové věci, abych jezdila do Prahy, hrozně bych to vše špatně psychicky nesla, nemám ráda velké změny, …

(I 01) ...změna pracoviště by byla asi ideální…člověka to posune kousek dál, naučí se nové věci, pozná nové lidi, a tak nějak to brání i tomu vyhoření. Na druhou stranu už jsem ve věku, kdy jsem méně flexibilní a méně otevřený těm novým věcem.

Jiné sestry jsou velmi demotivovány prací na směny a omezeným osobním životem, kategorií pacientů. Tento faktor může být natolik demotivující, že vyjádřily úmysl opustit stávající pracoviště a profesi by vykonávaly na odlišném typu pracoviště.

(I 09) Ano, tak já vnímám, že by to chtělo změnu, už jsem na tom stejném pracovišti strašně dlouho, člověk cítí, že je vyhořelý, chtělo by to změnu…. No já bych už třeba nechtěla pracovat na ty směny a tady v tom depresivním prostředí, u toho umírání, chtěla bych jiný obor, ale vím, že by to nebylo finančně ohodnocené… Ano, ano, ano, přesně, nechodit v noci do práce, o víkendy, o svátky, být doma jako normální ostatní lidi.

U další části sester však na pracovišti natolik převažují demotivační faktory, že reálně zvažují úmysl odejít. Vyjádřily se, že důvodem odchodu z pracoviště, je nedostatečné finanční ohodnocení nedostatečný profesionální rozvoj, nespokojenost s vedoucími pracovníky.

(I 02) Mám v úmyslu odejít z pracoviště, protože mám pocit, že jsem už před X lety dosáhla svého profesního vrcholu tady na tom oddělení a že od té doby to jde jenom z kopce…. opravdu nemám pocit nějakého uspokojení, co se týká profesního zaměření. To, že tady máš toho svého pacienta a o toho se staráš, to je mi tam příjemný, ale co se týká profesního…trochu degradace, mám pocit. Tak z toho důvodu jsem se rozhodla odejít. Nejsou v tom mezilidské vztahy…Můj důvod je tenhle a samozřejmě i nějaké adekvátní finanční ohodnocení za to.

(I 05) Já už jsem rozhodnutá na tisíc procent a prostě už tam být nechci. Už jsem chtěla odejít jednou a vlastně jsem neodešla, měla jsem přejít úplně mimo zdravotnictví, …. Ale teď vím…, že už tam být nechci…Takže si myslím, že ještě nejsem tak stará na to, abych mohla přijít někam se učit, nějakou opravdu akutní medicínu, proto jsem se rozhodla… Teď jsem měla psychické, vzhledem právě k tomu, jak to na oddělení je, ze strany vedoucích, ale hodlám to rychle vyřešit. No tak hodlám to vyřešit tak, že chci přejít, podat výpověď.

4.1.4. Prestiž

Sociální uznání a postavení vnímají některé sestry jako významný motivační faktor. V posledních letech sice stoupá prestiž povolání všeobecných sester, ale i tak může být některými sestrami vnímána jako nedostačující. Jiné sestry však své povolání považují za prestižní.

Společenská nedoceněnost

Nedostatečné ocenění ze strany veřejnosti, je popisováno některými informanty. Společenské postavení profese všeobecné sestry nevnímají jako dostatečně prestižní. Některé sestry se dokonce

vyjadřují, že nevnímají dostatečnou podporu i ze strany MZČR. Mají představu, že MZČR by mělo zvýšit atraktivitu tohoto povolání, více tuto profesi podporovat, a to i po finanční stránce. Další část sester demotivuje, že ačkoliv mají vysokoškolské vzdělání, není toto vzdělání dostatečně oceněno jak společensky, tak finančně.

> *(I 01) Myslím si, že ta práce určitě smysl má. Bohužel v dnešní době není dostatečně oceňovaná, ani společensky, nejenom finančně, ale i to postavení ve společnosti. Jednoznačně náhled veřejnosti je dehonestující...myslím si, že by bylo potřeba zaprvé zvýšit atraktivitu a prestiž toho povolání v očích veřejnosti ...i stran Ministerstva zdravotnictví bývá spíš takové, že nás srážejí, než aby nás podpořily, jenom aby nemusely přidávat.*

> *(I 08) Není to ohodnoceno tak, že jsme většina vysokoškolsky vzdělaných sester, kdybych si vybrala jinou vysokou školu, tak jsem na tom lépe.*

Výkon profese sestry s sebou obnáší velkou zodpovědnost za pacienty, ta je však společností nedoceněna. Část sester vnímá, že tato zodpovědnost je považována veřejností za samozřejmost. Domnívají se, že jakákoliv chyba ve zdravotnické profesi, ať už domnělá nebo skutečná, má daleko závažnější dopad a je daleko více veřejností sledována než u jiných profesí. Vysoké nároky na profesi, médiemi prezentované chyby jednotlivce, týmu, zařízení, v informantech může vyvolat nespokojenost.

> *(I 08) Mě napadají pouze chyby mediálně známé a ty nás negativně ovlivnily, protože to, co funguje v nemocnici, teď nevím, kde to bylo…v Příbrami, ten ORL kluk?... tak takhle to nefunguje na Kladně. Takže to naše zařízení ovlivnilo hrozně moc, ale na Kladně to takhle, jako v Příbrami, nefunguje. Ovlivnilo to celou republiku, všechny nemocnice, kde to fungovalo dobře, možná že to teď bude fungovat ještě lépe, ale nás to spíše obtěžovalo.*

Společenské ocenění

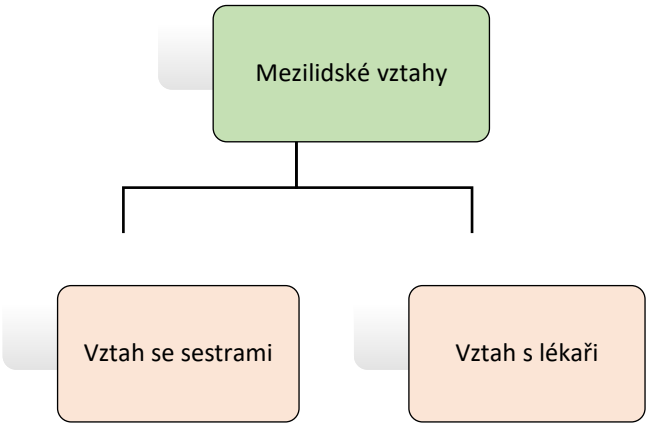
Některé sestry vnímají své povolání jako velice prestižní. Díky své profesi, ale i pracovišti, kde pracují, pociťují obdiv okolí.

> *(I 10) Tak to určitě. Když člověk řekne, že pracuje na ARU, tak pro všechny je to takové Vauuuuuu, to je jako něco, pracovat na ARU… Já ve svém okolí mám lidi, kteří mě úplně obdivují za tu práci, kterou dělám.*

4.2. Mezilidské vztahy

Spolupráce mezi sestrami a lékaři je v intenzivní medicíně nezbytnou součástí péče o pacienta. Častý těsný kontakt s ostatními kolegy, nadřízenými a lékaři, vnímají informanti na pracovišti různorodě. Vzájemný vztah mezi sestrami a lékaři, tvoří početnou kategorii (obrázek 3), kterou jsme následně dále rozčlenily. Samotné mezilidské vztahy, vzájemná spolupráce nebo případné konflikty, velmi souvisí s vnímáním spokojenosti sester na pracovišti.

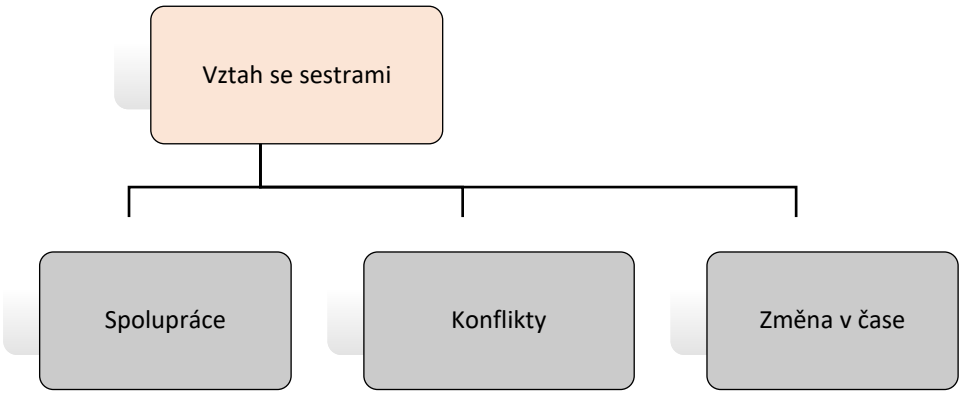
Obrázek 3: Kategorie Mezilidské vztahy



4.2.1. Vztah se sestrami

Ze získaných dat jsme zjistili, že sestry spolu tráví větší část pracovního času. Povaha jejich profese vyžaduje, aby si navzájem pomáhaly, spolupracovaly. Protože každá sestra má jiné povahové vlastnosti, odlišné zkušenosti, dovednosti a názory, vznikají na pracovišti mezi nimi i konflikty. Vztahy mezi sestrami se však v čase vyvíjí. Podkategorie zobrazuje obrázek 4.

Obrázek 4: Podkategorie Vztah se sestrami



Spolupráce

Během pracovní směny jsou sestry spolu v blízkém a častém kontaktu. Část sester vnímá vzájemné vztahy pouze jako kolegiální, jiné i jako přátelské. Sestry spolu také vzájemně diskutují o ošetřovatelské péči, probírají problémy s ostatními kolegy.

> *(I 06) Já ani popravdě nevím, jak to nazvat. Asi mám jenom kolegiální vztahy a v práci vyloženě přítelkyně, s kterými bych se úplně vídala i mimo… spíš je beru jako kolegyně.*

(I 06) Maximálně jsem se o tom bavila s kolegyněmi, které neberu úplně právě jako kolegyně, ale které mi jsou bližší. Kolikrát spolu diskutujeme o ošetřovatelské péči a o tom, že vidíme, že opravdu některé kolegyně udělají jenom ten základ a pak si pacienta skoro nevšimnou.

(I 09) Já ty přímé konflikty nemám ráda, ale asi tu situaci probíráme s kolegy ve službě.

V oblasti intenzivní medicíny je potřeba k zajištění kvalitní a bezpečné péče takový počet sester, aby byla zajištěna odpovídající péče o všechny pacienty. Část sester proto vnímá, že větší počet sester na pracovišti, může znamenat větší vynaložené úsilí, aby byla zachována vzájemná profesionalita a spolupráce. Vzájemná spolupráce je také ovlivněna individualitou sestry.

(I 10) Tak jsme z větší části ženský kolektiv, tak je samozřejmě někdy těžší vyjít se všemi, ale jinak se mi tam pracuje dobře, nemám s nikým větší problémy, že bych si s někým vyloženě nesedla, že bychom se nemohli ani potkat.

(I 09) Já myslím, že ano, ale v těch službách je to různé, podle toho, s kým se tam člověk potká, někdy je to lepší, někdy horší.

Jiná část sester se shoduje, že si navzájem pomáhají, spolupracují, vychází si vstříc. Sestry se vyjadřují, že ochota ke vzájemné spolupráci je ovlivněná také tím, jaký osobní vztah sestry mezi sebou mají.

(I 06) Musím říct, že tam docela funguje u nás, že si pomáháme. Ale jsou pak směny nebo kolegyně, které nejdou pomoci ze zásady, protože se třeba nemusejí, tak ty pomoct nejdou, ale musím říct, že ve většině případů si pomáháme.

(I 05) Že si tam všichni docela pomáháme, vyjdeme si vstříc, myslím si, že dobrý, až na pár vyjímek, dobrý.

(I 01) Na profesionální úrovni si myslím, že jsme schopni docela rozumně fungovat.

(I 05) No a mezi sestrami to je někdy horší, tak jsme ženský kolektiv, tak někdy to prostě není úplně ideální. Ale řekla bych, že super, pokud jde o práci, vyjdeme si vstříc, pomáháme si, funguje to dobře.

(I 08) Ale myslím si, že tam není nikdo, když za ním přijdu, aby mi šel pomoct, tak že by nešel, vždycky jde. I když třeba nejde s nadšením nebo je kamarádka, která půjde ráda a je holka, která nepůjde ráda, tak stejně půjde. Takže se mi nestalo, že by mi tu pomoc někdo odmítnul.

(I 10) To se mi tady na tom oddělení hrozně líbí, že si jedna druhé pomáháme, že to není, že bychom si každá hráli na svém písečku, ale opravdu si jdeme pomoct. Ta mi pomůže otočit, není to, že bychom si nevyšli vstříc.

Konflikty sester

Ačkoliv spolu sestry vzájemně spolupracují, některé popisují, že na pracovišti dochází i ke vzniku konfliktu. Některé sestry vnímají, že větší pravděpodobnost vzniku konfliktu je podmíněna větším počtem sester na pracovišti. Sestry se vyjadřují, že konflikty jsou osobního i pracovního charakteru, vyvolány ať už skutečnými, nebo domnělými výhodami, špatnou komunikací. Některé sestry si myslí, že negativně působí takový typ konfliktu, který je následně vnímán jako osobní útok.

> *(I 01) ... kde je větší počet lidí, je větší pravděpodobnost vzniku nějakého konfliktu, tomu se nedá vyvarovat, to prostě tak je.*
>
> *(I 01) Většina těch konfliktů je bohužel spíš osobního rázu, ne profesní záležitost.*
>
> *(I 03) Já si myslím, že někdy je to na úrovni pracovní i na úrovni osobní.*
>
> *(I 06) A co jsem slyšela i mezi sestrami, tam došlo také k nějakým takovým konfliktům, ale ne u všech jsem byla přítomná a nepřijde mi, že by to byl až takový konflikt, aby se to muselo bůhvíjak řešit, někdy je potřeba trochu vyčistit vzduch, možná nějakou menší hádkou.*
>
> *(I 04) A trošku mě demotivují ti kuřáci, protože tam věčně nejsou. Když se jim to všechno spočítá, tak tam za tu směnu nejsou zhruba dvě hodiny. Využívají častěji přestávky.*
>
> *(I 09) Tak zase jsou kolegyně různé, některá je ráda, že jí člověk upozorní na chybu a pak jsou kolegyně, které to neslyší rády a může kvůli tomu vzniknout konflikt.*

Konflikty sestry řeší všelijak. Část sester popisuje, že se do konfliktů nezapojují a sestry si vyřeší konflikt mezi sebou. Jiné sestry negativně vnímají, že konfliktem jsou ovlivněny i ostatní sestry a tím i celková atmosféra na pracovišti.

> *(I 03) Byla jsem přítomná, ale nezapojila jsem se. Nezasáhla jsem.*
>
> *(I 10) Vedoucí směny do toho zasáhla, bylo dané osobě doporučeno, aby opustila pracoviště a směnu. Dopad to mělo takový, že dotyčná sestra sama, na vlastní žádost, odešla ve zkušební době.*
>
> *(I 04) Hlavně by si to měly říct ty osoby, kterých se to týká a ne, aby se do toho montovaly další. Pak z toho vznikají většinou ty problémy a udělají z komára velblouda.*

Část sester vnímá konflikty jako krátkodobou negativní emoci, která neovlivňuje budoucí vztah mezi sestrami. Jiné části sester se však konflikt velmi dotýká a působí na ně demotivačně, způsobuje jim napětí, zvyšuje nespokojenost. Některé sestry vnímají, že určitý typ konfliktu vyvolává emoce i za delší čas.

> *(I 04) Myslím si, že si dokážeme říct spoustu věcí, dokážeme si to mezi sebou vyříkat. Dokážeme se samozřejmě na sebe naštvat, nemluvíme spolu ten moment, co jsme spolu na oddělení v té práci. Ale přijdeme druhý den a normálně se bavíme, takže to z nás vyprchá…*

(I 06) Konflikt nevyšuměl, řešil se právě ty dva měsíce, a i když jedna kolegyně odešla, tak stejně se to řešilo ještě potom.

(I 07) Já se tak nechovám, mě se to pořád dotýká ty mezilidské vztahy mezi sebou, mezi sestrami… Protože když vidím to napětí kolem sebe, tak se mě to hodně dotýká a pak mě to ovlivňuje, že se mi do té práce tolik nechce, když tam jsou určité osoby, protože vím, že tam rozdmýchávají nesvár a jsou to zbytečnosti.

Změna v čase

Vztahy mezi sestrami mohou být v určitém časovém úseku, vnímány stejnou sestrou odlišně. Některé sestry se vyjadřují, že to je způsobeno vývojem osobnosti, změnou postoje, idealizováním a jinými faktory.

(I 01) Vztahy na oddělení, kde pracuji, se během několika posledních let výrazným způsobem změnily.

(I 02) ...v tomhle období, jsou ty vztahy nejlepší, jaké kdy byly.

(I 05) Myslím si, že dřív jsem … respektovala, měla jsem ji i ráda. Hrozně jsem se v ní zklamala…

(I 07) Vztahy na oddělení, když to vezmu, že jsem řadu let ve zdravotnictví, myslím si, že jsou horší. Lidi nemají k sobě moc úcty. Mám letité srovnání a divím se až, k čemu dochází… Ale jsou to období, někdy je tam klid a pak se zase něco vyhrotí a je tam napětí.

(I 02) změnila jsem postoj v sobě…že spoustu věcí neřeším, které jsem řešila, nerozebírám spoustu věcí, takových těch žabomyších, o to se už nezajímám, takže se i méně rozčiluji a měně věcí tam řeším, …

4.2.2. Vztah s lékaři

Sestry společně s lékaři, poskytují péči o pacienta. Je potřeba si uvědomit, že jak „sesterská“, tak „lékařská“ péče se vzájemně prolíná a je nemyslitelné, aby byla poskytována odděleně. Vztah s lékaři má tři podkategorie (obrázek 5).

Rovnost

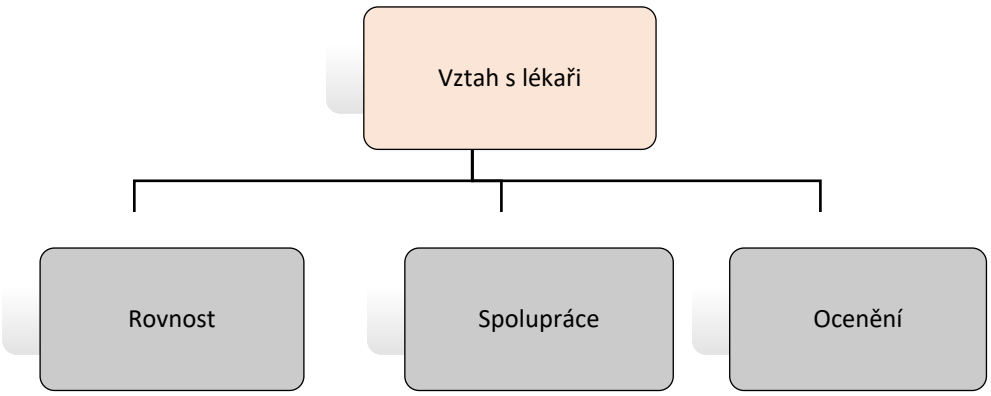
Některé sestry vnímají lékaře jako autoritu a plní jeho ordinace, záleží na kontextu celé situace.

(I 03) Je to lékař a beru ho jako svého nadřízeného a respektuji jeho rozhodnutí.

(I 04) Když to naordinují, tak musím respektovat ordinace.

(I 10) … většinou udělám to, co chtějí.

Obrázek 5: Podkategorie Vztah s lékaři



Na některé sestry působí motivačně, že je lékaři vnímají jako rovnocenné partnery. Vnímají velmi pozitivně, když lékaři vyžadují a reflektují názor sester. Většina sester oceňuje, že lékaři s nimi diskutují.

> *(I 01) ...když lékaři navrhnu, jestli by nebylo efektivnější nebo přínosnější pro toho pacienta pracoviště, kde mají větší zkušenosti nebo větší možnosti než my, tak o tom diskutujeme, …*
>
> *(I 04) Když mě něco napadne, že by to pacient mohl mít, nebo že by se mohlo udělat, tak já to těm lékařům řeknu a buď řeknou ano, že mám pravdu nebo ne, je to hloupost a tím to pak hasne.*
>
> *(I 06) A buď se rozhodne lékař, že to změní nebo to ponechá a vysvětlí mi důvod proč to ponechal. Ale nestalo se mi nikdy, že bych úplně razantně nesouhlasila, většinou jsme si to pověděli s lékařem, proč to tak naordinoval… Ne, nechci říct, diskutuji, řeknu svůj názor, nebo co bych já udělala, …*
>
> *(I 07) Navrhuji, samozřejmě poslechnu jeho ordinace, ale vyjadřuji se, protože jsem tam já celý den s tím pacientem, tak mu navrhuji.*
>
> *(I 08) Ne vždy to změní, když se mi něco nelíbí, ale někdy určitě, když uzná, že je to špatně naordinované nebo by to mohlo být naordinováno lépe, tak to určitě předělají.*
>
> *(I 10) Ano, určitě, i oni sami kolikrát přijdou a ptají se nás, co by bylo lepší pro pacienta.*
>
> *(I 05) Ptá se na stav pacienta nebo názor sestry, zajímá ho to a myslí si, že by se na to mělo přihlížet.*

Spolupráce

Spolupráci s lékařem sestry vnímají odlišně. Část sester motivuje spolupráce s lékaři, vnímají ji jako velice kladnou a oceňují, že lékaři akceptují názor sestry. Jiná část sester poznamenává, že by byly více motivovány, kdyby na jejich připomínky lékař kladl větší důraz, protože s pacientem tráví více

času. Na některé sestry působí demotivačně, když se neztotožňuje s postojem nebo rozhodnutím lékaře, není ji nasloucháno. Ať už lékař přikládá názoru sestry jakoukoliv váhu nebo k němu přistupuje rozdílným způsobem, je dle participujících sester, konečné rozhodnutí na lékaři a sestrou je respektováno.

(I 01) Spolupráci s lékaři si hodnotím na našem oddělení velice kladně.

(I 02) Na pár vyjímek, když něco řekneš, nějakou připomínku, tak je akceptovaná.

(I 10) Někdy to navrhnu, když mám pocit, že se mi něco nezdá, jestli se nad tím nechce alespoň zamyslet. Takže pokud se mi zdá, že by pacient potřeboval nějaké vyšetření, tak to lékaři navrhnu a buď mi řekne ano, nebo ne.

(I 05) Oni to ani nevidí, oni jsou s tím pacientem chvílí, vyšetří ho za pět minut, pak se tam jdou podívat možná někdy přes den, a to je všechno, s tím pacientem v podstatě nejsou v kontaktu.

(I 06) …jsem s tím pacientem 12 hodin, tak vnímám líp ty jeho potřeby a jeho zdravotní stav, tak řeknu svůj pohled a už je na lékaři, jak rozhodne.

(I 07) Na našem oddělení je mezi lékařem a sestrou spíše kamarádský vztah, přátelský vztah.

(I 08) Ale zase je možné, že i kdyby se třeba udělalo to, co my si myslíme, že by se mělo udělat a udělalo by se to, tak by to třeba dopadlo úplně stejně. Ten doktor na to má jiný názor a pořád je vzdělanější než já, takže by se to mělo respektovat…. Já jsem chtěla, aby se s pacientem více pracovalo a ta lékařka to pochopila, jako že jí napomínám.

Část sester vnímá, že důležitým faktorem, který ovlivňuje jejich spolupráci s lékaři, je individualita lékaře, s kterým mají spolupracovat. Vyjadřují se, že každý lékař vnímá poznatky sester rozdílně a rozdílně k nim přistupují. Sestry popisují, že s určitým typem lékařů diskuzi ani nezahajují, protože vnímají, že pro ně nejsou rovnocennými partnery, což v nich vyvolává nespokojenost.

(I 06 Jak s kterým. Některý lékař, cítím, že nás bere jako rovnocenné partnery a u některých lékařů nebo lékařek cítím takové, nechci říct úplně opovržení, ale že nejsme rovnocenní partneři.

(I 09) …, jak s kým, kdo se z lékařů nechá, někdy si nechají poradit, někdy ne, někdy se nad tím zamyslí …, podle toho, kdo slouží.

(I 07) Párkrát se mi stalo, že se mě něco dotklo a nemohla jsem za to, s konkrétní osobou, lékařem, která se mi přišla omluvit a já omluvu přijala. Ale v ten daný moment mě to rozhodilo, bylo mi to hrozně líto, protože jsem věděla, že nemá pravdu. Ale pak se to vyjasnilo, přišla a opravdu se omluvila, a to člověk přijme.

(I 08) Snažím se s lékařem diskutovat v péči o pacienta a u některých to samozřejmě smysl má a někteří to dělají trošku naopak, ale to je jeden konkrétní, který to udělá schválně.

(I 05) Ale pak jsou tam lékaři, třeba……, takže nevnímá tu situaci tak, jak to vnímáme my.

(I 02) Jak s kterým, s některým se dá mluvit, nechají si poradit nebo s tebou konzultují a zajímá je stav toho člověka, ale pak jsou lékaři, kteří si jedou podle sebe a sestra je nezajímá, ani její poznatky, ani to, co u toho pacienta zjistila a vidí, …

Ocenění

Část sester negativně vnímá, že jejich péče o pacienta, není dostatečně lékaři oceněna, záleží však na individualitě lékaře. Některé sestry demotivuje, že lékaři jejich pracovní náplň podceňují, péči sestry o pacienta považují za automatickou.

(I 04) Možná občas ten lékař, neříkám, že všichni. Třeba řeknou: „Jo, máš pravdu, to je dobře, to jsi vymyslela dobře." Jinak to nikdo ale neřeší, mám pocit.

(I 06) Já si myslím, že to berou všechno úplně automaticky, že je to naše práce, takže nás nikdo za to nechválí.

(I 09) Myslím, že ne, že si to vůbec neuvědomují, kolik času a práce s tím pacientem máš.

(I 09) Vidí to strašně jednoduše od toho stolu s tím počítačem, že u toho pacienta stráví strašně málo času a tu sesterskou práci strašně podceňují.

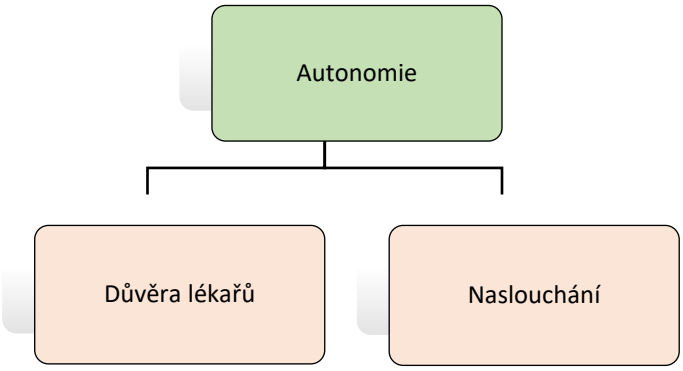
(I 07) Tak to si myslím, že si ani moc neuvědomují. Jak říkám, všechno je to v jednotlivcích, někdo si to třeba uvědomuje, ale myslím si, že oni si tolik naší práci neváží.

(I 02) Nikdy jsem neslyšela, že by někdo ocenil: „Jo, ty se hezky staráš o pacienta, ty ho máš upraveného" anebo: „ty se nehezky staráš", to jsem nikdy neslyšela, že by to tam takhle někdo řekl.

4.3. Autonomie

Sestry se vyjadřovaly na otázku, zda jim lékaři důvěřují. Sestry na tomto pracovišti vnímají velkou míru autonomie. Tato kategorie velmi úzce souvisí se spolupráci s lékaři, stanoveny byly pouze dvě podkategorie (obrázek 6).

Obrázek 6: Kategorie Autonomie



4.3.1. Důvěra lékařů

Sestry vnímají od lékařů velkou důvěru v jejich schopnosti. Motivuje je, že jim lékaři nechávají určitou volnost v rozhodování. Sestry se vyjadřují, že určitá volnost v rozhodování klade na sestry velké požadavky a musí se často samy rozhodnout, jaký postup zvolí. Sestry předvídají budoucí vývoj stavu pacienta a reagují na něj. Některé sestry se pak cítí sebejistěji a posilují se u nich organizační schopnosti.

> *(I 01) Jestli věří mému úsudku? Ano, věří ...nechává nám určitý prostor seberealizace v rámci té péče, která je v mezích samozřejmě zákona.*
>
> *(I 03) …, důvěru máme, ale sám si to tam přijde někdy i zkontrolovat, když se třeba extubuje pacient, tak si tam přijde zkontrolovat akci, dechové objemy, saturaci. Ale je to v naší práci taky důležité, být vědma.*
>
> *(I 05) Jo, jo. Tam si to v podstatě organizují sestry samy.*
>
> *(I 08) Pro ně je to jednodušší, když má schopnou sestru, která to udělá dobře, ví, že to udělá dobře, že se nad tím zamyslí, než že by to musel za ní vymýšlet, protože většinou to, co děláme samy, tak to umíme.*

Sestry se vyjadřují, že jim lékaři dávají určitou benevolenci při aplikaci některých léčiv. Za dávkování léčiv i stav pacienta, pak sestry nesou určitou zodpovědnost a tím je pozitivně ovlivněna nejen pracovní spolupráce s lékaři, ale i jejich spokojenost.

> *(I 07) V tom nám dávají benevolenci, že to naordinují do té vizity a máš za to tu zodpovědnost.*
>
> *(I 09) Má tam nějaké rozmezí v dávkování podle toho stavu, takže si myslím, že ano, v tomhle si myslím, že nám docela dávají nějakou důvěru.*
>
> *(I 10) V tomhle nám lékaři důvěřují, nesetkala jsem se nikdy s tím, že by lékař neměl důvěru v sestry. To by asi pak ta pracovní spolupráce byla nulová, to je základ.*

4.3.2. Naslouchání

Sestry považují za důležité, aby jim lékaři v péči o pacienty, naslouchaly. Sestry vnímají, že schopnost lékaře jim naslouchat, posiluje vzájemnou spolupráci. Část sester vnímá demotivačně, když jim není naslouchá no, mohou se cítit podceňované a vnímat menší míru autonomie. Míru autonomie sestry vnímají odlišně v závislosti na individualitě lékaře.

> *(I 01) S lékaři si myslím, že má většina z nás kolegiální vztahy na oddělení. Ta spolupráce probíhá víceméně na stejné úrovni, kdy spolupracujeme, navzájem se radíme. Lékař nám naslouchá…*
>
> *(I 03) Tak naslouchá. Myslím si, že většinou doktoři naslouchají… Ano, diskutujeme, probíráme zdravotní stav pacienta.*

(I 10) Většinou musím říct, že si nechají lékaři poradit, vyslechnou nás. Sami si dobře uvědomují, že máme některé zkušenosti ohledně některých věcí mnohem větší než oni.

(I 08) Dost často je připomínka akceptována. Ne vždy, záleží, co to je za připomínku a jestli se mnou ten lékař souhlasí, ale snaží se nám vyjít vstříc.

(I 05) Jo, já si myslím, že ve většině případů s těmi lékaři, když se na to upozorní, že ten pacient má mít nějakou léčbu, tak jim to nasadí, s tím není problém.

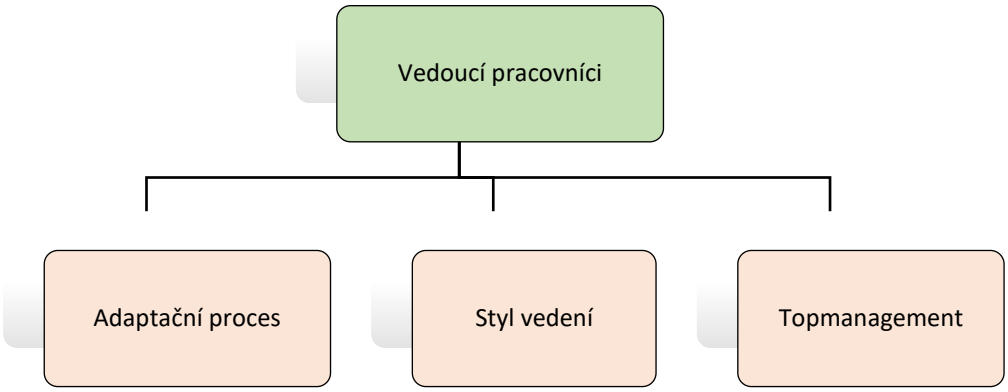
(I 04) Spolupracujeme, někteří jsou vlídní k tomu, co my jim naznačíme nebo poradíme... A někteří prostě nám řeknou, že nejsme od toho, abychom přemýšleli.

(I 07) Když nezmění tu ordinaci nebo se neztotožňuje s mým názorem, tak se nedá nic dělat, nejsem lékař.

4.4. Vedoucí pracovníci

Tato kategorie má větší množství podkategorií (obrázek 7). Z důvodu lepší přehlednosti, bude proto schématické i barevné členění zobrazeno i u některých podkategorií. Sestry se vyjadřovaly k velkému množství různorodých faktorů, nejvíce ke stylu vedení, který má 7 subkategorií, ty jsme pak následně dále rozčlenili. Sestry se vyjadřují, že je pro ně důležitý správný styl vedení a také forma komunikace, kterou vedoucí pracovník uplatňuje. Stylů vedení je několik. Ani jeden není pro všechny sestry úplně ideální. Styly vedení by se měly navzájem prolínat.

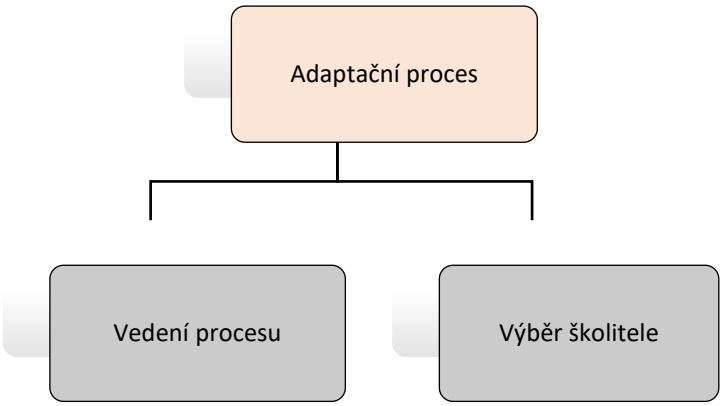
Obrázek 7: Kategorie Vedoucí pracovníci



4.4.1. Adaptační proces

Vedoucí pracovníci se významně podílí na zaškolování nových sester. Sestry se vyjadřují, že vedoucí pracovníci disponují určitým adaptačním procesem a vybírají školitele, který má nové sestře pomoci usnadnit adaptaci na novém pracovišti. Cílem adaptačního procesu by mělo být vytvoření vhodných podmínek pro rozvoj nových sester. Sestry vnímají, že u nových sester má docházet k získávání a prohlubování znalostí, dovedností, postojů. Adaptační proces zahrnuje vlastní vedení procesu a výběr školitele (obrázek 8).

Obrázek 8: Podkategorie Zaškolování



Vedení procesu

Adaptační proces vnímají některé sestry jako nevyhovující a myslí si, že adaptační plán se na pracovišti ani nenachází. Jiná sestra vnímá, že oproti dřívější době, se aktuálně novým sestrám věnuje větší pozornost. Sestry se vyjadřují, že v současnosti je nové sestře přidělena jedna sestra školitelka, se kterou má nová sestra naplánované směny. Dříve ale měla nová sestra pokaždé jinou školitelku. To mohlo to představovat jeden z důvodů, proč nové sestry byly demotivovány a odcházely z pracoviště. Sestry se vyjadřují, že každá školitelka má jiné pracovní postupy a nové sestry se mohly cítit zmateně.

(I 01) Adaptační proces je podle mého názoru naprosto nevyhovující.

(I 10) Řekla bych, že na našem oddělení se adaptační plán snad ani pořádně nenachází. Tam si myslím, že je ještě hodně práce na čem se dá zapracovat.

(I 09) Nějaký zácvik určitě probíhal, i když se to za tu dobu, co tam pracuji, velmi změnilo. Na začátku před mnoha lety, si nás až tolik asi nevšímali, zacvičili nás týden, dva, nazdar a teď si myslím, se těm nově příchozím věnuje víc, intenzivněji.

(I 04) Já si hlavně myslím, že nové sestry by měly mít jednu a tutéž školitelku, protože jsem se setkala s názory nových kolegyň, že jak mají každou chvilku někoho jiného, tak v tom mají zmatek. Protože každá jim říká něco jiného, jak to dělá ona, ta dotyčná, zrovna v ten den, když ji mají na starosti a holky pak v tom mají zmatek.

(I 06) Momentálně se adaptační proces dělá tak, že nově příchozí dostane jednu sestru, která ho bude zaškolovat s tím, že se snaží přizpůsobit rozvrh, aby tyto dvě osoby byli spolu na směnách…Ale provádí se to tak teprve několik měsíců, protože předtím to bylo absolutně nepromyšlené, nová sestra každý den měla někoho jiného, docházelo tam pak k takovým nepříjemným situacím, protože přece jenom každá má jiný postup, každá dělá věci po svém.

(I 10) Nejdřív je mu představeno oddělení jako takové, pak se seznamuje s chodem oddělení a nyní poslední dobou je mu přidělená nějaká sestra školitelka, která se ho snaží provést tou dokumentací a celkově tou péčí na našem oddělení, jaké máme standardy a čím se řídíme.

(I 02) Předtím to bylo neefektivní, myslím si, že i dost nových kolegyň kvůli tomu odešlo, co přišlo a na jednu stranu se jim nedivím, když přijdeš do zaměstnání, kde se ti nikdo nevěnuje, nebo máš pokaždé někoho jiného, jako vedoucího pracovníka, tak jsi prostě zmatená.

Výběr školitele

Sestry se vyjadřují, že by ocenily, kdyby nově příchozí sestra dostala jednoho konkrétního školitele, který by měl být pro tuto pozici proškolený a měl by odpovídají znalosti a dovednosti. Sestry se domnívají, že nová sestra má sloužit směny se školitelem, který má být schopný novou sestru úspěšně provést celým propracovaným adaptačním procesem. Ačkoliv nová sestra má v současné době svoji sestru školitelku, některé sestry se zmiňují, že z nějakých důvodů spolu nepracují.

(I 01) Myslím si, že by bylo vhodné, aby vedoucí pracovníci vybrali konkrétní školitele, školitelky, které by splňovali všechny požadavky stran vzdělání, stran praxe a stran dovedností a splňovali samozřejmě nějaké osobnostní předpoklady k tomu, někoho něco naučit, toho člověka. A dovést za nějakou určitou dobu k závěru adaptačního procesu, aby potom ten člověk byl schopný sám samostatně pracovat. Bohužel u nás školí zrovna ten, kdo se namane.

(I 02) Myslím si, že musí být školící sestra, která musí být s tím novým pracovníkem a musí s ní mít samozřejmě celý rozvrh.

(I 04) Já bych asi neměnila, akorát bych změnila, aby ta holka měla fakt toho svého školitele. Za mých starých časů to tak bylo, že ty holky, co nastoupily, sloužily vesměs s těmi školitelkami. Aby byly spolu co nejvíc.

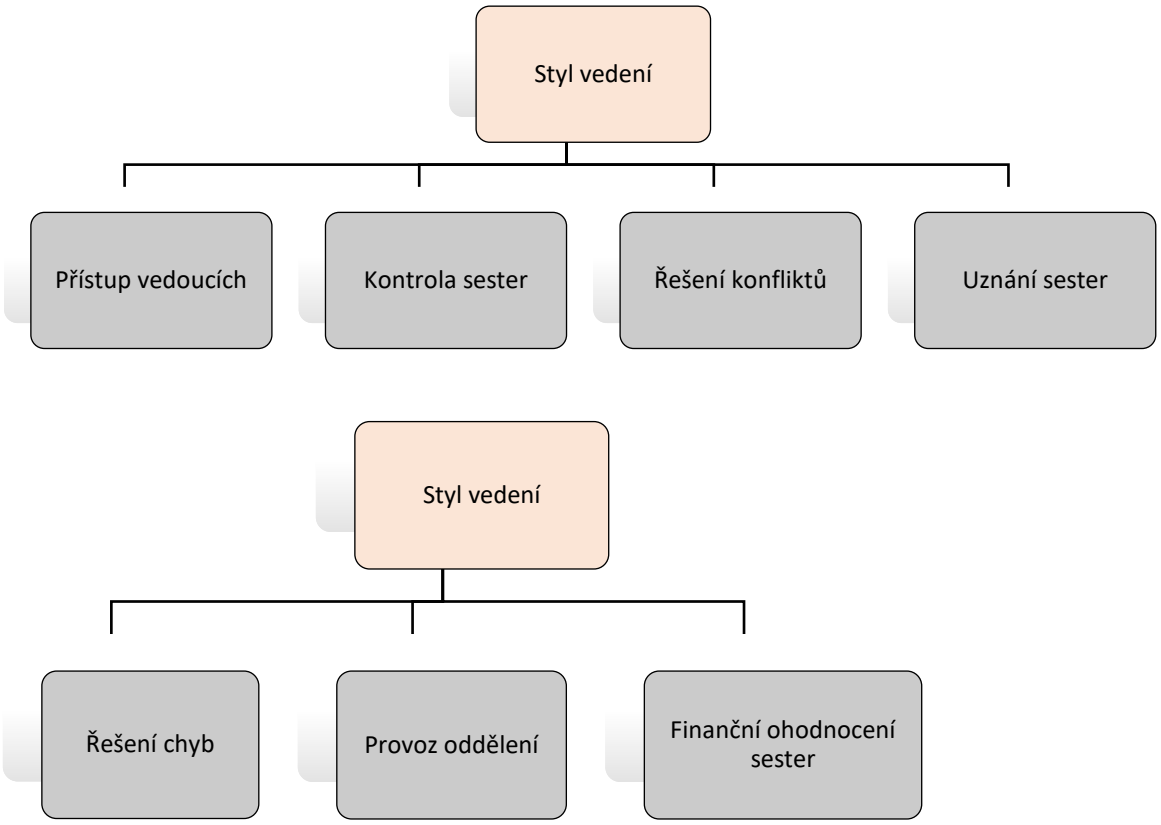
(I 09) Není daná jednotná sestra školitelka, která by s tím novým zaměstnancem pracovala, nepřehazovala si nového pracanta jako horký brambor. Nevím, proč je s tím takový problém, nefunguje to.

(I 04) No ona třeba zrovna ta jedna kolegyně dostala svoji školitelku, ale nejsou vůbec spolu. Takže tím pádem jí školí spousta holek.

4.4.2. Styl vedení

Styl vedení zahrnuje samotný přístup vedoucích pracovníků k sestrám, kontrolu, hodnocení, uznání sester, řešení chyb a konfliktů a samotný provoz oddělení (obrázek 9).

Obrázek 9: Podkategorie Styl vedení

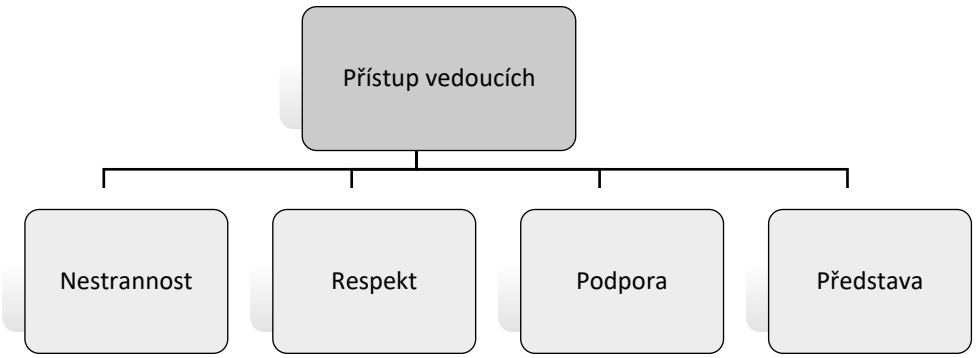


Přístup vedoucích

Přístup vedoucích pracovníků je pro některé sestry demotivující a negativně ovlivňuje spokojenost sester. Sestry se vyjadřovaly ke čtyřem faktorům (obrázek 10).

> *(I 01) …přístup toho vedení mě tak trošku demotivuje, a i ty vztahy v tom kolektivu mě trošku demotivují k tomu, abych tam trávil více času, než je nezbytně nutné.*

Obrázek 10: Podkategorie Přístup vedoucích



Nestrannost

Sestry se vyjadřují, že je pro ně velmi demotivující, když se vedoucí pracovníci chovají rozdílně k jednotlivým sestrám, nejsou nestranní. Některé sestry vnímají, že vedoucí pracovníci preferují určitou část sester. Další část sester však uvádí, že se vedoucí pracovníci snaží být ke všem spravedliví. Jiné sestry vnímají, že vedoucí pracovníci mají z některých sester obavy, což se projevuje ve stylu vedení a přístupu k těmto sestrám.

(I 01) ...u některých lidí se tolerují věci, které by se u jiných netolerovali absolutně vůbec.

(I 04) Podle toho, jak se k mým kolegyním chová. Ke každému se chová rozdílně.

(I 05) Tak určitě, myslím si, že oblíbenci jsou ti, kteří s ní chodí na cigáro. Pak jsou oblíbenější ti lidi, co si k ní chodí věčně stěžovat, nebo jestli i donáší, to nevím.

(I 09) No není právě, to je asi ten velký problém, není tam stejný metr na všechny, je to takový trošku „ksichtovný."

(I 06) Takže by nás měl brát všechny stejným metrem, a to se prostě neděje.

(I 10) Někdy je to lepší, někdy horší, snaží se mít na všechny stejný metr.

(I 08) Určitě, … je hodná, není zlá, ale nedokáže všechny udržet, to asi nedokáže nikdo, …jsou silnější osobnosti, které mají nad ní navrch a těch se bojí, to je špatně. Určitě se snaží, …

Sestry se vyjadřovaly k respektu k vedoucím pracovníkům. Část sester, ačkoliv má k vedoucím pracovníkům výhrady, vedoucí pracovníky respektuje. Jiná část sester považuje respekt k vedoucím pracovníkům za slušnost. Některé sestry se vyjadřují, že by vedoucí pracovníky více respektovaly, kdyby se více vzdělávali. Jiná část sester vedoucí pracovníky nerespektuje.

(I 07) Já teda ano, já jsem tak vychovaná a mám to v sobě povahově. Snažím se chovat k lidem slušně a ty autority já respektuji.

(I 06) Já je respektuji, ale mám k nim výhrady.

(I 03) Myslím si, že vedoucí pracovníky respektuji.

(I 10) Plně respektuji rozhodnutí vedoucího pracovníka.

(I 08) Neříkám, že vedoucího pracovníka nerespektuji, ale měli by se více vzdělávat a zlepšit svoje znalosti.

(I 09) Mám s tím trošku problémy, mám s tím trošku obtíže, jsem si toho vědoma. Tak úplně je nesnižuji, nemůžu říct, že bych je neposlouchala, ale se spoustou věcí nesouhlasím a ono se o tom s nimi nedá moc diskutovat.

(I 02) Nerespektuji. Ne, nemám úctu ani nerespektuji vedoucí pracovníky, ani jednoho, ani druhého.

(I 01) ... nemá absolutně vůbec žádnou autoritu.

Podpora

Podporu vedoucími pracovníky vnímají sestry jako jeden z nejvýznamnějších motivačních faktorů. Část sester se vyjadřuje, že se jich vedoucí pracovníci po pracovní stránce nezastávají, ale když potřebují pomoci v osobních záležitostech, vedoucí pracovníci jim naslouchají, snaží se jim vyjít vstříc, snaží se problém řešit. Další část sester motivuje na vedoucích sestrách přátelské vystupování, ochota pomoci při výměně služeb, pomoc s ošetřovatelskou péčí o pacienty. Jinou část sester demotivuje, že vedoucí pracovníci nenaslouchají problémům v mezilidských vztazích a vázne vzájemný přenos informací.

(I 04) … někdy mě demotivuje ta naše…. Svým chováním, jednáním. Protože už neví, co ta práce obnáší … nezastane se nás před jiným vedením, před jiným oddělením, protože si asi nechce dělat zle před ostatníma, hlavní a dalšími… Ta se zastane akorát, když potřebuje s něčím poradit, tak najednou přijde jako mílius, tedy po pracovní stránce. Ale když potřebujeme něco osobního, zdravotně když jsme na tom špatně, tak to musím říct, že pomůže. To … aspoň pomůže.

(I 08) Jak …, tak …, co se týká osobních problémů, tak se je snaží řešit. Určitě to není tak, že by se na to vykašlaly, ale podle jejich možností, se to snaží řešit.

(I 07) Tak já většinou za vedoucím pracovníkem nejdu, ale když je potřeba, naslouchají, vyslechnou tě… Líbí se mi, že jsou kamarádský, vyloženě se jich člověk nebojí, můžeš se s nimi o všem bavit.

(I 09) U … sestry pracovitost, snaživost, to určitě. Když to jde, vyjde ti vstříc, nehází ti klacky pod nohy, co se týče např. výměny služeb… Naopak mi přijde, že chce všem vyhovět a ono to asi není úplně možné... Kromě toho, že zajišťuje nějaké doplňování a materiál, tak ještě chodí pomáhat kolegyním k pacientovi, což není asi úplně standardní. Já si myslím, že se ty informace z toho oddělení nedostanou do té kanceláře, protože mezi nimi nefunguje sdělování těch informací … když jde o mezilidské vztahy, to už je horší, vyslechne si to, ale málokdy se to řeší dále …

Část sester vnímá, že vedoucí pracovníci uplatňují zřejmě v určitých situacích bouřlivý způsob řešení problémů.

(I 01) Když se něco nepovede nebo se zjistí nějaký nedostatek ... do toho vstoupí tím svým typickým autoritativním přístupem, kdy naprosto nedůstojně řve na všechny nás podřízené...je to takové dost ponižující. Místo, aby k tomu přistoupila naprosto v klidu, s klidnou hlavou a rozumně nám řekla, co a jak máme dělat, nebo nemáme dělat, tak tam začne na všechny řvát a dost často i vulgárně... se svými podřízenými neumí vůbec profesionálně jednat.

(I 05) … se o nás, jako o svých se sestrách, nevyjadřuje dobře a nechová se k nám tak, jak by se měla chovat.

(I 06) Ale byla jsem svědkem, kdy vedoucí pracovník verbálně napadal své podřízené.

Představy

Participující sestry se vyjadřovaly k představám o vedoucím pracovníkovi. Nejvíce by sestry motivovalo, kdyby byli vedoucí pracovníci spravedliví a měli stejný přístup ke všem sestrám. Sestry vnímají, že přístup k jednotlivým sestrám je ovlivněn např. osobními preferencemi, nerovnoměrným uzavíráním přátelství s podřízenými. Sestry by motivovalo, kdyby vnímaly ze strany vedoucích pracovníků větší podporu, projevovali snahu se za ně postavit, sestrám naslouchali, projevovali ochotu diskutovat o změnách.

(I 03) ...aby všem měřili stejně. Jestli mi rozumíš.

(I 04) Aby nebyli křiváci. Aby se nás zastávali. I když si myslím, že naše … se občas i zastane, ale naše … ne.

(I 05) No myslím si, že vedoucí pracovník by měl hlavně řešit vedení oddělení, jestli na oddělení všechno funguje dobře, jestli je o pacienty dobře postaráno, jestli lidi dobře pracují, jestli jsou hlavně přítomní na pracovišti, což se u nás taky stává, protože naše kolegyně kuřačky, ty opravdu mnoho času z pracovní doby stráví někde jinde než na oddělení.

(I 06) Já si myslím, že vedoucí pracovník by měl být hlavně silná osobnost, mít to srovnané v hlavě, aby nepletl práci dohromady se svými kamarády… Měl by to být někdo, kdo se nebojí rozhodovat, kdo se nebojí dělat změny, kdo se nebojí být přísný, protože přísný, neznamená zlý.

(I 09) Aby se trošku zajímali, myslím, že ten náš nejvyšší nadřízený vůbec neví, jak kdo pracuje a rozdává za to odměny, neví, co se tam děje a neví, co tam materiálně chybí.

(I 10) Kdyby za nás trochu víc bojovali a trochu se za nás více postavili a pokud máme nějaký problém, tak se snažit, pro to něco více udělat.

(I 02) A myslím si, že i výkonnost zaměstnanců bude daleko vyšší, když ten člověk bude přísný, ale spravedlivý. A to u nás není, ani jeden.

(I 07) Aby za nás bojovali i na jiných místech, kam chodí pouze oni, aby za nás, za sestry, bojovali… Abychom měli zastání, protože lékaři mají za sebou zastání, mám srovnání s jinými odděleními, že to zastání je, ale tady to tak moc nevidím.

Kontrola sester

Některé sestry se vyjadřují, že by ze strany vedoucích pracovníků ocenily kontrolu a zpětnou vazbu při vykonávání své profese. Sestry vnímají, že vhodně zvolená kontrola by omezila případné rozpory mezi sestrami. Sestry se vyjadřují, že rozpory a konflikty vznikají kvůli odlišnému pohledu na poskytovanou ošetřovatelskou péči o pacienta, odlišnému pohledu na určitou situaci. Část sester by motivovalo, kdyby byl hodnocen i pracovní výkon sestry. Na pracovišti probíhá převážně kontrola dokumentace, kterou některé sestry vnímají, že je nadřazena kontrole ošetřovatelské péče.

(I 03) Jsou tam samozřejmě nějaké rozdíly. Z postu vedoucí pracovnice by měla být větší kontrola jak v ošetřovatelské péči, tak léčebné. Zpětná vazba a kontrola tam není, jaká by měla být.

(I 04) Jenže ten vedoucí pracovník by to musel zjistit. A tam to není. Pak nastávají konflikty, že ona říkala tohle, ta řekne další, že to bylo takhle a pak je z toho jenom problém. A pak se to hádá na tom oddělení.

(I 05) Myslím si, že kdyby to bylo ze strany vedoucího pracovníka, tak by odpadlo to mezi těma sestrami. Prostě by na to někdo dohlídl přes den, koukla by a řekla: „ukliď si tady, máš tady bordel." Právě to by nemuselo pak dělat rozpory mezi sestrami.

(I 05) Ne, vůbec, u nás na oddělení to nefunguje vůbec, takže že by tam někdo hleděl na to, jestli člověk dobře pracuje, tam se tohle vůbec tohle neřeší, tam se řeší jiné věci.

(I 06) Tam nastane změna jedině, pokud staniční a vrchní sestra půjdou, budou kontrolovat pacienty, tak potom teprve nějaká změna nastane. Jelikož se to neděje, tak tam žádný pokrok k lepšímu nebude.

(I 08) Kontrolují nás, jestli jsme odškrtly, zakroužkovaly, jestli máme správně dokumentaci, jestli jsme někde něco nepřeškrtly, tak to je zkontrolované na maximum. Ale to, jak se kdo stará o pacienta, to se moc nekontroluje.

(I 09) Ale myslím si, že ta, co nás má zevrubně nějak kontrolovat, v podstatě ani neví, jak kdo pracuje.

(I 07) Myslím si, že by se ta péče měla sledovat, kdo jak pracuje, by se mělo sledovat. A to není.

Řešení konfliktů vedoucími

Sestry vnímají, že spokojenost sester na pracovišti je ovlivněna vznikem konfliktů, které některé sestry vnímají jako obtěžující, jiné jako přínosné, záleží na přístupu individuálních sester. Sestry vnímají, že je důležitá i povaha konfliktu a jestli konflikt zvládnou sestry mezi sebou, zapojí se do něj ostatní sestry, nebo jej řeší vedoucí pracovníci.

Některé sestry na pracovišti demotivuje, že je ke konfliktu přistupováno nevyhovujícím způsobem, který představuje např. přepsání směn, forma pohovoru za tzv. zavřenými dveřmi. To může být pro část sester demotivující, protože se domnívají, že by se vedoucí pracovníci měli k danému konfliktu otevřeně vyjádřit, případně by měli nastolit nějaké opatření, např. finanční sankci. Další část sester naopak demotivuje, když se do konfliktu zapojují jiné osoby, domnívají se, že konflikt by měly řešit samotné sestry, kterých se týká. Některé sestry vnímají, že určitá povaha konfliktu je nad rámec schopností vedoucích pracovníků, uspokojivě konflikt vyřešit.

(I 01) … do toho nevstupuje vůbec většinou nebo když už do toho vstoupí, tak způsobem, který je naprosto nevyhovující, například, že přepíše rozvrh, aby spolu

ty dvě kolegyně už nesloužily a … to neřeší. A když to začne řešit, tak opět způsobem, který je naprosto nedůstojný a naprosto nevyhovující a nepřísluší té situaci.

(I 04) Ten konflikt vznikl mezi určitými osobami. Já si myslím, že se to nevyřešilo. Ostatní to berou za vyřešené, protože ta kolegyně odešla pryč. A samozřejmě všichni dávají vinu jí a já si myslím, že to není jenom na ní. A hlavně se tady do toho problému mezi dvěma kolegyněmi štvaly jiné, kterým do toho nic nebylo.

(I 06) Zapojovali se do toho vedoucí pracovníci. Já jsem u toho konkrétně nebyla, ale vím, že docházelo k nějakým pohovorům mezi těma sestrami.

(I 08) Co se týká osobních konfliktů, tak ani …, ani … to nemůžou vyřešit, není to v silách vedení. Ty osobní konflikty vždycky byly a vždycky budou, spíše jde o to, aby to nezasahovalo pacienta, a to u nás nezasahuje.

(I 09) Určitě si myslím, že by o tom měla vědět i … sestra, určitě by to nemělo být pořád za zavřenými dveřmi, záleží, o jaký problém by se jednalo a určitě by se s tím mělo něco udělat, nenechat to vyšumět.

(I 02) Myslím si, že naslouchá úplně stejně na všechny strany a všem stranám stejně odpovídá. Co se týká našeho vedení, tak si myslím, že nefunguje dobře v mezilidských vztazích a řešení problémů.

(I 07) To bych určitě ocenila. Z pozice autority by se měl k tomu vyjádřit a ti podřízení by ho měli samozřejmě respektovat, protože to je zase o tom, že ten respekt není… Nejsou za to žádné sankce, nebo že by to vedení se k tomu nějak vyjádřilo…spíše si to vyřeší ty lidi mezi sebou, ale to kolikrát je na dlouhou dobu, vleče se to.

Uznání sester

Sestry se vyjadřují, že správně zvolená pochvala je motivuje, posiluje jejich vnitřní hodnotu, zvyšuje pocit sebejistoty. Část sester vnímá, že jim pochvala od vedoucích pracovníků chybí. Pro další část sester však uznání není důležité a nestojí o něj. Sestry vedoucími pracovníky cítí nedostatečně oceňovány, což část z nich demotivuje.

(I 01) Neocení absolutně vůbec.

(I 03) Taky výjimečně. Necítím se oceněná vedoucími pracovníky.

(I 04) S tím jsem se teda nesetkala. Anebo jsem u něčeho takového nebyla, nebyla jsem přítomna při tom, že by vedení chválilo.

(I 06) Popravdě já nestojím o uznání. Já chodím do práce kvůli tomu, abych si vydělala peníze na žití a na svoji zábavu a na jídlo.

(I 09) Poslední dobou mám pocit, že mě nikdo za nic nechválí, takže úplně nevím, jestli to také ta naše … bere automaticky, že je o ty naše pacienty dobře celkově pečováno, myslím si, že cíleně nikoho nechválí.

(I 10) …, což pro mě znamená docela hodně, a tak jsem byla pochválená vedoucím pracovníkem.

(I 02) Za celých … let, co jsem ve zdravotnictví, si nepamatuji, že by mě někdo za něco pochválil. … naše … při odchodu domů řekla: „Holky, děkuji vám, teď jste fakt fungovaly.“ A to jsem slyšela dvakrát.

Řešení chyb

Některé sestry se vyjadřují, že chyby dělá každý jedinec, v profesi všeobecné sestry však chyby můžou mít různě závažný dopad. Část sester vnímá, že chyby se pravděpodobně dějí, ale neví, jak se řeší. Jiná část sester se vyjadřuje, že se chyby řeší se na provozních schůzích. Další část sester vnímá, že chyba je řešena vedoucími pracovníky, kteří učiní nějaká opatření. Některé sestry se však vyjadřují, že opatření nemusí být individuálními sestrami dostatečně reflektováno.

(I 10) Ale jsou určité situace nebo chyby, které se asi rozebírají na těch provozních schůzích.

(I 08) Asi se dělají chyby, ale nevzpomenu si na nic, co by se řešilo.

(I 04) Možná … napíše zase nějaký papír: „Dejte si pozor, nebo bude se to dělat takhle a takhle.“ A pak už záleží na každém z nás, jestli si to přečteme a budeme to respektovat. A nebudu lhát, když některé nad tím mávnou rukou. Přijde jim to trochu zbytečný. Ale to si myslím, záleží hodně na každé z nás, jak si to vezme k sobě… Tak jde se konkrétně po nějaké vedoucí směny, když se to stane v její směně a pak se to řeší i s tou, která něco provedla. Mě se to teda nestalo, ale asi si je nechají zavolat k sobě, k … do kanceláře.

(I 03) Já si myslím, že ta zpětná vazba je tam špatná tady u nás. Jakože si z toho nevezmou ponaučení, zavést to do praxe, aby se to nestávalo častěji, ty chyby.

Některé sestry se vyjadřují, že k řešení chyb je přistupováno různorodě. Vnímají, že některá pochybení nejsou dostatečně řešena, jiná pochybení jsou podle nich řešena neadekvátně k dané situaci. Část sester by motivovalo, kdyby se na pracovišti nacházel manuál, podle kterého by se k dané chybě následně přistupovalo.

(I 01) Naopak když se kolegyni něco nepovede, byť neúmyslně, tak to má neblahé následky stran nejen …, ale i …, které jsou absolutně nedůstojné.

(I 06) Asi pokud jde o závažnou chybu, tak nějaké nové nastavení se určitě udělají a jak říkám, některé chyby se smetou pod stůl.

(I 06) Chyby děláme všichni, dělám chyby i já, akorát jde o to, že jak tam jsou někteří větší oblíbenci a někteří menší oblíbenci, tak podle toho se ty chyby řeší.

(I 09) U nás na pracovišti na to není dán žádný manuál, pokaždé se to řeší úplně jinak. Něco se ututlá, někdy o tom kolegyně vůbec nevědí, že se něco přihodilo a někdy reakce nadřízeného je strašně neadekvátní, nepřiměřená té situaci, je to různé.

Provoz oddělení

Správný provoz oddělení vnímají sestry různě. Pro některé sestry je velmi důležité mít dostatek pomůcek pro provoz oddělení. Dostupnost pomůcek bude více analyzována v jiné kategorii. Provoz oddělení v tomto směru, je dle některých sester, dostatečně zajištěn, ačkoliv by sestry ocenily větší kvalitu pomůcek. Jiná část sester vnímá, že správný provoz oddělení by měl být zajištěn zavedenými jednotnými postupy pro konkrétní situace, prostředí. Jinou část sester by motivovalo, kdyby pracovní postupy, které jsou nezbytné pro provoz oddělení, vykonávaly i jiné kompetentní osoby, které jsou pro dané postupy proškoleny.

> *(I 10) Snaží se zabezpečit chod toho oddělení, ten chod oddělení je myslím v pořádku, není nic, co by nám nedovolovalo vykonávat tu svojí práci dobře a v bezpečí.*
>
> *(I 09) Někdy ano, někdy ne. Když jde o to, že nejsou doplněné určité pomůcky, tak ten vedoucí pracovník jde, přinese mi je a doplní je.*
>
> *(I 04) Řekla jsem …, že máme rukavice, které určitě neodpovídají naší normě. Pokrčila rameny. A za naší … jít nemůžeme, protože ta stejně řekne, že je to drahé.*
>
> *(I 01) ...a co se tam děje stran běžného provozu na oddělení, tak si v podstatě dělá každý, co chce...tam není člověk, který by jasně řekl: bude to takhle a takhle.*
>
> *(I 05) Tam prostě je bezvládí, na našem oddělení, tam si každý dělá, co chce, asi je to jakoby ksichtovný, nikoho nezajímá, jestli někdo pracuje dobře… U nás na oddělení funguje ještě hlavně to, že sestry tam dělají práci sanitářů.*

Část sester se vyjadřuje, že pokud sestry chtějí něco změnit, ucelit, projednává se situace na provozních schůzích, které však nejsou časté, proto se potencionální změny diskutují ve směnách. Vnímají, že pokud většina sester na dané směně nový návrh odsouhlasí, návrh je vedoucími pracovníky přijat a ostatní sestry, které v dané směně nejsou přítomny, se ke změně nevyjadřují.

> *(I 10) Ale provozní schůze moc nejsou a prostor pro to něco změnit, zlepšit nebo ucelit, aby to bylo jasné, že tahle věc se dělá tak a tak, tak těch moc není.*
>
> *(I 10) Diskutuje se v té směně, ve které zrovna sestra je a ve které se zrovna něco vymyslí, aby se něco změnilo, nebo se mohlo dělat jinak a odrazí se to od toho, kolik daných sester na té směně řekne, jestli je to dobrá nebo špatná změna. A podle toho se většinou zařídí i vedení.*
>
> *(I 10) Jsou postavené před hotovou věc, rozhodne to ta daná směna, většinou se to tak děje. …Ano, podle toho, jak je aktivní ta směna.*

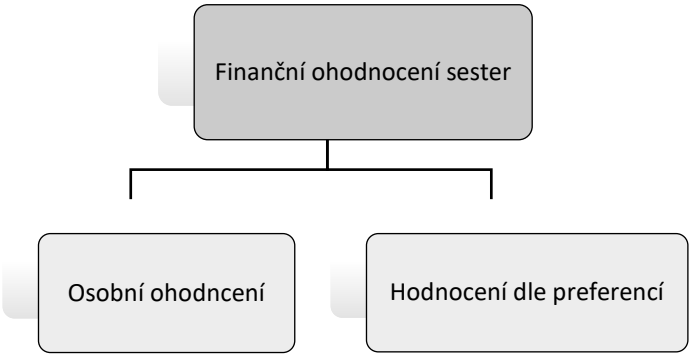
Finanční ohodnocení sester

Členění zobrazuje obrázek 11 (Podkategorie Finanční ohodnocení sester). Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu. Sestra z výzkumu uvádí, že hodnocení u nich na pracovišti probíhá každoročně

písemnou formou a ústním sdělením od vedoucích pracovníků. Během tohoto období hodnocení neprobíhá.

> *(I 01) Písemnou formou, známkování jako ve škole, jednou za rok. Staniční sestra si vezme individuálně každého zaměstnance stranou, tam mu řekne svoje hodnocení, v čem se má zlepšit a další rok to přehodnotí, jestli došlo ke zlepšení nebo nedošlo… V průběhu roku vůbec. Zase za rok v rámci toho písemného hodnocení.*

Obrázek 11: Podkategorie Finanční ohodnocení sester



Osobní ohodnocení

Některé sestry vnímají osobní ohodnocení jako finanční příspěvek, který je jim vyplácen společně se mzdou. Vyjadřují se, že větší osobní ohodnocení mají sestry, které vykonávají pozici vedoucí směny. Část sester se vyjadřuje, že výše finančního příspěvku se odvíjí od množství přesčasů, které některé sestry slouží nad rámec svého měsíčního pracovního fondu. To můžou vnímat ostatní sestry jako nespravedlivé, protože mají pocit, že pracují výkonněji, i když přesčasy neberou. Jiná část sester si však myslí, že osobní ohodnocení je rozdělováno spravedlivě. Část sester by byla motivována, kdyby každá sestra měla odlišné osobní ohodnocení, podle podaného pracovního výkonu. Postup finančního přerozdělování by však měla provádět odpovědná osoba. Další část sester vnímá nespravedlivě, že osobní ohodnocení obdrží i sestra, která při své práci pochybila.

> *(I 01) ...osobní ohodnocení, jak nám sama … sestra sama prozradila, přerozděluje podle toho, kdo bere přesčasy ... jiné kolegyně jsou ohodnoceny podstatně hůře než holky, které ty přesčasy berou...je to dost nespravedlivé a nefér vůči ostatním...i když pracují podstatně líp.*

> *(I 05) To si myslím, že to rozděluje tak nějak spravedlivě. Nemůžu vědět, kolik má ohodnocení jiná moje kolegyně, o který si myslím, že by ho ani mít neměla, takže těžko tohle hodnotit.*

> *(I 02) Myslím si, že by se to tam mohlo rozdělovat, ale zas paralelnost té hranice…ale vím, že to není schopný náš vedoucí pracovník nebo vedení vůbec, nějak zvládnout. To prostě je snad lepší, že máme všichni stejně, kdo je vedoucí, má o trochu víc, a že se tam rozděluje nějaký baget…no tak o tom samozřejmě nevíme.*

(I 07) … je tam stejné osobní ohodnocení, jinak jsou ohodnocené akorát sestry, které jsou vedoucí směny a mají za to příplatek… Je to dané tím jednotným osobním ohodnocením, tak už to nikoho, že by byl oceněný za to, že dělá něco víc, nebo pečlivěji, protože ty rozdíly jsou, … Je to jednotně oceněné a ani, když se stane nějaký ten průšvih, tak se na to osobní ohodnocení nesáhne.

(I 06) Myslím si, že by měl mít každý jiné, protože na oddělení každý pracuje jinak. Jsou sestry, které jsou celý den na oddělení, starají se o svoje pacienty, a ještě o pacienty svých kolegyň, které věčně venku jenom vykuřují …. Ale nás hlavně štve, že nám osobní ohodnocení určuje někdo, kdo nás nevidí pracovat, kdo prostě sedí v kanceláři.

Hodnocení dle preferencí

Část sester si myslí, že jsou hodnoceny podle preferencí, osobních sympatií, informací z doslechu, zaujatostí toho, kdo osobní ohodnocení rozděluje. Demotivující pro tyto sestry je, že se nehodnotí samotný pracovní výkon.

(I 01) ... a tudíž není ani schopná objektivně hodnotit. Spíš hodnotí lidi podle toho, jak se jich bojí… Je to hodně o těch osobních preferencích a není tam absolutně žádná spravedlnost v ohodnocování, …

(I 02) …dříve jsem hrozně rozebírala to, že vedoucí zaměstnanci nekoukají na to, jak kdo pracuje, že tam hrozně hrály roli sympatie nebo antipatie, …

(I 06) Mám ten pocit na 100 %, že vrchní sestra dává osobní ohodnocení ne podle práce, ale jak mi říkáme v uvozovkách podle ksichtu, takže ksichtovný.

4.4.3. Podpora sester topmanagementem

Podpora sester i mimo jejich vlastní pracoviště, může mít různý charakter a sestry si myslí, že má být zajišťována managementem ve vyšší linii. Část sester se vyjadřuje, že na pracovišti vnímají určité problémy a vyjadřují přesvědčení, že problémy nebyly vedoucími pracovníky uspokojivě řešeny. Účinného řešení nebylo dosaženo ani ze strany organizace. Sestry vyjadřovaly zájem, aby jim bylo více naslouchánо ze strany organizace. Intervent v tomto zařízení pravděpodobně není přítomen. Další sestry by motivovalo, kdyby o ně zdravotnická organizace dostatečně pečovala. Tak by byly spokojenější a zpětnou vazbou by poskytovaly kvalitnější a bezpečnější péči pacientům.

(I 01) …by se to rozhodně řešit mělo a otázka je, s kým to řešit. S … sestrou to nemá smysl evidentně řešit, protože ta sama tyhle podmínky takhle nastavila a s ní v podstatě není žádná kloudná domluva. …Před časem jedna kolegyně byla na ředitelství u hlavní sestry a řešila s ní situaci na oddělení… a výsledek byl v podstatě nulový, protože se nestalo a nezměnilo vůbec nic.

(I 05) Vlastně tím, že … drží s tou …, tak sestry na oddělení nemají oporu nikde.

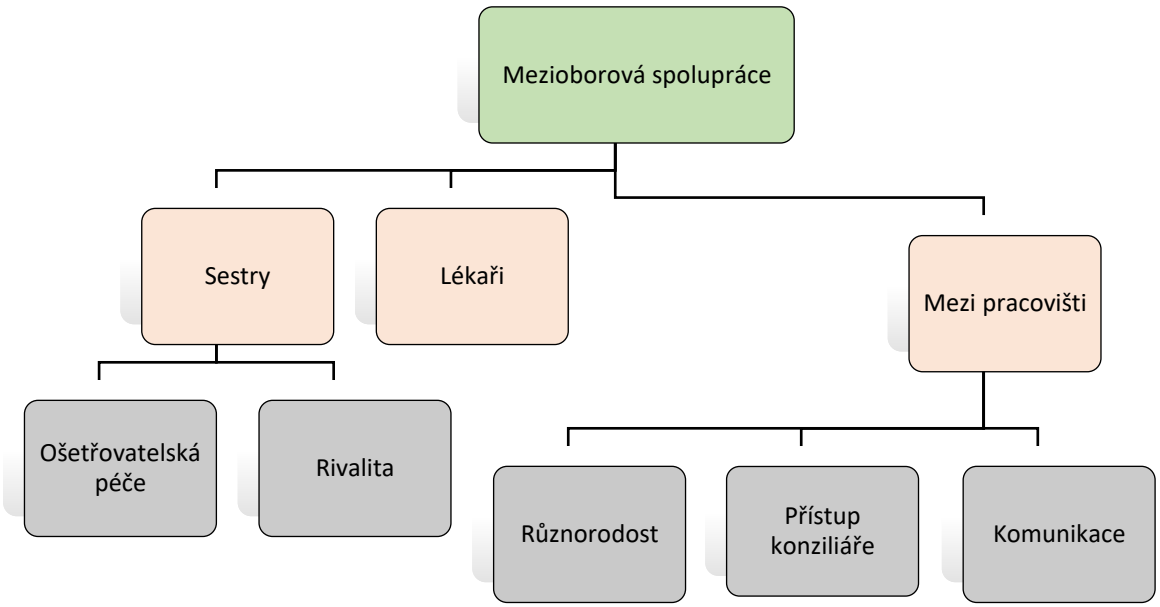
(I 01) ...někdo nadřízený…, kdo by byl potom schopný, ochotný, kompetentní k tomu, to nějakým způsobem řešit dál. … Intervent nepřichází vůbec v úvahu, to ani v zařízení nemáme nebo aspoň o tom já nic nevím.

(I 08) Myslím si, že co se týká našeho vedení, mělo by se zlepšit to, že my jsme jejich personál a oni se mají starat hlavně o nás, aby my jsme byli v pořádku. A když budeme v pořádku my, tak bude v pořádku i práce na oddělení.

4.5. Mezioborová spolupráce

Cílem mezioborové spolupráce by mělo být zlepšení výsledků pacienta. Jednotlivé obory v rámci zdravotnického zařízení, by měly vzájemně spolupracovat a podílet se na péči o pacienta. Během mezioborové spolupráce přichází do vzájemného kontaktu lékařský i nelékařský zdravotnický personál. Jejich vzájemná spolupráce může mít různé podoby (obrázek 12).

Obrázek 12: Kategorie Mezioborová spolupráce



4.5.1. Sestry

Sestry se vyjadřují, že se s ostatními sestrami z jiných oddělení navzájem setkávají během společné péče o pacienta. Může se jednat např. o překlady pacientů z a do jiných zdravotnických zařízení, setkávání jednotlivých oddělení v rámci nemocnice, spolupráci během léčebných a diagnostických úkonů apod. Participující sestry uvádějí, že se nejčastěji setkávají se sestrami z jiných oddělení. Jejich vzájemná spolupráce je ovlivněna charakterem pracoviště, náhledem na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská péče

Participující sestry se vyjadřují, že vzájemná spolupráce je ovlivněna přístupem individuálních sester. Sestry považují za problematické odlišné vnímání kvality poskytované ošetřovatelské péče. Část sester se vyjadřuje, že jsou velmi demotivovány tendencí cíleného hledání chyb nebo nedostatků ohledně ošetřovatelské i léčebné péče. Sestry demotivuje, že nedostatky následně některé sestry probírají a nevhodně komentují, a to i před pacientem.

(I 03) Ano, spíše mezi sestrami.

(I 06) Ty hledají mouchy na naší péči, my zase hledáme na péči toho druhého oddělení, takže mi tohle přijde fakt šílené. Lékaře neřeším, oddělení. Hlavně ta ošetřovatelská peče.

(I 06) Popravdě záleží zase na lidech, někdo to řekne přímo a někdo počká, až odejdou a začne pomlouvat: „On má tohleto, on nemá támhleto"…, ale neřekne to nikdy přímo těm sestrám, od kterých přeberou toho pacienta.

(I 03) Když třeba předáváš pacienta. Třeba jsem jednou vezla pacienta na … , který měl průjem a měl namazaná hýždě a paní prostě: „Nooo, má ošetřený…," …měla jsem pocit, jako kdyby to tam dělali jen oni. Myslím si, že oni si myslí, že to takhle běžně neděláme.

Participující sestry vnímají, že některým pacientům na jiných odděleních, není poskytována dostatečná ošetřovatelská péče. Vyjadřují se, že tento poznatek pak vzájemně diskutují mezi sebou. Sestry uvádí, že by je velmi motivovalo, aby byla na jiném oddělení poskytována kvalitní ošetřovatelská péče a vzájemná spolupráce probíhala na profesionální úrovni.

(I 09) Po lékařské stránce, že je špatně zaléčen, to asi ovlivnit nemůžou, ale že může být umytý, oholený, čistý, voňavý, to asi ty sestřičky ovlivnit můžou.

(I 09) Málokdy se to vyhrotí na nějaký přímý konflikt, spíše si to říkáme sami na tom svém oddělení, že ten pacient přijel zanedbaný.

(I 02) Představuji si to jinak a podle mě jsem se ještě nesetkala, aby byl přeložený mě pacient z jiného oddělení, abych si řekla, že o něj bylo dobře postaráno. Myslím ošetřovatelská péče o toho pacienta. Pro mě, když vidím ty lidi takhle přicházet, tak málokdy si řeknu: „Jo, tak tenhle člověk je dobře obstaraný."

(I 10) Já si myslím, že ta spolupráce by se měla odrazit od toho, že si mezioborově vypomůžeme a pokud třeba překládáme pacienta na jiné oddělení, tak se o něj umět postarat, jak nejlépe dovedeme, a ne zbytečně hledat chyby v nějakých maličkostech.

(I 06) Dobrá spolupráce by měla vypadat tak, že přivezou pacienta, který je perfektně ošetřený, takže nenajdeme, ani oni, ani my žádný mouchy nebo žádný chyby v té ošetřovatelské péči. Základ všeho je dobrá ošetřovatelská péče a dobrá spolupráce mezi odděleními.

Rivalita

Participující sestry se vyjadřují, že kromě odlišného pohledu na kvalitu ošetřovatelské péče na jednotlivých odděleních, vnímají mezi sestrami určitou oboustrannou rivalitu. Rivalita může způsobit cílené vyvolání konfliktu během vzájemného kontaktu sester, např. při příjmu pacienta, což participující sestry demotivuje. Část sester se vyjadřuje, že konflikt vzniká i přímo před pacientem a má na něj negativní dopad. Jiná část sester se vyjadřuje, že důvodem konfliktu je, kromě vzájemné rivality, i chybná komunikace nebo nerespektování standardů péče.

> *(I 10) To je rivalita, rivalita mezi sestrami, která je o tom, kdo lépe se postará o toho pacienta.*
>
> *(I 01) Větší nedostatky bych viděl stran ošetřovatelské péče, kdy je tam patrná určitá rivalita mezi jednotlivými odděleními, u které mi není známa její příčina a přijde mi to trošku takový zbytečný…. Určitě je to oboustranné…*
>
> *(I 01) Při překladu občas dochází ke konfliktům, většinou je to zapříčeněné tím, že sestry na některých odděleních sestry mají potřebu okamžitě při příjmu pacienta hledat nedostatky, co ta sestra neudělala nebo udělala špatně… Občas i před tím pacientem, což je dost neprofesionální.*
>
> *(I 04) …, tak tam se na tebe tvářejí, …hlavně jde o toho pacienta, …tam se nad ním dohadují, kdo si ho vezme, na který box půjde, tohlento hned zrušíme, a to říkají před tím pacientem, to mi taky vadí. Ten pacient pak chudák kouká, a ještě se pomalu omlouvá, že jim přidělává starosti.*
>
> *(I 05) Já si myslím, že to špatně vnímají. Tam už se taky rozebírá i to, jak kdo špatně kouká, kdo co řekl, nebo někdo něco řekl a asi to nemělo takovou váhu, nebo tomu přikládá větší význam, než by tomu měla přikládat. Je to takové různé, …*
>
> *(i 08) Při překladu pacienta je tam největší konflikt při předávání věcí a cenností, protože některá oddělení nerespektují standardy, nebo je možná nemají ani načtené, které se k tomu vztahují, a naše oddělení na tom docela bazíruje, aby to bylo v pořádku.*

4.5.2. Lékaři

Tak jako sestry, i lékaři se společně během vzájemné spolupráce setkávají, nebo spolu jinak komunikují. Spolupráce může mít různé podoby. Participující sestry v rozhovorech uvádí, jak vnímají vzájemnou spolupráci lékařů.

Participující sestry se vyjadřují, že někdy trvá delší dobu, než je konzilium indikováno. Část sester vnímá, že pokud se lékař z jiného oddělení na konzilium zavolá, jeho naordinovaná léčba se plní a je lékařem akceptována. Další část sester poznamenává, že o navrhovaném dalším postupu lékaři někdy vzájemně diskutují a hledají společná řešení. Některé sestry se vyjadřují, že občas lékaři z pracoviště participujících sester se zvoleným postupem nesouhlasí, ale pokud konziliář napíše návrh léčby do své zprávy, lékařem oddělení je návrh akceptován.

(I 02) Když už se vůbec ten konziliář zavolá, což je taky věc druhá, tak si myslím, že pak to, co napíše do ordinace, že se tím řídíme a plní se to.

(I 01) Co se týče konziliárních vyšetření, tak si myslím, že tam není žádný větší problém, když konziliář navrhne nějakou léčbu, nebo doporučí, tak naši lékaři to obvykle ordinují a my vykonáme, co je potřeba.

(I 09) Asi jak kdy, ale většinou akceptují toho konziliáře, neříkám, že se vším souhlasí, ale když už k nám ten konziliář dorazí a napíše nějakou zprávu, tak se tím asi řídí.

(I 06) Myslím si, že vesměs to probíhá celkem v pohodě a že naši lékaři pak berou samozřejmě na vědomí doporučení od těch konziliářů. Myslím, že v tomhle tom je to celkem v pohodě.

I 07) Já se myslím, že se plní ta doporučení od toho chirurga, i od jiných lékařů.

(I 10) Naši lékaři si myslím že většinou, skoro na 100 %, splní ty jejich požadavky, které mají ordinované.

(I 09) Také mají různé názory a také si je někdy řeknou, ale někam se vždy doberou, to je jasné, řešení se najde, i když je to složité.

Část participujících sester je demotivována vzájemnou spoluprací mezi lékaři a ocenily by, kdyby spolupráce mezi nimi probíhala intenzivněji a s jasným cílem dosáhnout u pacientů požadovaných výsledků.

(I 05) Taky se dost často stává, že toho člověka přeložíme a on se nám za jeden den, dva dny, vrátí zpátky, v úplně šíleném stavu. Tohle se stane i u nějakého člověka opakovaně, tohle není jen jednou bohužel.

(I 08) … dost často se i díky lékařské péči se nám ti pacienti vracejí… Je to mezi lékaři. Když se k nám vrátí pacient, který od nás odchází ve stabilizovaném stavu, znovu rozhozený s tím, že mu byla vysazena léčba, kterou měl u nás nasazenou, tak je něco špatně v lékařské péči…

4.5.3. Mezi pracovišti

V této podkategorii se sestry vyjadřují, jak vnímají spolupráci mezi pracovišti. Spolupráce mezi pracovišti sestry vnímají různorodě, stejně tak se vyjadřují k přístupu jednotlivých konziliářů.

Různorodost

Participující sestry vnímají celkovou vzájemnou spolupráci jako různorodou. Sestry se vyjadřují, že vzájemnou spolupráci mezi pracovišti vnímají někdy jako uspokojivou, jindy nedostačující, většinou záleží na přístupu jedince. Část sester demotivuje, že z nějakého důvodu bývá pracoviště participujících sester, považováno za potencionální zdroj konfliktů. Vnímají zaujatost od jiných pracovišť k jejich oddělení, což následně negativně ovlivňuje vzájemnou spolupráci v péči o pacienta. Další část sester se vyjadřuje, že neuspokojivá spolupráce je ovlivněna nedorozuměním nebo nepřesným specifikováním požadavku.

(I 01) Spolupráce mezi jednotlivými odděleními v rámci našeho zařízení, je taková hodně různorodá.

(I 10) Mezioborová spolupráce v rámci našeho zařízení je tak 50 na 50. Někdy je dobrá, někdy je hodně špatná, až nulová. Já myslím, že je to celkově mezi pracovišti.

(I 03) Jsou tam třecí plochy, si myslím.

(I 07) To si myslím na našem oddělení moc nefunguje, je špatná.

(I 08) Když je to pacient od nás, tak už od toho možná čekají nějaký problém, protože už se setkali s nějakým konfliktem s naším oddělením.

(I 03) Nejsou na jiných odděleních vstřícní vůči našemu oddělení. Jsou takoví štěkaví, snaží se být lepší, než jsou.

(I 04) Dochází, i mezi odděleními ke konfliktům. Záleží jak na kterém…Někde jsou schopní spolupracovat, někde nechtějí spolupracovat.

(I 06) Mě přijde, že si tam každé oddělení snaží něco dokazovat a není to vůbec spolupráce, přijde mi to šílené… Ta spolupráce probíhá jak kdy, záleží, na koho narazíte, na jakou partu, je to vždycky o lidech…

(I 10) Většinou to probíhá tak, že náš lékař indikuje nějaké konziliární vyšetření a po nás by chtěli všichni všechno hned, a my, když potřebujeme konziliární vyšetření, pokud to není vyloženě akutní, tak čekáme i dva dny, než k nám někdo dorazí. Opakovaně se volá, urguje se, aby přišel.

Přístup konziliáře

Participující sestry se vyjadřují, že pokud dorazí lékař z jiného oddělení k pacientovi na konzilium, uplatňuje tento konziliář pestrou formu komunikace, vystupování, postojů. Část sester poznamenává, že je demotivuje, když konziliáři nepřistupují k pacientovi komplexněji a zaměřují se pouze na vlastní specializovanou oblast. Některé sestry by motivoval aktivnější přístup konziliářů o pacienty.

(I 09) Taky samozřejmě jak kdy, půlka jich je slušných a půlka ne, myslím si, že spousta těch lékařů se k „cizím“ sestrám chovají hůře než k těm svým.

(I 04) Ne osobního, ale co se týká spolupráce v péči o ty lidi. Překlady třeba. Vadí mi osobně, když tam leží chirurgický pacienti, tak 2 dny je třeba někdo nevidí z chirurgie, jsou to jejich pacienti, musíme si je zavolat.

(I 07) Spíše návaznost mezi odděleními v péči o pacienty. Když je to chirurgický pacient, lékař se o něho stará jen po chirurgické stránce, skončí pro něj ta práce a dál už ho moc ten pacient nezajímá. …Udělají si svojí práci a pak už je to víceméně nezajímá, jak ten pacient dopadne.

Další část sester se vyjadřuje, že považují za důležité, aby se vyjasnily role všech členů týmu. Tyto sestry vnímají, že pacient má být indikován, v závislosti na příjmové diagnóze, na odpovídající pracoviště. Sestry jsou demotivovány, když kvůli těmto situacím vznikají dohady a nedorozumění.

> *(I 05) No tak třeba co se tam často stává, tak když máme mít příjem pacienta a on to není Árový pacient, je to třeba neurologický pacient, tak jsou tam neustále dohady o tom, proč nejde na neurologii, když je to neurologický pacient a tak…*

Jiná část sester se vyjadřuje, že ačkoliv ordinace konziliáře proběhla ústní formou, z nějakého důvodu ordinaci nezapsal do své zprávy. To u těchto sester vzbuzuje nelibost, protože danou ordinaci dopisuje jejich lékař a v případě možných komplikací se sestry obávají negativních důsledků.

> *(I 04) No já jsem to našemu lékaři řekla a ten to tam pak napsal. A já jsem volala na tu chirurgii, ať si to tam přijde dopsat a náš lékař samozřejmě zase řekl: „ale to není nutný ne?" no tak já nevím, já jim ale moc nevěřím. Pacient dostane napít, udělá se mu z toho zle a pak řeknou, že my jsme mu dali napít.*

Komunikace

Komunikace má v mezioborové spolupráci velkou roli. Participující sestry mají odlišné zkušenosti při vzájemném kontaktu s ostatními týmy. Část sester se vyjadřuje, že během mezioborové spolupráce zažívají nepříjemné situace, způsobené nesprávně zvoleným komunikačním stylem. Další část dodává, že správně zvolená oboustranná komunikace, by mohla eliminovat nedorozumění, vznik konfliktů. Jiná část sester nepociťuje problémy v komunikaci při vzájemné spolupráci. Některé participující sestry by motivovalo, pokud by jim sestry z jiných pracovišť naslouchaly ohledně informací o pacientovi, kterými disponují.

> *(I 05) Snažíme se tak nějak vyjít vstříc těm oddělením, nebo se jim snažíme, když něco potřebují, nebo když to nejde, tu situaci vysvětlit, ale stejně to není dobře.*

> *(I 08) Je to o té komunikaci, o povaze lidí, a to se asi moc změnit nedá, protože spolu špatně komunikují a díky tomu vznikají konflikty.*

> *(I 02) Co se týká komunikace při překladu, nesetkala jsem se s problémy. Nikdy, když jsem překládala někam pacienta, nebyl na mě nikdo nepříjemný… Když někdo překládá pacienta k nám, byť se mi nelíbí, jak vypadá, tak nejsem na nikoho nepříjemná.*

> *(I 09) Že by na mě někdo útočil? Někdy ano, někdy jsou nepříjemné nebo je nezajímá, co jim o tom pacientovi říkám.*

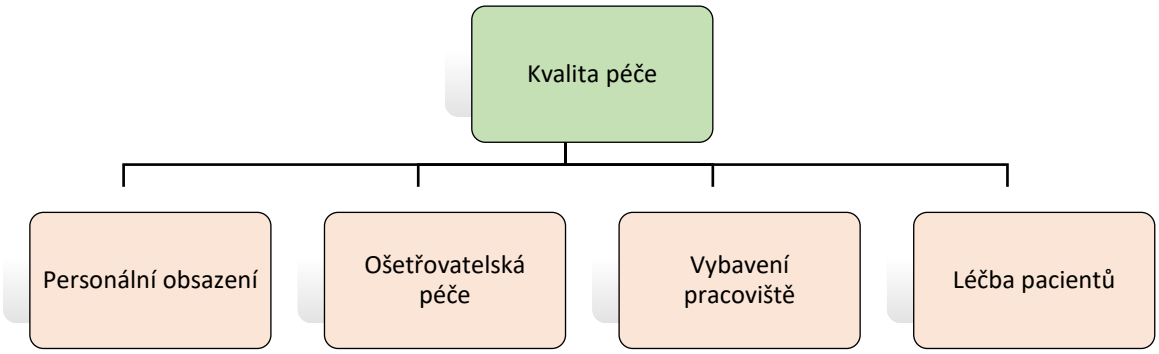
4.6. Kvalita péče

Kvalita poskytované péče je jedním z nejdůležitějších faktorů pracovního prostředí a velmi ovlivňuje spokojenost sester. Participující sestry se vyjadřovaly k vybavení pracoviště, personálnímu obsazení, ošetřovatelské a léčebné péči. Takto byly pojmenovány i podkategorie (obrázek 13).

Z důvodu velké obsáhlosti tématu, které pro sestry bylo velmi zajímavé, jsme vytvořily i další podkategorie. Ty jsou zobrazené v nižších etážích kapitoly.

> *(I 06) Pod pojmem kvalita péče si představím, že každý pacient má právo na to, aby byl ošetřovaný vzdělaným, empatickým a schopným pracovníkem, sestrou a že ta péče odpovídá standardu zařízení a zároveň přesvědčení té sestry, že dělá pro pacienta to nejlepší a správně…*

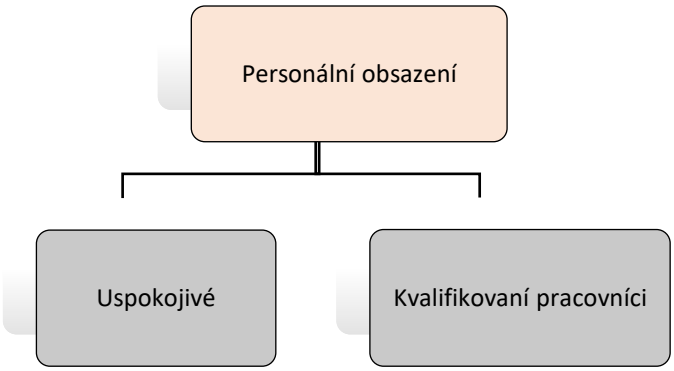
Obrázek 13: Kategorie Kvalita péče



4.6.1. Personální obsazení

Sestry se vyjadřovaly k personálnímu obsazení na jejich pracovišti. Participující sestry si uvědomují, že kvalita poskytované péče je ovlivněna počtem a kvalifikací zdravotnických pracovníků. Ačkoliv personální obsazení vnímají některé sestry na svém pracovišti jako uspokojivé, sestry se vyjadřují, že na jiných pracovištích tomu tak být nemusí. Další sestry vnímají, že nejenom počet, ale i nedostatečná kvalifikace pracovníků, může kvalitu poskytované péče ohrozit. Tato podkategorie je následně rozčleněna na další (obrázek 14).

Obrázek 14: Podkategorie Personální obsazení



Uspokojivé

Participující sestry si uvědomují, že kvalita poskytované o pacienty, je ovlivněna počtem personálu. Část sester se v rozhovorech vyjadřuje, že na jejich pracovišti je dostatečné množství personálu. Dostatečné množství personálu vnímají sestry i proto, že si personál pracoviště navzájem pomáhá.

> *(I 01) Vzhledem k tomu, že je nás na tom oddělení vždycky větší počet a když je potřeba, tak se všichni zapojí …víc lidí asi není úplně potřeba, ani toho pomocného personálu … je nás na něj šest třeba…, tak víc lidí se k tomu lůžku ani nevejde …Takže to není spíš o nedostatku personálu v této chvíli…*
>
> *(I 03) Myslím si, že je to dostačující.*
>
> *(I 02) Tak když je tam těžký pacient, tak jsem radši, když si tam pomůžeme v deseti lidech, než aby se tahal ve třech. Myslím si, že si pomáháme.*

Jiná část sester se však vyjadřuje, že personální obsazení na jejich pracovišti vnímají sice jako dostačující, tento dojem však záleží na aktuálním počtu a zdravotním stavu jednotlivých pacientů a jiných proměnných, např. na počtu sester, který je v jednotlivých službách velmi variabilní a je ovlivněn pracovními neschopnostmi, dovolenými. Další část sester se vyjadřuje, že by ocenily větší počet pomocného personálu.

> *(I 09) Počet personálu si myslím, že není úplně špatný… Záleží na tom, jaký druh pacientů se tam sejde. Od toho se odvíjí i ta služba, které jsou méně nebo více náročné, jo to nárazové.*
>
> *(I 04) Personálu jak kdy. Někdy nás je tam dostatek, někdy ne. To záleží na tom, jestli je někdo nemocný, jestli jsou dovolené. Ale myslím si, že bych ocenila, kdyby tam bylo více sanitárek.*

Kvalifikovaní pracovníci

Participující sestry si uvědomují, že kvalita poskytované o pacienty, je ovlivněna nejen počtem personálu, ale také jejich kvalifikací. Ačkoliv je počet personálu vnímán některými sestrami uspokojivě, jiné sestry by ocenily, kdyby se do péče o pacienty zapojovali i jiní zdravotničtí pracovníci. Ti mají vykonávat svojí profesi tak, aby maximálně a efektivně využili všech svých schopností a dovedností, aby bylo u pacienta dosaženo požadovaného cíle. Další část sester se vyjadřuje, že určitá část pracovníků na pozici pomocného personálu, má projevovat větší ochotu při výkonu svých povinností.

> *(I 04) Hlavně si myslím, že by bylo dobré, kdybychom měli našeho samostatného rehabilitačního pracovníka. Aby ty lidi měli dostatečnou rehabilitaci. Ne, že tam přijdou, zacvičí s nimi pět minut a odejdou. Ale aby se třeba věnoval každému půl hodiny a byl tam třeba celých těch osm hodin na tom oddělení.*
>
> *(I 06) K sanitářům? No to bych taky rozdělila na dvě skupiny, ochotní sanitáři, kteří jsou schopní pracovat a dělat věci navíc a pak sanitáři, kteří jsou líní a doslova, když po nich něco*

potřebujeme, tak jsou obtěžováni tím, že po nich chceme jejich práci … většina sanitářů vždycky přijde tu práci udělat, akorát s tím, že pár jich k tomu mají fakt hloupé komentáře.

(I 10) Tak pomocný personál bych řekla, že by mohl být trošku kapacitně větší, je jich potřeba víc a trochu víc ochoty pracovat.

Jiná část participujících sester si myslí, že některé jejich kolegyně vnímají odlišně kvalitu poskytované péče. Participující sestry vnímají, že kvalita poskytované péče se liší v závislosti na charakteru pracoviště, množství pacientů odkázaných na pomoc druhé osoby, nedostatečném množství sester a pomocného personálu. Další část sester se vyjadřuje, že některé sestry by měly vykonávat svoji profesi na jiném typu oddělení.

(I 09) Po lékařské stránce, že je špatně zaléčen, to asi ovlivnit nemůžou, ale že může být umytý, oholený, čistý, voňavý, to asi ty sestřičky ovlivnit můžou. Na druhou stranu se jich musím zastat, že pokud je to oddělení, kde je málo personálu a hodně pacientů, tak je to asi těžké to zvládnout.

(I 01) ... zručnost, je to osobnostní přístup, vůbec ta jejich povaha a myslím si, že spousta těch kolegyň by měla pracovat asi na jiném typu oddělení ...Když by tam byl menší počet sester, které by ale odváděly dobrou a kvalitní práci a té práci by rozuměly a uměly by si poradit v krizových situacích, bylo by to určitě efektivnější, než když je tam víc lidí, který se tam v tom potom tak trošku plácají a nevědí, co mají pořádně dělat a snaží se ztratit v tom davu…ať to udělá někdo jiný.

Další část participujících sester se vyjadřuje, že i lékaři mají projevovat o svojí profesi větší zájem. Některé sestry vnímají, že větší nadšení o svoji profesi projevují lékaři, kteří na pracovišti pracují krátce. Jinou část sester demotivuje, že v současnosti lékaři ve zdravotnickém zařízení přistupují k pacientům odlišným způsobem, než tomu bylo dříve. Sestry vnímají, že tento stav je způsoben mnoha faktory, např. nedostatečným finančním ohodnocením lékařů, kteří si hledají pracovní pozice v jiných zařízeních, nedostatečným profesionálním růstem.

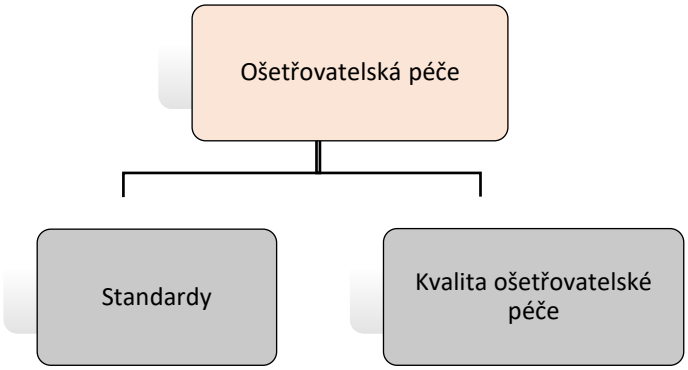
(I 08) Já si myslím, že naši lékaři nejsou nadšení pro svoji práci a je jich tam málo. Ti, co nastoupili noví, tak se třeba ukáže, že se to změní…. No ty nové lékařky k nám ještě na oddělení nechodí, takže se třeba ještě něco změní, zlepší se to a budou víc nadšené, protože jsou nové.

(I 07) …. Spíš mě mrzí to, když jsme pod krajem, že se nesnaží ten problém nedostatku sester, nedostatku kapacit, řešit. Nepřitáhnou je do toho Kladna, protože tu není dostatečné finanční ohodnocení. Kdyby tady byly ty lékařské kapacity, ...oni všichni zdrhnou. Je to víra v ty lékaře, víceméně v ty lékaře, že jsou už jiní, že dříve opravdu, jak kdysi říkal … na semináři: „To není klient, to je pacient.“

4.6.2. Ošetřovatelská péče

Schopnost poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči je dána mnoha faktory. Sestry se vyjadřují, že každá sestra má na kvalitu ošetřovatelské péče odlišný pohled. Vliv na pojem kvality ošetřovatelské péče mají i standardy ošetřovatelské péče. Členění následující podkategorie zobrazuje obrázek 15.

Obrázek 15: Podkategorie Ošetřovatelská péče



Standardy

Jak jsou sestrami vnímány standardy péče, popisují participující sestry níže. Část sester si pod pojmem „standard“ vybaví určité pracovní postupy. Jiné sestry se domnívají, že se standardy vydávají pouze z povinnosti. Jiná část sester se vyjadřuje, že ve standardech naleznou téměř vždy vše, co potřebují vědět. Pokud se stane, že požadované informace ani ve standardu nenajdou, otázky jim zodpoví vedoucí pracovníci nebo informace naleznou v provozním sešitě pracoviště. Další část sester se vyjadřuje, že standardy jsou smysluplné, srozumitelné, aktualizované. Jiná část sester má však dojem, že standardy mají všeobecnou formu a některé jsou zdlouhavé, což jim znesnadňuje orientaci.

> *(I 01) ... v podstatě se to vydává jenom proto, že je potřeba to vydat a musí se to založit do desek.*
>
> *(I 06) Na to jsou standardy. Já si myslím, že tam najdu všechno, co potřebuji, akorát některé standardy mi přijdou strašně zdlouhavé, takže se v nich hůře orientuje.*
>
> *(I 04) Standardy máme. Jít se podívat, jestli mám pravdu nebo ne? Já myslím, že ano…. Nebo se jdu podívat do sešitu, tzv. Novinky. Tam je taky spousta věcí, které se tam napíšou, že se to dělá jinak a tam taky člověk najde spoustu správných informací.*
>
> *(I 05) Když si nejsem jistá nějakým postupem, tak se kouknu do standardu … Tak najdu, ale na spoustu věcí se ptám třeba…, jelikož se tam každou chvíli něco mění, tak nejčastěji se asi ptám….*
>
> *(I 10) Máme nějaké standardy, kterými se musíme řídit a které musíme dodržovat … Zatím se mi nestalo, že bych tam někdy něco nenašla, co bych zrovna potřebovala vědět… Jsou pro mě srozumitelné.*
>
> *(I 08) Standardy jsou určitě smysluplné, ale někdy jsou až na úkor toho, že člověk není schopný přemýšlet bez toho, aby někde bylo něco napsané. Aby se předešlo chybě, tak se vše všude píše, a někdy je to na úkor lidského přemýšlení.*

(I 02) Standardy máme, standardy jsou takové hodně všeobecné. Takže je nějaký úkol, je nějaký výsledek a tou cestou, jakou se tam každý dostane, má každý trošku jinou, ale samozřejmě to zadání a ten výsledek je jakoby pak stejný...

(I 07) Asi smysluplné jsou, protože v tom zdravotnictví vývoj je a člověk si to má načíst z těch standardů, i ty nové poznatky… Jsou aktualizované, to si myslím, že v té nemocnici funguje. Tím, že je akreditovaná, je tohle vše v pořádku… Já si myslím, že to tam je v těch standardech.

Kvalita ošetřovatelské péče

Poskytování ošetřovatelské péče patří mezi základní činnosti sester. Sestry se vyjadřují, že jejich pracovní náplň se odvíjí dle úrovně dosaženého vzdělání. Sestry si uvědomují, jaké mají kompetence.

(I 04) Máme a tam je to rozdělené i podle toho, jestli má člověk ARIP nebo nemá. Jako co se týká sesterské práce, takže já vím, že můžu zavádět permanentní močový katétr… Samozřejmě nemůžeme si sami aplikovat léky, které nás napadnou, ale musí nám to naordinovat lékař. Takže kompetenci k podávání léků sami od sebe nemůžeme.

Část sester vnímá, že pokud je na pracovišti nedostatek sester, nestihnou realizovat všechny své činnosti tak, jak by si představovaly. Jiné sestry se vyjadřují, že si pod pojmem kvalita ošetřovatelské péče představí 100% provedený pracovní postup, o jehož správnosti jsou přesvědčené.

(I 04) No jak kdy. To se odvíjí od toho, kolik nás tam je. Pak když má člověk někdy dva pacienty, tak nestíhá u obou dělat perfektně to, co by měl.

(I 10) Já si pod tím představím to, jak je péče vykonaná, jak tu péči u toho pacienta provedu já, jestli si za tím stojím, co jsem provedla, co jsem udělala a jestli jsem to udělala na 100 %.

Část participujících sester se vyjadřuje, že některé sestry mají odlišný pohled na kvalitní ošetřovatelskou péči, která je realizována dle individuálního přesvědčení. Jiná část sester se vyjadřuje, že odlišný pohled na kvalitu poskytované péče znamená, že některé sestry realizují pouze základní ošetřovatelskou péči, kterou však další sestry vnímají jako nedostačující. Odlišný pohled na kvalitní ošetřovatelskou péči představuje potencionální zdroj nedorozumění, konfliktů.

(I 05) Nehodnotí to. Tam když jedna sestřička řekla své kolegyni, že nečistí dutinu ústní, že už si toho opakovaně si toho všimla, tak se to řešilo jako šikana. Takže tam se tohle prostě neřeší…. takhle to hodnotí sestřičky po sobě, když si předávají pacienta. To jako je asi vždycky taková chvíle, kdy je vidět, jestli když přijde sestřička třeba na noční nebo obráceně, jak asi o toho pacienta, celou tu dobu, bylo postaráno. Je třeba poznat, někdy se stane, že se na toho člověka vůbec fakt nešáhlo no.

(I 08) Od některých sester je to lepší péče, to samé i lékaři. Některý se stará lépe, některý hůře. Nevím, jestli to všichni dělají nejlépe podle svého svědomí… V ošetřovatelské péči, u těch sester určitě v ošetřovatelské péči… O pacienta je, od každé té sestry, od většiny sester, hodně postaráno. Některá sestra ví, že má pacienta odsát po dvou, třech hodinách

a odsaje ho tak a některá ho odsaje po šesti, i když ten pacient potřebuje odsát častěji. A ví to, že to má udělat a neudělá to… Takže určitě jsou některé sestry, které by se měly nad sebou zamyslet a přidat…

(I 09) Co se týče sesterských kolegyň? Myslím si, že základní péče je srovnatelná. Pak jsou samozřejmě věci, kdy ty kolegyně jsou pečlivější a dělají pro ty lidi mnohem víc, než by musely, než mají v popisu práce a pak jsou kolegyně, které jsou tak trošku lajdáci, ale na první pohled to úplně není vidět.

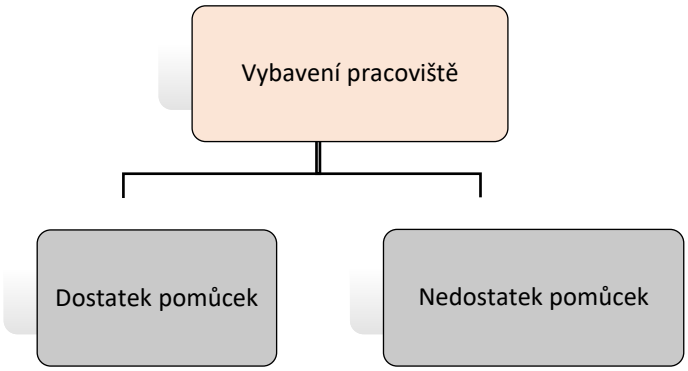
(I 06) Ale já si myslím, že na oddělení sestry vykonávají pouze základní ošetřovatelskou péči a že prostě nikdo nebo málokdo udělá něco navíc… Kolikrát spolu diskutujeme o ošetřovatelské péči a o tom, že vidíme, že opravdu některé kolegyně udělají jenom ten základ a pak si pacienta skoro nevšimnou….

(I 02) ...dříve jsem hrozně rozebírala samozřejmě to, že jsem měla pocit, že se tam špatně starají o pacienty, ….

4.6.3. Vybavení pracoviště

Dostupnost odpovídajících zdrojů umožňuje sestrám poskytovat kvalitní péči. Participující sestry se vyjadřují, že dostatečné množství zdravotnického materiálu a pomůcek, zvyšuje jejich spokojenost. Jak sestry vnímají vybavení svého pracoviště, znázorňuje obrázek 16.

Obrázek 16: Podkategorie Vybavení pracoviště



Dostatek pomůcek

Některé sestry se vyjadřují, že k vykonávání své profese disponují dostatečným množstvím materiálu a pomůcek. Jedná se však převážně o pomůcky, které slouží k poskytování základní hygienické péče a zdravotnického materiálu na hojení ran. Část sester však vnímá, že občas nastává určité období, kdy s pomůckami a materiálem musí sestry uvážlivěji zacházet, ale základní péče tím není nijak poznamenána. Další se vyjadřují, že na pracovišti je k dispozici dostatek pomůcek, ale nejsou využívané, např. polohovací pomůcky.

(I 03) Ano, ale někdy máme období, kdy máme šetřit, ale na svoji směnu si použiji, co potřebuji, nic mi nechybí.

(I 01) Jinak co se týče hygienické péče, tak si myslím, že tam dostatek pomůcek máme. Co se týče různých pomůcek na hojení ran, tak toho převazového materiálu, i toho terapeutického, tak tam máme docela slušný výběr.

(I 02) Myslím si, že já, když se starám o toho pacienta, tak já nepociťuji, že by mi něco k mé péči, chybělo…. Tak co se týká těch ošetřovatelských pomůcek a vůbec toho vybavení, tak si myslím, že je to u nás dostačující, nemáme nouzi.

(I 09) Já si myslím, že ta péče je tak na střední úrovni, i co se týká ošetřovatelské péče. Jsou tam věci, které by se mohly doplnit, které nejsou, ale na druhou stranu i s tím, co tam máme, se dá asi jako dobrá základní péče, konat.

(I 10) Tak ty většinou na oddělení jsou v dostatečném množství, v rámci možností.

(I 06) Myslím si, že dostatek pomůcek tam je a spíš jde o to, že je třeba úplně nevyužíváme, třeba polohovací pomůcky…. Přijde mi, že tam je dost pomůcek, to nemůžu říct, že ne, ale spíš jsou nevyužívané.

Nedostatek pomůcek

Jiné sestry se vyjadřují, že mají na pracovišti dostatek polohovacích pomůcek a jiných pomůcek k základní péči o pacienta. Přesto by některé sestry ocenily větší výběr zdravotnického materiálu a jiných pomůcek. Motivovalo by je, kdyby na pracovišti byly k dispozici pestřejší pomůcky prevenci dekubitů, větší výběr ochranných osobních pomůcek, pomůcek k manipulaci pacientů aj. Část sester se s rozličnou nabídkou pomůcek setkává během vzdělávacích aktivit, jako jsou např. semináře, kongresy. Některé sestry se vyjadřují, že na pracovišti nachází i určitý druh pomůcek, se kterými je však nakládáno obezřetně, jedná se o dražší verze některých pomůcek. Část sester demotivuje, že pokud použijí dražší verzi nějaké pomůcky, setkávají se s negativním postojem. Další sestra se domnívá, že vedoucí pracovníci jsou pravděpodobně omezeni finančním limitem nebo jiným omezením, které jim neumožňuje tyto pomůcky objednat. Tyto sestry negativně vnímají značnou nerovnoměrnost mezi mnohem nákladnější léčbou pacientů a nedostatečným zajištěním některými pomůckami.

(I 01) Spíš tam jde o různé polohovací pomůcky, kterých máme spíše nedostatek, …Co se týče preventivní péče u pacientů, …tak pomůcky k prevenci vzniku dekubitů a tak podobně, na našem oddělení moc velký výběr nemáme.

(I 04) V ošetřovatelských pomůckách též. Na dekubity třeba. Tohle nebudeme dávat, to je drahé, šetřete s tím, to je drahé, to vám nepořídím, to je drahé. Roušky na infekční pacienty. Myslím si, že nemáme ani rukavice, které by splňovaly ty podmínky, ty normy.

(I 06) Myslím si, že všeho tam je dost. Jediný problém, který tam nedávno nastal, byl v ochranných pomůckách pro personál, kdy jsme měli dva pacienty s pozitivní chřipkou, a ústenky byly zamčené ve skříni. Nakonec jedna kolegyně zařídila, že jsme je dostali.

(I 08) Co mě třeba mrzí je, že není pro mě dostatek ochranných pomůcek, protože čím víc se člověk chce obětovat svému povolání, čím víc jsem pro něj nadšená, tím víc mě devastuje, že nikoho nezajímá moje zdraví.

(I 05) Určitě, myslím si, že dřív jsme mívali lepší nebo i větší rozsah, co se týče péče o dekubity, toho tam bylo mraky, možnost si vybrat a že teď už je to taky osekané … Záleží na tom, co člověk chce. My toho asi raději moc nechceme. Protože víme, že to nemáme chtít... někdy je něčeho více, něčeho méně, záleží na tom, že na nás křičí, že máme šetřit. …Co se týče pomůcek, … tak na tom se šetří hrozně, poškozujeme tak vlastně v tomto případě pacienta. Když tam náhodou někdo použije tu dražší verzi, tak vlastně dostane vynadáno od … , že to neměl použít, protože to je hrozně drahé.

(I 09) Tak určitě nějaké polohovací pomůcky pro ty pacienty tam myslím chybí, počínaje lepším a kvalitním polštářem pod hlavu…Určitě nějaké zvedáky, protože ti pacienti mají dneska mnohem větší hmotnost, to si myslím, že tam taky chybí…. Potom si myslím, že úplný základ je to, že ty postele neváží ty pacienty, tu hmotnost, protože si myslím, že se od toho odráží spousta věcí, co se týče léčby pacienta, dávkování.

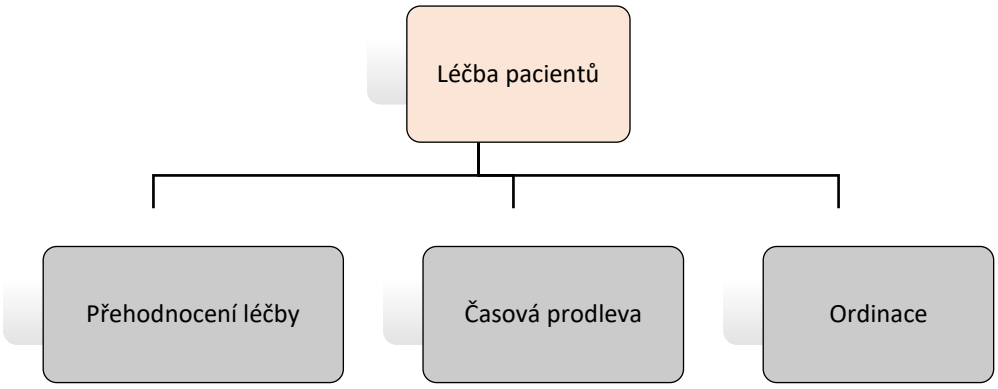
(I 10) Tak ta ošetřovatelská péče je na našem oddělení na hodně vysoké úrovni, ale chybí k tomu některé pomůcky, které k tomu sestra potřebuje, třeba na polohování pacienta si myslím, že tam jsou určitě ještě mezery, co týká toho vybavení. Jinak si myslím, že ta péče je u nás hodně dobrá… Nevidím do toho, jestli je to jednoduché zajisti tu pomůcku během nějakého kratšího časového horizontu, ale za tu dobu, co jsem tam já, tak se doplňovaly polohovací pomůcky pouze jednou. Spousta jich už dosluhuje… Urgujeme to, znovu a znovu se o tom bavíme, ale asi to není úplně jednoduché to zařídit.

(I 07) Je to o penězích, je spousta pomůcek, které by nám v péči o toho pacienta, pomohly, ale protože to je drahé, tak se to nenakoupí a šetří se na těch věcech, které nejsou tak drahé oproti léčbě a lékům, i když by si je ten člověk zasloužil… Ale nevidím do toho, jak je to proplácené pojišťovnami, tak nemůžu říct, jak jsou vázaní, jestli je to chyba vedení, že šetří, anebo to nedovolí ten management nemocnice, že tam jsou nějaké hranice….Většinou se s tou nabídkou setkáváme na seminářích, kde jsou ti dealeři a víme, že tahle možnost je. Přivezli jsme ze seminářů různé pomůcky, odkazy na zlepšení péče a práce, ale minulo se to nějakým účinkem, ale nevím, jak jsou omezení ti, co to objednávají.

4.6.4. Léčba pacientů

Sestry z pracoviště, kde bylo realizováno výzkumné šetření, vykonávají svoji profesi na jednotce intenzivní péče nejvyššího typu. Poskytují zde vysoce specializovanou péči u pacientů, kterým selhávají vitální funkce, nebo jsou tímto selháním ohroženi. Někteří pacienti mají poruchu vědomí, vnímání. Vzhledem k závažnosti stavu pacientů, samotní pacienti nemohou vyslovit svá přání, preference, souhlas s život zachraňujícími výkony. Terapie pacientů, kteří nemohou projevit souhlas s léčbou, velmi úzce souvisí s platnou legislativou ČR. Legislativní normy určují lékařům, za jakých podmínek může být léčba pacientů přehodnocována. Tato podkategorie obsahovala velké množství výzkumných dat, proto je rozčleněna na další podkategorie (obrázek 17).

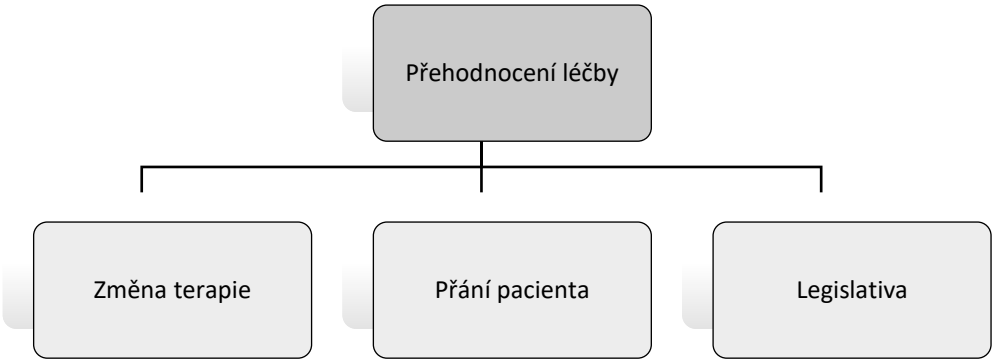
Obrázek 17: Podkategorie Léčba pacientů



Přehodnocení léčby

Sestry se vyjadřují, že terapie pacienta záleží na individuálním stavu pacienta, individuálním lékaři, očekávaném výsledku. Někdy je nutné dle aktuálního vývoje zdravotního stavu pacienta, přehodnotit stávající léčbu. Přehodnocování léčby záleží na více faktorech (obrázek 18).

Obrázek 18: Podkategorie Přehodnocení léčby



Změna terapie

Participující sestry se vyjadřují, že zdravotní stav pacienta je ovlivňován mnoha faktory, jako je např. věk a celkový zdravotní stav. Část sester se domnívá, že u pacientů mnohdy dochází k terapeutickým a diagnostickým intervencím, bez ohledu na tyto faktory. Některé sestry tyto intervence vnímají jako nepřiměřené prodlužování utrpení, bez ohledu na přínos léčby. Část sester pak vnímá demotivačně, když o tyto pacienty pečují, může to být proti jejich přesvědčení, což v nich vyvolává negativní pocity. Část sester by motivovalo, kdyby lékaři uvažovali o změně terapie, pokud je patrné, že prognóza pacienta je natolik vážná, že z probíhajících intervencí nemá pacient žádný přínos. Další sestry se vyjadřují, že na konkrétní pacienty a jejich probíhající terapii, má každý lékař odlišný pohled. Individuální lékař pak léčbu přehodnocuje, mění stávající terapii. Jiná část sester

se vyjadřuje, že na změnu terapie mají vliv také sestry, které lékaři popisují situaci v rodině, přání příbuzných. Protože jsou sestry v častém kontaktu jak s pacienty, tak jejich příbuznými, lékaři jejich poznatkům naslouchají.

> *(I 01) Určitě bychom měli brát v potaz jejich věk, jejich celkový zdravotní stav. Myslím si, že spousta lidí v 90 letech, kteří už jsou několik let upoutaní na lůžko, určitě nestojí o prodlužování utrpení. …, měl by se tam vrátit zpátky ten lidský faktor a mělo by se umět říct v tu správnou chvíli dost.*

> *(I 03) No a je tam také to utrpení ...myslím si, že tam ty lidi zůstávají tak jako…. Ta medicína jde trochu jiným směrem, než by měla jít, v některých případech… Prodlužování utrpení, když vidí všichni lékaři, že to má pro toho člověka jediné východisko a prodlužují uměle umírání toho člověka, i když ví, že není jiná cesta.*

> *(I 08) Je to tak, že jsou pacienti, u kterých víme, že umřou a ty jejich rezervy už nejsou, mají i třeba nějakou terminální diagnózu. Myslím si, že se zbytečně léčí a prodlužuje se tím jejich trápení kvůli alibismu lékařů.*

> *(I 10) Teď si nejsem vědoma, že bych něco takového musela proti svému přesvědčení dělat. Možná mě napadlo, že někdy mi přijde, že léčíme někoho, kdo už má ten svůj život už opravdu odžitý, třeba 95letý pacient, někdy zase až moc léčíme. To možná na mě někdy působí, že by se ti pacienti měli nechat v klidu odejít… Tohle nechávám v plné režii lékaři. Některý lékař k tomu přistoupí a podívá se na to jinak, jinýma očima, takže se někdy stane, že se ta léčba opravdu změní, ale je to vzácné.*

> *(I 02) ...když tam leží pacient, o kterém víme, že je opravdu už jako spíš na ventilátoru v závěru toho svého života, spíš se tam jako trápí, …prostě se prodlužuje to umírání.*

> *(I 04) Někdy to prodlužuje utrpení, někdy jim to pomůže. Záleží na tom stavu a konkrétním případu, jaký je to pacient… Jo, taky se to stává. Ale to je potom boj mezi nimi, protože my do toho nemáme jako sestry co zasahovat. My můžeme říct: „Hele, ale on napsal tohle, ...“, ale to je hloupost, si řeknou, tak já dám tohle...trošku mi to přijde jako naschvály, že si dělají.*

> *(I 05) Je v tom trošku…, vlastně i z důvodu, že nějaký oddílenský lékař má zkrácený úvazek, takže je tam jenom pár dní v týdnu… a pak ho těch zbylých par dní zastupuje někdo jiný, takže se tam střídá každý den někdo jiný a každý má jiný názor. Je to takový složitý v tomhle směru.*

> *(I 06) Ano, má, někdy se opravdu domluvíme, podíváme se na to po té lidské stránce a někdy se ta léčba změní. Kolikrát jsem už šla za lékařkou, které jsem popsala situaci v rodině, že tam příbuzní plakali, že nechtějí, aby se dál příbuzný trápil, vědělo se, že je to konečné stádium, tak se opravdu nastavila bazální terapie a ten člověk nechal uspaný.*

Část sester vnímá, jak těžké je terapii přehodnotit, rozhodujícím faktorem by však měla být následná kvalita života pacienta. Tyto participující sestry při poskytování péče demotivuje, když umělé prodlužování života i může pacientovi způsobovat trápení.

(I 09) To znamená, že se ti lidi nevrací zpátky do normálního života. My je udržujeme při životě, ale to je všechno… Léčí se mnohem starší a polymorbidní pacienti a my tím, že jim dokážeme pomoct, je udržujeme uměle při životě, ale ne kvalitním, nevrací se zpátky do normálního života… To je hrozně těžké posoudit, kdo má šanci a kdo nemá šanci, koho léčit a koho neléčit, ale hlavně by se ty lidi neměli trápit.

(I 06) V dnešní době si myslím, že by pacient měl být bez bolestí a odejít důstojně z tohoto světa a přijde mi, že tu důstojnost dáváme u nás dost do pozadí… Musím splnit ordinace lékaře, často jsem v rozporu právě u pacientů v terminálních stadiích, kdy dochází k tomu, že třeba pacienta najednou začnou budit.

Další část participujících sester se vyjadřuje, že zcela opačně nastávají situace, kdy vnímají nedostatečné využívání dostupného vybavení na pracovišti, které může pro pacienty znamenat přínos. Tyto sestry se vyjadřují, že se jedná o individuální situace i lékaře, a tyto diagnostické či léčebné intervence nemusí pacientovi přinést požadovaný výsledek.

(I 05) Vůbec i ve všech postupech, v tom, jaké tam máme vybavení, zařízení, co můžeme všechno nabídnout. Mohli bychom nabídnout víc, ale záleží jenom na tom, jestli chce vedení.

(I 08) Já si myslím, že nechtějí moc zkoušet nové věci. Ale nemůžu mluvit za všechny, protože tam jsou lékaři, kteří je zkoušejí a rádi vysvětlují, ale je jich málo… ten výsledek může být stejný u toho lékaře, který je nadšený a udělá toho hodně a bude stejný výsledek i u toho, který udělá jenom ten základ a dopadne to stejně. A možná proto, do toho dalšího nejde, protože ví, že to takhle dopadne.

Přání pacienta

Část participujících sester se vyjadřuje, že pacienti na tomto pracovišti často nemohou vyslovit souhlas a svá přání ohledně stávající terapie. Sestry se vyjadřují, že někteří pacienti by pravděpodobně neprojevovali zájem o to, aby jejich život byl lékaři uměle prodlužován. Některé sestry z toho důvodu pociťují negativní prožitky, které je demotivují při vykonávání své profese. Další část sester se však vyjádřila, že pokud zájem o další léčbu projeví příbuzní pacienta, jsou méně demotivovány, než když toto rozhodnutí učiní ošetřující lékař.

(I 01) ... kolikrát mi uniká smysl, proč některé věci děláme, aniž by o to ti pacienti vyloženě sami stáli…. Onkologicky nemocní pacienti taky si myslím, že pro ty bolesti a ty obtíže, které s tím onemocněním souvisí, nemají úplně zájem o to, aby se dál prodlužoval jejich život, aniž by oni o to sami stáli, když se dostanou do stavu, kdy nejsou schopni o sobě rozhodovat… Spousta věcí by se dala udělat jinak a myslím si, že víc bychom měli zohledňovat přání toho pacienta. Přání na tu léčbu, neměli bychom je nutit nebo za ně rozhodovat v tom případě, když sami nejsou kompetentní se rozhodnout a měli bychom k tomu přistupovat s lidským nadhledem…

(I 09) My si úspěšně zatleskáme, že jsme pacienta zachránili, ale ten člověk je z toho špatný. Je to těžké, nedá se posoudit, koho zachraňovat a koho prostě ne.

(I 08) Ale záleží také na rodině, která chce za každou cenu zkoušet dále, tak dobře, tak ale rodina rozhodla o tom, že se bude prodlužovat trápení. Když už teda lékaři řeknou, že si rodina si nepřeje nechat pacienta v klidu odejít, …není to eutanázie, je to nerozšiřování terapie.

Legislativní normy

Některé sestry se vyjadřují, že legislativní normy mají být více propracované. Jedná se převážně o oblast, kdy pacienti za sebe nemohou učinit rozhodnutí. Část sester si představuje, že v individuálních situacích má docházet k rozhodnutí o charakteru pokračující terapie, již od primárního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem. Další část sester se vyjadřuje, že k pokračující terapii lékaři přistupují i proto, že mohou vnímat určité obavy z reakcí za svá rozhodnutí ze strany příbuzných nebo veřejnosti.

(I 01) …. A myslím si, že zcela zbytečně, je v zákoně uvedeno několik případů, kdy pacient automaticky ztrácí právo na svobodnou volbu.

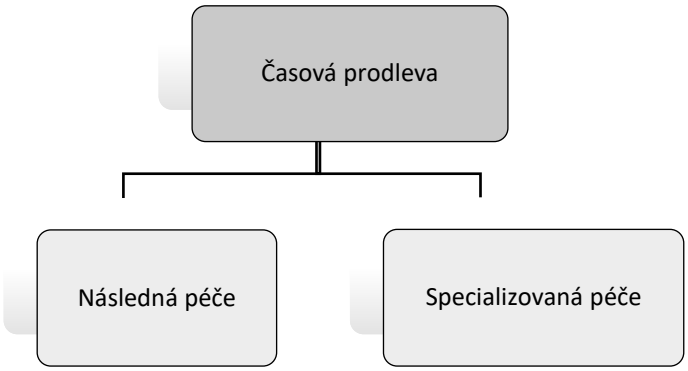
(I 03) To je celý systém, je to takhle nastavené celé zdravotnictví si myslím… Myslím si, že když jsou lidi takoví, jací jsou a jsou stěžovatelé v dnešní době, ohání se soudy, právníky, tak má každý respekt.

(I 09) To asi ne, takhle bych to nehodnotila, ale celkově asi už od začátku, záchranka ty pacienty netřídí tak, jako dříve, všichni mají nárok na všechno, na nejlepší péči.

Časová prodleva

Sestry se vyjadřují, že na pracovišti přicházejí do kontaktu s pacienty, kteří potřebují rozšířit terapeutické, diagnostické nebo jiné postupy a charakter či vybavení jejich pracoviště to buď neumožňuje, nebo poskytuje v omezené míře. Jedná se např. o specializovaná pracoviště nebo jiná následná navazující pracoviště (obrázek 19).

Obrázek 19: Podkategorie Časová prodleva



Následná péče

Participující sestry se vyjadřují, že na jejich pracovišti jsou hospitalizováni také pacienti, kteří potřebují lůžka dlouhodobé nebo následné péče. Tito pacienti jsou na pracovišti hospitalizováni různě dlouhou dobu, Část sester demotivuje, že překlad tohoto pacienta je odkládán a odvíjí se od volné kapacity navazujícího pracoviště, která je však omezená. Některé sestry říkají, že na překlad čeká pacient i několik měsíců. Další část sester se vyjadřuje, že překlad pacientů závisí na aktivitě individuálního lékaře. Jiná část sester vnímá, že pokud se lékaři podaří zajistit lůžko, které odpovídá potřebám pacienta, může být pacient umístěn i do vzdálenější oblasti od místa bydliště. Tyto sestry se domnívají, že pro rodinu pacienta může tato vzdálenost představovat překážku k návštěvě pacienta.

> *(I 01) Jediný problém nastává ve chvíli, kdy máme pacienta, který by spíš potřeboval péči na lůžku dlouhodobé péče, ale těch lůžek je málo, takže není už kam je většinou přeložit a musíme čekat, až se uvolní místo.*
>
> *(I 02) Myslím si, že ti naši lékaři, by zrovna třeba ty pacienty na následnou péči, mohly také překládat dřív, protože někdy na té následné péči, se ti pacienti opravdu rychleji odpojí nebo prostě ten progres je lepší.*
>
> *(I 05) Ano, skladba pacientů. Neříkám, když se přijímá ten člověk, ale my tam máme ty dlouhodobé hospitalizace, kdy už tam ty lidi nemají co dělat a měli by patřit na jiné oddělení… Hodně často se stává, že ho na tom oddělení ho nechtějí. Máme hrozné problémy právě s překlady, na oddělení, které má navazovat po nás.*
>
> *(I 06) Myslím si, že by měly být trošku stanovena nějaká pravidla, jak dlouho vlastně pacient bude ležet na ARU, než ho přeložíme na to další pracoviště, na nějakou tu následnou péči, protože jsou pacienti, kteří opravdu na ARU nemají co dělat, a přesto tam několik měsíců jsou… Takových pacientů tam máme většinu a záleží zase na sestavě lékařů na oddělení…. Takže zase je to všechno o člověku…*
>
> *(I 07) Mně se teda nelíbí, když za pacientem chodí rodina, rodina má zájem o toho svého bližního a má být v té následné péči, kdy potřebuje ventilované lůžko, umístěn daleko. Opravdu některý ten lékař nebere přání té rodiny, aby byl umístěn blíž, aby za ním rodina mohla jezdit, potom to je náročné na tu cestu… Ano, kolikrát za to nemohou ani ti doktoři, protože těch lůžek v našem okolí, kraji, je asi málo a jsou plná, takže oni se ho snaží za každou cenu přeložit a za tu cenu ho přeloží daleko.*

Specializovaná péče

Sestry se vyjadřují, že zdravotní stav pacienta nevyžaduje pouze dlouhodobou péči, ale někdy i péči specializovanou. Část sester se domnívá, že by lékaři měli zdravotní stav komplexně hodnotit a eventuálně kontaktovat specializovaná pracoviště bez časové prodlevy. Sestry se vyjadřují, že záleží na postoji individuálního lékaře, jak danou situaci komplexně vyhodnotí. Jiné sestry demotivuje vyjádření specializovaného pracoviště, že časová prodleva od překladu pacienta na jejich pracoviště, má vliv na jeho následný zdravotní stav. Jiné sestry se domnívají, že i když je pacientovi poskytnuta maximální možná léčebná péče, nemusí pro pacienta znamenat přínos.

Pokud specializované pracoviště indikuje překlad, spolupráce následně probíhá velmi dobře. Další sestry negativně vnímají, že pokud ve specializovaném centru nemohou pacienta z kapacitních důvodů přijmout, působí to na ně demotivačně.

> *(I 06) Nechci to jako by vyznělo špatně, ale občas je potřeba lidi poslat někam na vyšší pracoviště, kde mají vetší zkušenosti a jsou asi víc odborně zaměření na dané onemocnění… Myslím si, že by měli kolikrát dělat konzilia telefonicky dřív s těmi specializovanými pracovišti…Přijde mi, jakoby chtěli všechno vyřešit tam u nás a neuznají, že je potřeba to konzultovat nebo přeložit někam výš, že na to nestačí.*

> *(I 09) Myslím si, že to někdy zbytečně dlouho trvá, než někoho osloví dalšího k nějakému posouzení situace…, zase je to o lidech. Záleží, kdo je ve službě, jsou lékaři, kteří na tom pracují těm pacientům více pomoci, zajistí další vyšší pracoviště a pak je lékař, který to bagatelizuje. Jsou v tom hrozné rozdíly, v těch lékařích.*

> *(I 10) Spolupráce s jinými zdravotnickými zařízeními bych řekla, že je podstatně lepší než v rámci nemocnice, takže tam si myslím, že když to jenom trochu jde, tak nám pacienta do své péče převezmou. Pokud k tomu je indikace, takže ta spolupráce je dobrá.*

> *(I 02) ...ti lékaři, to nesebekriticky zhodnotí a prostě toho člověka neodešlou na vyšší pracoviště včas. Ano, to si taky myslím, pár případů tam bylo, že pacienti, kteří tam leželi, tak měli být už dávno přeloženi na vyšší pracoviště…, což třeba vidíme my a nějaká zpětná vazba se k nám i dostane, potom že to tvrdí i to vyšší pracoviště, ale už to bylo pozdě.*

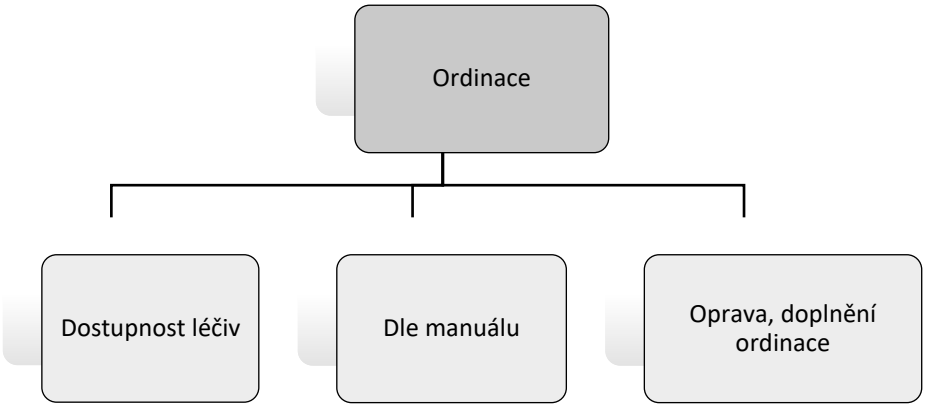
> *(I 07) ...jak kdy, někdy ne, někdy ano, někdy se včas umístí pacient tam, kde má být, tam, kde je mu pomoci a někdy ten tlak na to, ho někam dostat, není vyvinutý tak silně, takže ten si myslím nedostane to, co má dostat… někdo pro to dělá hodně, snaží se a jiný lékař se tím nezabývá, léčí ho po svém, ale že ta možnost větší pomoci je jinde, to nevyužije… Pak se mě dotýká to, že jsou třeba možnosti jinde ve zdravotnictví, kde je to možné vyřešit, ale není tam pro ně místo, … pacient nedostane tu šanci…*

> *(I 08) To je takové trochu sporné, protože ne vždy velká péče o pacienta přinese nějaký výsledek. Určitě si mohou říci, že do toho dali maximum, a i když to nedopadlo dobře, tak se o to pokusili…*

Ordinace

Podávání léčiv je neodmyslitelnou součástí léčby pacientů. Sestry se vyjadřují, že léčiva jsou ordinovány lékaři na základě zdravotního stavu pacienta a probíhajících diagnostických a terapeutických intervencí. Část sester se vyjadřuje, že jejich pracoviště disponuje určitou šablonou ordinovaných léčiv, které se nejčastěji používají k terapii jednotlivých stavů, diagnóz. Dále některé sestry uvádí, že ordinace lékaře můžou být z jakéhokoliv důvodu pozměněna, doplněna, opravena. Podkategorie je rozčleněna na další tři oblasti (obrázek 20).

Obrázek 20: Podkategorie Ordinace



Dostupnost léčiv

Sestry se vyjadřovaly k dostupnosti naordinovaných léků. Jednalo se o léky, které běžně nejsou dostupné a jsou určené na léčbu chronických onemocnění, nejsou ordinovány z vitální indikace. Participující sestry mají na dostupnost léčiv rozdílné názory. Část sester se vyjadřuje, že pokud na pracovišti není k dispozici dané léčivo, je v nejkratším možném čase zajištěna jeho dostupnost ústavní lékárnou, jiným pracovištěm nebo zdravotnickým zařízením. Další část sester se vyjadřuje, že je oslovena rodina pacienta. Jiná část sester dodává, že pokud je léčivo obtížněji dostupné a hrozí delší časová prodleva, než je pacientovi léčivo poskytnuto, je mezitím nahrazeno přijatelnou alternativou.

> *(I 01) …když lékař ordinuje lék, který aktuálně nemáme k dispozici, tak naše ústavní lékárna, je schopna nám ho velice rychle zajistit..., potom i ve spolupráci s jinými zdravotnickými zařízeními jsme obvykle schopní ten lék sehnat… Pokud to není z vitální indikace ten ordinovaný lék, tak se jeho podání odloží třeba na další den, kdy už ten lék máme k dispozici. Ale nesetkal jsem se s tím, že by nebyl nějaký lék, nebo jsme nebyli schopni ho zajistit.*

> *(I 06) Pokud pacient tenhle lék bere trvale, tak se domluvíme s rodinou, že rodina tyto léky přinese a v nejnutnějším případě dojde k objednání těchto léku. Ale nestane se, že by pacient nedostal lék, který potřebuje, je tam třeba výluka jednoho dne, než se ty léky seženou, ale vždycky dostanou lék, který potřebují.*

> *(I 10) Z mého pohledu ta lékařská péče je u nás dobrá. Většinou, když si lékař něco naordinuje, tak se ten lék snažíme sehnat, když ho na oddělení nemáme. Všechny potřebné léky, které má pacient mít, tak z 99 % u nás jsou, nebo se seženou… Tak se to snažíme nahradit něčím jiným, když to jde a když to nejde, tak nevím, nejsem si teď zrovna vědoma nějaké konkrétní situace…*

> *(I 07) To nemáme, máme to, co běžně používáme na oddělení při příjmu pacienta a když má speciální léčbu z domova, tak se říká rodině, aby léky přinesla, anebo se je snažíme objednat… A když jsou to hodně drahé léky, tak se spíš oslovuje ta rodina, aby je obstarala…*

Když je ta rodina neobstará, tak se třeba zahájí nějaká alternativní léčba, která je dostupnější…

Participující sestry se považují za demotivující, že se setkaly se situací, kdy některá léčiva pro dané pracoviště, nejsou cenově přijatelná. Léčiva jsou z toho důvodu nahrazena jinou, cenově přijatelnější, alternativou. Další sestra k této situaci dodává, že vliv na dostupnost i samotné ordinování léčiv, není pouze v kompetenci ošetřujícího lékaře, ale je také ovlivněno vedoucími pracovníky. Jiná část sester se však vyjadřuje, že se nikdy nesetkaly se situací, kdy je výběr léčiva omezen jeho cenovou nedostupností pro dané pracoviště.

(I 07) Dnes je to o penězích, on by mohl něco dostat, ale protože je to drahé, tak se to nedá, dá se něco jiného.

(I 09) Tak já bych to tak zhodnotila, že jsme tak na středu toho, co ten pacient dostává. Takový ten kvalitní základ, co se týče léčiv. Samozřejmě se šetří, zbytečně se neplýtvá, takové ty asi nedostupné léky mají vyšší pracoviště, to chápu.

(I 10) Ne, to se mi ještě nikdy nestalo, že je drahý… Myslím si, že vždy se snažíme pro toho pacienta udělat všechno, co můžeme.

(I 05) Tak já si myslím, že spousta lékařů, že by ho i napsat chtěla, neřešila by, kolik to stojí. Záleží ale, jelikož jsme v situaci, kdy se všude šetří a hrozně se kouká na peníze, na vedení, jestli to projde… Co se týče léků, tak léčíme v podstatě tím, co je na oddělení, nebo to, co si seženeme po nemocnici… No tak rozhodně se taky kouká na našem oddělení na cenu…

(I 04) Mám někdy pocit, že v té práci nejde někdy ani o ty pacienty, spíš jako o body, o body, o body, o body, o peníze, o peníze, že se jim někdy nedostává to, co by si zasloužili. Myslím i třeba v léčbě, v lécích… Ano, protože jsou třeba ty léky drahé...

Dle manuálu

Některé sestry se vyjadřují, že základní léčebná terapie na pracovišti zajištěna. Část sester by motivovalo, kdyby lékaři přizpůsobovali léčbu individuálním pacientům a využívali více své znalosti a diagnostické intervence v péči o pacienty. Některé sestry demotivuje, když lékaři ordinují neustále se opakující léčiva, která jsou ordinována pro většinu pacientů, dle určité šablony, manuálu.

(I 09) Co se týká lékařské péče, tak základní věci fungují. Ale to, že nefungují naši lékařští kolegové, kteří si tam tu službu odsedí a nepřemýšlí nad spoustou jiných věcí, co by těm lidem mohlo být, udělají prostě jenom základ… Přizpůsobila bych ji tomu konkrétnímu pacientovi. Zamyslet se nad tím, ne jet nějaký základní manuál, podle kterého se léčí… No a podle toho se léčí všichni podobně.

(I 05) … někdy i ta léčba trošku pokulhává. Nekouká se na ty pacienty jako na individuálního člověka, ale bere se to tak nějak jako komplexně… tak tam se dává pořád to samé dokola, tam se nedává nic jako lepšího nebo tak, v podstatě pořád užíváme stejnou medikaci.

(I 02) Co se týká léčebných, tak nechci tady sahat do svědomí lékařů, ale mám pocit, že ta léčba je pořád jakoby stejná, že se opakuje, ať je to pacient stran diagnózy, operace, resuscitace, … myslím si, že se tam léčí všichni pomalu úplně stejně… Spíš je to léčba jako přes kopírák…

Oprava, doplnění ordinace

Část participujících sester se vyjadřuje, že se občas pozastaví nad naordinovanou léčbou. Sestry vnímají, že se může jednat např. o překlep, chybu v ordinaci. Tyto sestry se aktivně zajímají o důvod ordinace a s lékaři nad danou ordinací společně diskutují. Sestry se vyjadřují, že po objasnění dané ordinace, je lékařem nastavená terapie buď zdůvodněna, změněna, nebo opravena.

(I 01) …většinou se zjistí, že to je jenom překlep a chyba se okamžitě opraví a když naordinuje léčbu, jejíž účel mi není zcela zřejmý, tak ti lékaři jsou o tom ochotní se mnou diskutovat a vysvětlit mi svůj záměr, proč to právě chtějí tak a tak …

(I 06) A buď se rozhodne lékař, že to změní nebo to ponechá a vysvětlí mi důvod proč, proč to ponechal. Ale nestalo se mi nikdy, že bych úplně razantně nesouhlasila, většinou jsme si to pověděli s lékařem, proč to tak naordinoval… Když se mi zdá opravdu nějaká ordinace nesmyslná, tak jdu a zeptám se, a buď zůstane ordinace stejná, nebo se vymaže, nebo tam dojde k nějaké změně….

(I 07) Ano, určitě, to za ním běháš, aby to všechno napravil, aby to přepsal, to se často stává…

Část sester demotivuje, když ordinace lékaře není doplňována o léčiva, která pacient v předchorobí užíval. Sestry vnímají, že chronická medikace pacienta je lékaři podceňována. Tyto sestry by motivovalo, kdyby lékaři doplňovaly ordinace o chronickou medikaci pacientů co nejdříve, až to zdravotní stav pacienta umožní.

(I 05) Že se spousta věcí podceňuje. Hlavně psychika pacienta to na prvním místě, to si myslím, že úplně obcházíme u nás na oddělení. To se dost podcení na začátku a pak je dost těžký to jako zase srovnat, hlavně třeba pacienti, kteří jsou psychiatricky léčení a my jim nedáváme jejich medikaci.

(I 08) To není nedostatkem léků, léků je dostatek a dají se i sehnat. Spíš jde o ty ordinace, jestli to někdo napíše nebo nenapíše… Většinou ne, ale když pak řešíme pacientův psychický stav a zjistíme, že užíval antidepresiva apod.

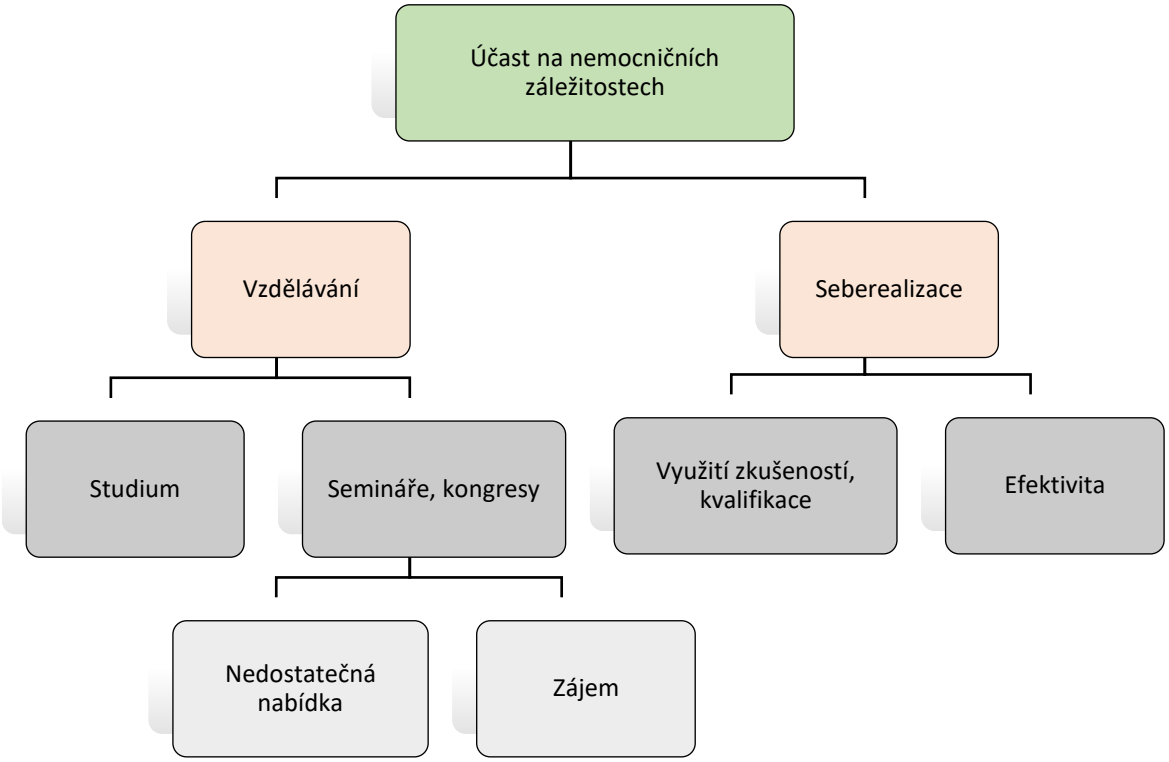
(I 02) …když tam 14 dní říkáš, že má pacient 14 dní vysoký tlak a říkáš to furt dokola a nikdo s tím nic nedělá a říkáš to víc doktorům, tak vidíš, že s tím stejně nikdo nic nedělá a pak po 3 týdnech teda někdo nasadí tabletky a všichni jsou překvapení, že ten tlak je najednou nižší…

(I 07) Ale víceméně, když mám srovnání s jiným oddělením, tak se vysadí chronická medikace na dlouhou dobu a pak se pomalu najíždí na to, na co byl člověk zvyklý z domova… To tady trošku stagnuje, to je lékařská záležitost, nad tím se trošku pozastavuji, …

4.7. Účast na nemocničních záležitostech

Některé sestry se vyjadřují, že jejich pracovní motivaci a spokojenost zvyšuje skutečnost, že se cítí pro organizaci prospěšné. Část sester se cítí motivována, pokud se v nemocničních záležitostech nějakým způsobem angažují. Tyto sestry se vyjadřují, že pokud je jim umožněno, aby se podílely v zařízení na rozhodování, více svojí práci prožívají a zvyšuje se jejich pracovní výkon. Další část sester projevuje zájem se vzdělávat, když zaznamenají zpětnou vazbu svého úsilí. Jiné sestry se vyjadřují, že jsou spokojenější, když mají možnost využít své zkušenosti a vědomosti. Členění kategorie se nachází v obrázku 21.

Obrázek 21: Kategorie Účast na nemocničních záležitostech



4.7.1. Vzdělávání

Participující sestry se vyjadřují, že vzdělávání pro ně znamená významný motivační faktor. Samotná možnost vzdělávání a podpora přístupu ke vzdělávání zvyšuje spokojenost sester.

Studium

Vzdělávání má četné formy. Participující sestry se vyjadřují, že za jednu z vzdělávacích forem považují např. další studium. A to zejména ve vysokoškolských programech, certifikovaných kurzech, nebo ve specializační formě vzdělávání (sestry označují pojmem ARIP: anesteziologická, resuscitační a intenzivní péče). Část sester projevuje zájem se dále vzdělávat. Některé sestry plánují v budoucnu studium zahájit, dalším ve studiu brání určité důvody Jiné sestry říkají, že studium po nich není nikým požadováno. Další část sester se vyjadřuje, že nemají v úmyslu dále studovat.

(I 01) …, nikdo to mě nevyžadoval.

(I 02) Všeobecně mám zájem se vzdělávat, vzdělávám se v podstatě jen ve svém oboru….

(I 10) Mám zájem se dál vzdělávat, ale nyní to momentálně nejde… až pak přijde na řadu studium…co se týká kvalifikace, …

(I 06) Co se týká nějakých vysokých škol nebo ARIPU, tak zatím ne.

(I 05) Tak určitě bych ráda třeba navštěvovala intenzivní kurzy, …, ale abych pokrčovala dál ve studiu v tomto oboru, tak to asi ne.

(I 09) Oficiálně z povinnosti, studovat něco dalšího si už nedovedu vůbec představit v tom svém věku.

Semináře, kongresy

Průběžné vzdělávání je stejně potřebné, jako studium. Některé sestry se vyjadřují, že účast ve vzdělávacích programech formou seminářů a kongresů, je pro ně přijatelnější než jiná forma studia. Tyto sestry však motivuje pouze určitý druh semináře nebo kurzu, které jsou ochotny sestry navštívit.

Zájem

Část sester vyjadřuje zájem navštěvovat vzdělávací aktivity formou seminářů nebo kongresů. Jiné sestry se vyjadřují, že tyto aktivity navštěvují z povinnosti a vzdělávání pro ně není přínosné. Část sester má zájem navštěvovat vzdělávací aktivity, ale vyjadřují se, že jim v tom brání různé důvody. Některé sestry by motivovalo, kdyby jim zaměstnavatel vzdělávací aktivity finančně sponzoroval. Tyto sestry se domnívají, že by poznatky ze vzdělávacích aktivit uplatnily v péči o pacienty, vykonávaly by náročnější povinnosti, případně by sdílely své nové znalosti s ostatními členy týmu. Tímto procesem by sestry vnímaly větší nadšení do práce a zvýšila by se jejich spokojenost.

(I 09) V podstatě mě to už moc nebaví. V podstatě z povinnosti.

(I 03) Ve svém oboru ano…. Chtělo by to, zajímalo by mě to, ale udělat si ten čas na to. A zajímat se o to samozřejmě víc, než tomu dám.

(I 04) Navštěvuji semináře…. Občas tam visí nějaké semináře.

(I 08) Když už máš zájem se vzdělávat, tak by ti to mělo být umožněno…. Mě by opravdu hrozně motivovalo to, kdybychom měli zaplacené ty různé kurzy a to vzdělávání, protože čím víc se člověk vzdělává, tak tím víc ho baví to zpět aplikovat do té praxe a když to potom není, tak na něčem stagnuješ a nevyvíjí se to. Naopak bych řekla, že se to zhoršuje a potom i to nadšení do práce.

Část participujících sester se zmiňuje, že si vzdělávací aktivity, které navštěvují, vybírají. Tento výběr uskutečňují dle toho, nakolik jsou pro ně vzdělávací aktivity zajímavé. Zajímavé jsou pro tyto sestry takové formy vzdělávání, které následně uplatní a využijí na pracovišti.

(I 05) Jo to určitě, pokud je to zajímavé… teď se na jeden chystám a těším se, vypadá to, že tam budou ty přednášky stát za to. Na ten se těším, a to se mi líbí.

(I 07) Vybírám si ty semináře, aby mi to něco dalo k té mé práci na oddělení, nechodím tam, kde to u nás pak nevyužiji.

Nedostatečná nabídka

Část sester zmiňuje, že nabídka seminářů v rámci jejich zařízení je nedostačující. Sestry se vyjadřují, že nedostatečná nabídka v rámci jejich zařízení je způsobená nedostatečným počtem pořádaných vzdělávacích aktivit, opakováním tématu vzdělávací aktivity. Další sestry demotivuje, že téma vzdělávací aktivity je pro ně nezajímavé, neodpovídá povaze práce na jejich oddělení. Jiné sestry se vyjadřují, že vzdělávací aktivity v rámci jejich zařízení, považují v současnosti za přínosnější než v minulosti.

(I 05) Přímo v našem zařízení ne, spíš jezdím vždycky jinam…. Spíše je to to samé dokola, takže člověk navštěvuje to stejný.

(I 09) Asi přímo náš zaměstnavatel moc ne, si myslím, i když asi se to trošku zlepšuje, spíše se ale vždy jezdilo jinam. To jsme museli sami si to najít.

(I 08) Většina přednášek v rámci našeho zařízení, které jsem navštívila, nebyla na moc dobré úrovni. Na té lokální úrovni, teď co jsem byla na poslední přednášce, tak kdybych tam nebyla, tak se nic neděje.

(I 01) Určitě nevyhledávám ty semináře, které dříve byly naprosto běžné, kdy si člověk odseděl nějaké hodiny, aby měl body a nedozvěděl se nic nového, nic se nenaučil a byl to úplně zabitý čas.

(I 03) Teď jsem rok dala pauzu, jinak pokud by tam v rámci nemocnice bylo něco zajímavého, tak jdu, ale nic tak zajímavého se neděje.

(I 05) Bývají kratší ty semináře, už jsem jich na pár byla, ale myslím si, že jich není tolik, že by nemocnice nabízela nějakou výraznější nabídku, ze které by si člověk vybral.

(I 04) Od nemocnice moc nechodím, protože mi to málokdy něco přinese. Já chodím spíš na ty, které mě zajímají, co se týkají hodně mého oboru.

Participující sestry se vyjadřují, že je pro ně motivující odpovídající kvalita a úroveň pořádané vzdělávací aktivity. Kvalita je sestrami vnímána rozdílně. Obecně se však sestry vyjadřují, že je to taková forma vzdělávací aktivity, která se týká oboru intenzivní medicíny nebo taková, kterou sestry uplatní a využijí na svém pracovišti. Jak se vyjadřují samotné sestry, nedostatečná nabídka vzdělávacích aktivit v jejich zařízení je demotivuje a z toho důvodu si vyhledávají tyto aktivity samy, mimo své zařízení.

(I 10) V rámci našeho zařízení, jsem už dlouho žádný seminář nebo kurz nenavštívila, ale většinou chodím mimo zařízení a s těmi jsem většinou spokojená… Většinou nenabízejí

témata, která by se mi líbila nebo která by mě zajímala. Nechci chodit na seminář jenom proto, že musím mít nějaký seminář, chci, aby mi to něco dalo.

(I 06) Před pár lety jich moc na výběr nebylo, teď se začaly pořádat nějaké přímo ústavní semináře, ale já pojedu raději na nějakou větší konferenci, klidně vícedenní, na nějaké pro mě opravdu zajímavější téma, než co nabízí nemocnice.

(I 01) Já osobně dalšímu vzdělávání nejsem nepřístupný, ale by fajn, kdyby to mělo nějakou úroveň a kvalitu…. ...Vyhledávám si kurzy a semináře, které mě zajímají a které považuji za přínosné pro svoji práci nebo pro mě osobně.

(I 07) Spíše jsem dojížděla do jiných nemocnic, ...kde hrozně dobře vedou ty semináře, mají dobrou úroveň a jezdím tam ráda, …

4.7.2. Seberealizace

Seberealizace může u sester zvyšovat sebevědomí a sebeúctu. Potřeba seberealizace je značně individuální a záleží na mnoha faktorech. Část participujících sester se vyjadřuje, že by byly spokojenější, pokud by své dovednosti a znalosti, mohly v zařízení více uplatňovat. Vnímají, že pokud vědomosti a zkušenosti uplatní, byly by více motivovány, pociťovaly by určitý přínos, efektivitu vynaloženého úsilí.

Využití zkušeností, kvalifikace

Část sester se vyjadřuje, že pokud své dovednosti, zkušenosti, znalosti, ve své profesi využijí, vnímají větší pracovní motivaci a jsou spokojenější. Některé participující sestry vyjadřují zájem účastnit se nemocničních záležitostí jako je např. tvorby standardů, zaškolování nových pracovníků, inovací, změn na pracovišti. Další část sester tento zájem neprojevuje. Tyto sestry vnímají, že nedisponují dostatečnými znalostmi a vědomostmi, aby je mohly předávat dále. Jiná část sester vnímá, že by je motivovalo, podílet se na nemocničních záležitostech, ale protože jejich úsilí nebylo dostatečně reflektováno, zájem již neprojevují.

(I 03) Ne, beru to tak, jak je to nastavené a nejsem inovátor… Taky ne. Myslím si, že nejsem na to typ.

(I 07) Ale standardy, na to jsou tam určitě chytřejší, vzdělanější a mladší, kteří mají mnohem více vědomostí a mohou přinést nové věci.

(I 05) Ano, měla jsem zájem, chtěla jsem dělat školitelku, ale byl to velký problém. Chtěla dělat vedoucí směny, je to velký problém, no tak už to prostě dělat nechci, už nemám zájem vůbec na našem oddělení cokoliv dělat.

Část participujících sester se vyjadřuje, že by byly motivovány možností účastnit se přímo procesu zaškolování nových sester, což by je profesně naplňovalo a vnímaly by větší spokojenost. Některé sestry by motivovalo, pokud by během zaškolování vnímaly dostatečně projevený zájem, zručnost a intelektuální výbavu ze strany nově nastupujících sester. Další část sester se vyjadřuje, že rády

sledují vývoj inovace nebo případné změny na pracovišti, v zařízení. Pokud však dle některých sester daná inovace nepřináší požadovaný výsledek, zapojují se do diskuze a přispívají svými poznatky.

(I 04) Klidně zaučovat nové sestry mi nevadí.

(I 06) Zaškolování nových zaměstnanců mi nevadí, pokud ty lidi mají zájem o moje informace a moje zkušenosti.

(I 02) Tak to bych měla klidně i větší zájem a radost by mi to i dělalo a nevím, jestli je to teda, že by se ti dobře pracovalo i s někým, kdo jakoby to úplně neumí.

(I 08) Když ten pracovník, kterého mám zaškolovat, má o to zájem, tak ho ráda zaškolím, ale záleží to na tom, když tam přijde nová sestřička nebo studentka, a vidím na té studentce, že zájem nemá, tak se jí vnucovat nechci.

(I 10) To by se mi moc líbilo, kdyby člověk mohl trochu zasáhnout do toho oddělení, něčím přispět. To by mě bavilo zaškolovat nové pracovníky. Určitě by se mi to líbilo a asi by mě to profesně naplňovalo.

(I 09) Ale jinak samozřejmě nějaké novinky, nebo když se v práci něco řeší nebo je něco nového, tak mě to zajímá… Tak já velmi ráda poukazuji na nějaké chyby, ale zase myslím, že co říkám, má hlavu a patu…Chci, aby když už o tom začnu mluvit, aby se to napravilo, a je to směřováno v tom dobrém, aby to zlepšilo tu práci na oddělení.

Efektivita

Jak je uvedeno výše, některé participující sestry naplňuje, když mohou přispět a zasahovat svými znalostmi a zkušenostmi do chodu oddělení. Část sester se vyjádřilo, že ačkoliv chtějí navrhnout efektivnější řešení ve prospěch pacienta, prosazovat zlepšení prostředí na pracovišti, není jim nasloucháno. Jiná část sester poznamenává, že návrh není správně pochopen, a proto raději další změny nenavrhují, čímž jsou demotivovány. Další část sester se vyjadřuje, že se do diskuzí o nějaké změně ani nezapojují, protože nevěří, že by se něco změnilo.

(I 01) Občas mám pocit, že by bylo k věci, ten daný postup nebo tu věc opřipomínkovat nebo navrhnout efektivnější řešení, nicméně to nikdo neposlouchá a ani nechce slyšet, takže tyhle ambice už dávno nemám. Ne, nikoho to nezajímá, nikdo to nechce slyšet.

(I 03) Můžu to připomínkovat, ale většinou to nedělám. Protože nevěřím, že by se potom něco změnilo.

(I 04) Nejsem sama, kdo nad něčím diskutuje, ale když mě něco napadne, tak to samozřejmě zavrhne ….

(I 06) Mě to zůstalo vždycky jenom v hlavě, protože vidím, že ty diskuze jsou u nás velmi složité, naopak by to někdo bral jako osobní útok, a ne jako něco ku prospěchu pacienta.

(I 05) Když tam někdo něco řekne, anebo má pocit, že se dělá něco špatně, tak se to otočí proti němu a je on pak vedený, jako že někoho šikanuje. Takže tam už člověk radši nic neříká.

Část sester se vyjadřuje, že když chtějí navrhovat určité změny na pracovišti a otevřeně o nich diskutovat, jsou sice vyslechnuty, ale připomínky nejsou vždy akceptované. Jiné sestry se vyjadřují, že stojí značné úsilí prosadit nějakou změnu na pracovišti. Další sestry vnímají, že změna na pracovišti nastává až po dlouhé době, mnohdy až poté, když je ve prospěch inovace ochotno diskutovat více sester.

(I 08) Možnost připomínkovat máme, nevím, jestli je to vždy akceptované, ale připomínkovat určitě můžeme.

(I 07) Myslím si, že moc ne, že nejsou akceptované, že jsou potom za chytrolíny…Myslí to dobře, ale nemyslím si, někdy něco se chytne, ale většinou se jede ve stejných kolejích.

(I 02) No nějaké změny se začaly dělat, když jsme tam něco připomínkovali, tak se to změnilo, ale to byla dlouhá cesta k tomu a muselo se do toho zapojit ještě víc lidí, aby nastala změna…No tak určitě, myslím si, že jsem připomínkovala dost, ale moc to cenu nemělo.

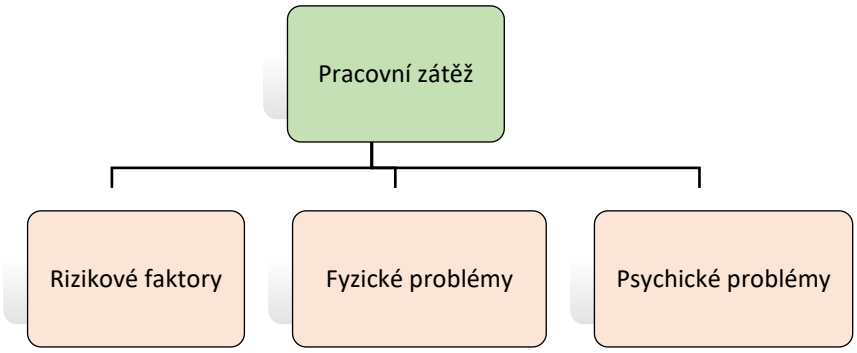
(I 10) Snažím se spoustu věcí inovovat, ale ne vždy se člověk setká s tím, že by to všichni přijali, nebo se to všem líbilo.

(I 09) Nic písemného netvořím, ústně připomínkuji, ale úplně to nikdy nedotáhnu do konce, jenom připomínkuji ústně. Někdy to pomůže, někdy to nepomůže, když to tak sleduji, tak to moc nepomáhá, je tam zajetý nějaký systém, přes který moc vlak nejede.

4.8. Pracovní zátěž

Na profesi sester jsou kladeny vysoké požadavky. Participující sestry se vyjadřují, že výkon jejich profese s sebou přináší i mimořádnou pracovní zátěž. Sestry vnímají, že pracovní zátěž nepříznivě působí psychické a fyzické zdraví. Faktory, které mohou ve větší míře podněcovat vznik fyzických nebo psychických problémů, označujeme za rizikové. Pracovní zátěž je rozčleněna na tři podkategorie, které jsou dále rozděleny na další (obrázek 22).

Obrázek 22: Kategorie Pracovní zátěž

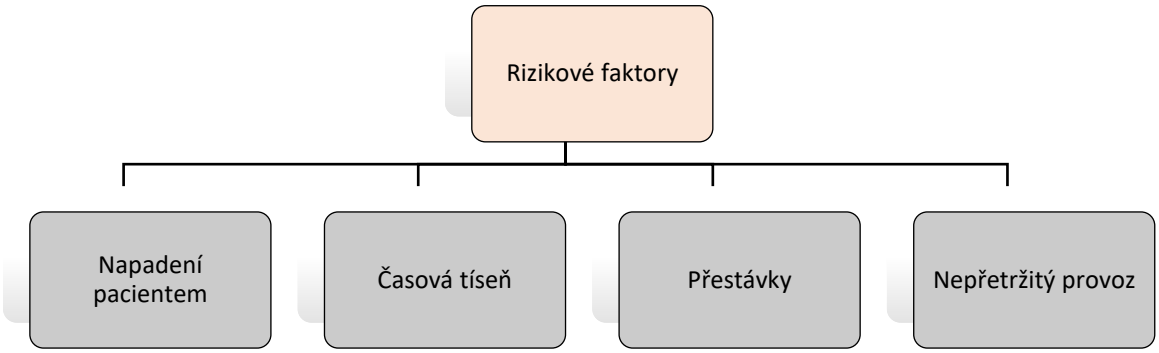


4.8.1. Rizikové faktory

Participující sestry vnímají, že jednotlivé nebo kombinované působení určitých rizikových faktorů, mohou u některých z nich potencovat poruchu zdraví. Některé sestry se vyjadřují, že sestry

se ve své profesi setkávají s pacienty, kteří je mohou fyzicky i psychicky napadnout. Část sester demotivuje, že z důvodu kontinuálního zajištění provozu jejich pracoviště, pracují v nepřetržitém směnném režimu, což narušuje jejich přirozený biorytmus. Protože se zdravotní stav pacienta může kdykoliv náhle změnit, nastávají na pracovišti situace, kdy sestry pracují pod časovým tlakem. Časový tlak vnímají sestry rozdílně. Některé sestry demotivuje, že z důvodu časového tlaku, dostatečně nevyužívají přestávky. Jiné sestry naopak považují přestávky za dostačující. Členění rizikových faktorů na další podkategorie znázorňuje obrázek 23.

Obrázek 23: Podkategorie Rizikové faktory



Napadení pacientem

Část sester se vyjadřuje, že se osobně setkaly s nějakou formou fyzického napadení, tato situace však není častá. Tyto sestry ale vnímají, že fyzické napadení je způsobeno převážně vlivem léků, které jsou pacientům aplikovány a mají proto pro pacienty pochopení. Sestry uvádí, že fyzické napadení pacientem lékaři řešily naordinováním léčebné terapie. Některé sestry se vyjadřují, že přímo při napadení sestry pacientem, pomohl situaci řešit i přítomný lékař. Sestry motivuje, že v některých případech si pacienti zpětně uvědomují svojí reakci a sestře se omluví.

> *(I 07) Já osobně ne, ale byla jsem svědkem, že kolikrát pacient napadne, ale to se zvládne a je to omluvitelné, protože ti pacienti jsou mimo.*
>
> *(I 04) Jo, jo, ale to už je dlouho, ale vesměs ty pacienti za to nemohli, protože byli ještě pod vlivem léků. Oni se pak přišli omluvit, ale v tu dobu byli agresivní, mlátili nás a museli se zklidnit medikamenty…On tam lékař byl, ten byl při tom přítomen, takže hned přiskočil pomoct.*
>
> *(I 05) Ze strany pacientů to spíš bývá neúmyslné, protože ty lidi jsou ještě pod vlivem nějakých léků, že ani nevědí, co dělají, ti tam občas pokřikují, ale to člověk nemůže brát úplně vážně.*
>
> *(I 03) Spíše fyzickým. Pacient se snažil kopat nožičkama…ale jinak ne. Byla to výjimečná situace myslím.*

Jiná část sester se vyjadřuje, že mají zkušenost s agresivním pacientem, ten je ale fyzicky nenapadl. Další sestry nemají žádné zkušenosti s fyzickým ani verbálním napadením.

> *(I 10) Tak občas se na oddělení objeví nějaký agresivní pacient, ale nikdy jsem vyloženě nezažila, že by mě pacient zmlátil nebo uhodil, …*
>
> *(I 02) Mám pocit, že i když je pacient u nějaké sestry hrozně agresivní, já si ho přeberu, nikdy se mi nestalo, že by byl na mě nějaký pacient agresivní, nepamatuji si žádnou takovou situaci.*
>
> *(I 01) Ze stran pacientů jsem se nikdy nesetkal s nějakým útokem, ani verbálním, ani fyzickým. Ze stran příbuzných jsem se taky s ničím takovým nesetkal.*

Časová tíseň

Participující sestry se vyjadřují, že stihnou během své pracovní směny veškerou svojí pracovní činnost. Některé sestry motivuje, že ačkoliv se někdy v rychlém sledu nahromadí více pracovních povinností, vzájemně spolupracují a fungují spolu jako tým. Dokážou si pracovní povinnosti zkoordinovat tak, aby byly všechny splněny. Některé sestry však dodávají, že ačkoliv je vzájemná spolupráce ovlivněna individuálním složením sester v pracovní směně, dokážou kolegyně zaujmout profesionální postoj a pomoc neodmítnou.

> *(I 06) Tak ta práce je nárazová, někdy se stane, že je špatný den a pracuje se tam od začátku až do konce a někdy je to klidnější, takže to spíš beru, jak je zrovna práce.*
>
> *(I 10) Většinou se tím dokážu nějak vnitřně sama vyrovnat, ta práce se udělat musí, někdy je to v nějakém shonu, kdy se dělá vše najednou. Ale i tak se jako tým dokážeme nějak zkoordinovat a dělat více věcí najednou, rozdělit se na menší party a pomoci jedna druhé, aby se ta práce stihla.*
>
> *(I 01) ... většinou tam máme na všechno dostatek času, to jsou spíš nárazové situace, kdy je akutní příjem pacienta a je potřeba rychle něco řešit, zajistit, udělat, ale to jsme schopni v rámci spolupráce tohle všechno udělat. Takže situace, kdy by tam byl absolutní nedostatek času na něco, tak jsou hodně vzácné.*
>
> *(I 08) Ale stihnu, myslím si, že stihnu, a když tam jsou kolegyně, které mi rády pomůžou, tak samozřejmě s některými to jde lépe, s některými hůře.*

Jiná část sester považuje za demotivující, že během nárazové časové tísni vnímají určité vnitřní napětí, nervozitu, stres. Vnímají negativní pocity, které jsou spojené s obavami, aby nějakou pracovní povinnost neopomněly, případně neučinily špatné rozhodnutí. U některých sester se tyto negativní pocity prohlubují s věkem sester.

> *(I 03) Já si myslím, že zvládnu udělat za tu svojí směnu všechno, co je potřeba…Když je víc příjmů, propuštění, tak mám strach, abych něco nezapomněla a neudělala špatně. Mám z toho pak vnitřní napětí.*

(I 07) Jak je člověk starší, tak čím dál tím hůř, opravdu nervozita, když se něco děje, takové to vnitřní napětí, nemám to ráda, strach, že se něco špatně semele, vnímám to jako stres.

Přestávky

Participující sestry se vyjadřují, že vzhledem k povaze práce a provozu oddělení, nejsou přestávky na jejich pracovišti pevně stanovené. Část sester považuje za motivující, že pokud nenastane situace, kdy působí na sestry časová tíseň, najdou si dostatek času na uskutečnění přestávky. Některé sestry dodávají, že během přestávky, po dohodě s ostatními sestrami, opouští i své pracoviště. Některé sestry by motivovalo, kdyby místo odchodu z pracoviště, mohly využít nerušenou přestávku v denní místnosti sester.

(I 01) Přestávky na našem pracovišti, vzhledem k typu provozu oddělení nejsou pevně dané…v rámci kolektivu jsme naštěstí schopní se domluvit, že když tu přestávku si vybereme, tak si ji v klidu můžeme vybrat bez jakéhokoliv problému, a jenom v nejzazších situacích jsme z ní vyrušeni.

(I 05) Jo, pít to není vůbec problém, i s tím jídlem. Já neodcházím na obědy, ale myslím si, že i holky, které chodí do závodní jídelny, že si vždycky ten čas najdou a mají komu předat pacienta. Myslím si, že s tímhle problém není.

(I 06) Dostatek času na svoje jídlo nebo pití, tak to si opravdu myslím, že čas je.

(I 09) Povšechně si myslím, že se stihnu najíst i napít, ale samozřejmě ta práce je nárazová, někdy to jde, někdy to nejde.

(I 10) Většinou bych řekla, že ten čas se vždy nějaký najde, někdy je to lepší, někdy je to horší, ale vždy ten čas nakonec nějak si odskočit, napít se a najíst, se najde.

(I 08) Mně by se opravdu líbilo, kdybychom mohli odejít a nikomu by to nevadilo, předali pacienta a na půl hodiny si v klidu sedli na sesternu, což se v některé směně po domluvě dá, ale vždycky se najde někdo, komu to vadí. Přitom ty dotyčné také pravidelně někam odchází, ale to je o lidech, …

Nepřetržitý provoz

Některé participující sestry demotivuje, že kvůli nepřetržitému provozu oddělení, trpí poruchami spánku. Směnný režim, především noční práci, tolerují velmi špatně a mají pocit, že jim trvá dlouhou dobu, než se dostatečně zregenerují. Některé sestry demotivuje intenzivní střídání denních směn s nočními. Tyto sestry dodávají, že na tomto pracovišti není dán pevný pracovní harmonogram, sestry mají rozpis služeb rozvržený dle jejich požadavků a požadavků vedoucích pracovníků.

(I 01) Noční směny už pociťuji, že jsou pro mě značně fyzicky náročné a trvá mi docela dost dlouho, než se srovnám do toho normálu, hlavně stran toho spánku, který mám hodně narušený a mám už docela velké problémy se spaním.

(I 06) Po devatenácti letech praxe na mě působí směnová práce šíleně, jsem unavená…Určitě, určitě ty směny se na člověku podepíšou.

(I 09) Samozřejmě špatně, člověk je utahaný a neměl by být, protože už má volno, ale po těch nočních to tělo se strašně dlouho regeneruje…Každý to zvládá jinak, ale mě to hrozně paralyzuje po těch směnách, když to mám cikcak, denní, noční, denní, noční…Jasně, tak poruchy spánku, směnnost, to je úplně jasné.

(I 10) Příšerně. Já nenávidím noční směny, hodně mi to rozhazuje můj biorytmus, mám potíže se srovnat z noční na denní a tak, třeba po nočních bych potřebovala více dní volna, ne jenom volno po té noční a pak hned jít další den na denní…Nemáme, sloužíme podle toho, jak se dá, jak potřebujeme a potřebuje vedení.

Některé sestry se vyjadřují, že tolerance směnové práce je ovlivněna fyzickou a psychickou kondicí před nástupem na pracovní směnu. Část sester se vyjadřuje, že pracovní zátěž vnímají sestry hůře, pokud vykonávají i jinou pracovní činnost mimo své pracoviště. Jinou část sester motivuje možnost zkráceného pracovního úvazku, protože vnímají menší pracovní zátěž. Dalším sestrám směnová práce vyhovuje, protože v běžném pracovním týdnu disponují volným časem, ačkoliv režim dne mají narušený.

(I 04) Někdy jo, někdy ne. Záleží na tom, jak je člověk unavený a v jaké je kondici, jestli je, nebo není nemocný.

(I 05) Já nevím, to je jak kdy. Záleží na tom, jak je člověk odpočatý z domova. A když si neodpočine člověk doma, tak je to pak dosti těžké a náročné. Nehledě na to, že skoro nikdo z nás nemá jenom jedno zaměstnání…Ne, kdybych pracovala opravdu na tom jednom oddělení, tak s tím nemám problém.

(I 08) Mě docela ta směnová práce vyhovuje, ale je to asi na úkor osobního života, že nejsem dost schopná si nastavit osobní režim, ale vyhovuje mi, že mám v týdnu volno.

(I 03) Já pracuji na zkrácený úvazek a vyhovuje mi to tak…Umím si to představit, ale bylo by to pro mě fyzicky náročnější.

4.8.2. Fyzické problémy

Část sester se vyjadřuje, že během výkonu své profese pociťují fyzické problémy, a to zejména při manipulaci s pacienty, kteří jsou obézní. Sestry si převážně stěžují na poruchy pohybového ústrojí. Ačkoliv si sestry při manipulaci s pacienty pomáhají, některé z nich utrpěly pracovní úraz. Některé sestry by motivovalo, kdyby během manipulace s pacienty, disponovaly pestřejší nabídkou pomůcek.

(I 01) ...i ta fyzická práce na tom oddělení, kdy musíme polohovat…manipulovat s pacienty, kteří už jsou víceméně v dnešní době velice obézní…mám docela problém se zády…když je potřeba s nějakým takovým pacientem manipulovat, tak všichni se zapojí, co můžou...bezprostředně po manipulaci s pacientem, jsem neměl takové problémy, abych musel vyhledat lékaře…některé kolegyně využily toho, že po manipulaci s těžkým pacientem šly k ortopedovi a ten jim napsal pracovní neschopnost, jako pracovní úraz…

(I 04) Myslím, že je to díky těm pacientům, kteří jsou váhově těžší, tak to pociťuji na svých kostech, páteři.

(I 02) Tak když je tam těžký pacient, tak jsem radši, když si tam pomůžeme v deseti lidech, než aby se tahal ve třech. Myslím si, že si pomáháme… Ano, myslím si, že z téhle práce se necítím úplně vyšťavená, to ne.

(I 09) A potom fyzicky si myslím, že jak manipulujeme s těžkými pacienty, tak máme všichni nemocná záda.

(I 01) Nemáme pomůcky, abychom mohli toho pacienta nějak nadzvednout, abychom pohodlně vyměnili prostěradlo, nemáme žádné zvedáky, nic takového…

Další část sester se vyjadřuje, že poruchy zraku a onemocnění kůže, souvisí se špatným osvětlením pracoviště a klimatizací. Jiná sestra dodává, že trpí neurologickými problémy, které jsou způsobené směnovou prací. Další sestry vnímají své pracoviště jako rizikové prostředí, ve kterém nemají k dispozici dostatek pomůcek k osobní ochraně. Jsou demotivovány skutečností, že o jejich fyzické a psychické zdraví, není projevován dostatečný zájem.

(I 03) Na pracovišti, když je šero, tak mám problém se zrakem a kožní projevy, zarudnutí v obličeji.

(I 04) A nevím, jestli se do toho pracovního prostředí může zahrnout klimatizace, špatné osvětlení, ...myslím si, že nejenom mě, ale všem se tam zkazily oči. Zářivky nebo takové věčně přítmí...Okno otevírací…ježiš, to by bylo super. Ta klimatizace nás taky ničí, vysušuje.

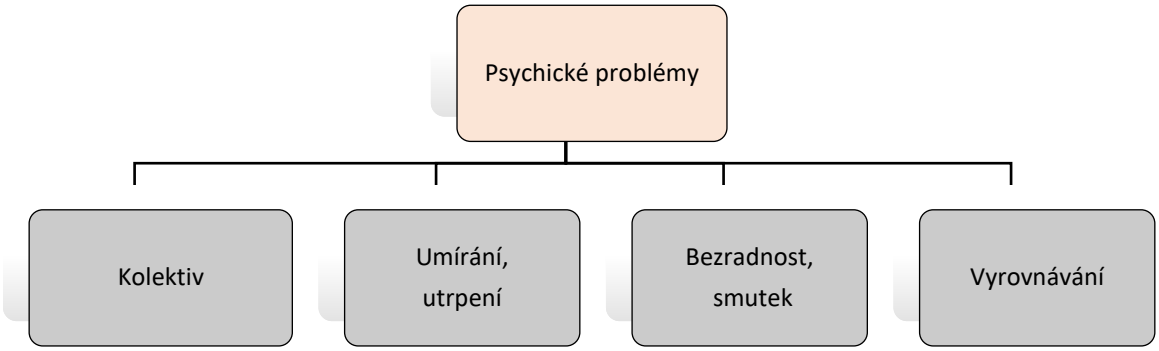
(I 10) Trpím na migrény, rozhazuje se mi biorytmus denní, noční, ale jinak žádné fyzické, a zatím ani psychické, problémy nepociťuji.

(I 08) Já si hodně svých psychických a fyzických problémů donesu z pracoviště a nikoho to nezajímá… Fyzické problémy, třeba astma, když nebudu mít roušky, tak jsem náchylnější k tomu, být nemocná. Tak to si myslím, že je v souvislosti s rizikovým prostředím, v kterém pracuji.

4.8.3. Psychické problémy

K psychickým problémům se sestry vyjadřovaly v takovém množství, že jsme je z toho důvodu dále rozčlenily (obrázek 24). Na psychiku sester má vliv mnoho faktorů. Sestry se vyjadřovaly, že psychické problémy jim způsobují mezilidské vztahy na pracovišti, vnímané utrpení pacientů a ostatní situace, při kterých pociťují smutek a bezradnost. Každá sestra má jiný způsob vyrovnávání se s těmito psychicky náročnými momenty. Ačkoliv můžeme některé podkategorie zařadit k jiným hlavním kategoriím, rozhodli jsme se je začlenit do kategorie Psychické problémy, a to z toho důvodu, že k nim sestry vyjadřovaly v souvislosti s velkou psychickou zátěží.

Obrázek 24: Podkategorie Psychické problémy



Kolektiv

Část sester se vyjadřuje, že je demotivuje, když se v rámci kolektivu setkávají se situacemi, které jsou pro ně psychicky náročné. Jako psychicky náročné momenty vnímají některé sestry určitou formou verbálního napadení, komplikované mezilidské vztahy. Pro část z nich může tato forma psychické zátěže, být důvodem k odchodu z pracoviště.

> *(I 03) Možná i ta psychická náročnost…Je to dokola to samé…Kolektiv... Je to velký kolektiv, takže každý přijde do práce se svým problémem…Nejde o pacienty, je to po stránce mezilidských vztahů.*
>
> *(I 05) Ze strany sester…tak zrovna třeba … jeden čas nešla pro sprosté slovo daleko... Teď jsem měla psychické, vzhledem právě k tomu, jak to na oddělení je, ze strany vedoucích, ale hodlám to rychle vyřešit. No tak hodlám to vyřešit tak, že chci přejít, podat výpověď.*
>
> *(I 06) Ale byla jsem svědkem, kdy vedoucí pracovník verbálně napadal své podřízené.*
>
> *(I 08) Ano, setkala jsem se s velkým verbálním napadením. Ze strany lékařky.*
>
> *(I 10) Sama na sobě ne, ale byla jsem přítomná, kdy jedna kolegyně verbálně napadala a házela věcmi kolem sebe. Takže fyzicky úplně ne, ale hlavně verbálně.*
>
> *(I 07) A v rámci mezilidských vztahů jsem byla svědkem, že došlo k nějakým incidentům mezi kolegyněmi, ale jenom jsem to zaznamenala, ale to je ojedinělé.*

Umírání, utrpení

Sestry se vyjadřují, že během své profese přicházejí do kontaktu s pacienty a jejich příbuznými, kteří zažívají náročné životní situace. Sestry vnímají, že tyto životní situace jsou způsobené změněným zdravotním stavem pacienta a mohou být zdrojem nadměrného psychického vypětí, někdy až utrpením pacienta a jeho blízkého okolí. Sestry vnímají, že se vzhledem k povaze jejich pracoviště, ve zvýšené míře setkávají i s umíráním pacientů. Část sester se vyjadřuje, že umírání a utrpení pacienta, v nich nevyvolává žádné emoce a tyto situace vnímají jako součást své profese. Jiné sestry se vyjadřují, že když jsou v těsném kontaktu s umíráním a utrpením pacientů, prožívají

nadměrnou psychickou zátěž. Psychickou zátěž vnímají výrazněji, když se jedná o vážně nemocné mladší pacienty nebo pacienty, kteří se doposud těšili plnému zdraví. Některé sestry dodávají, že je ovlivňují také příbuzní těchto pacientů. Další sestry se vyjadřují, že nadměrný psychický tlak působí i na příbuzné pacientů, kteří informace o stavu pacienta vnímají odlišně, potlačují je, nedokážou se s nimi smířit. Sestry vnímají, že jsou v pozici, kdy poskytují individuální a citlivý přístup nejen k umírajícím a nemocným pacientům, ale i k jejich příbuzným, což u sester může vyvolat emotivní reakce, zvýšenou psychickou zátěž.

(I 01) Beru to jako součást té práce…Nepůsobí to na mě dneska už vůbec nijak. Nic to se mnou nedělá.

(I 08) Je špatné to, že na tomhle oddělení je více lidí, kteří jsou v tak kritickém stavu a většinou i staří lidi, takže tam není tolik šance je uzdravit, nebo vrátit do normálního života.

(I 07) Ano, někdy ano, určitě o těch lidech přemýšlím, záleží to na případu, když to jsou mladí lidi, hodně se mě to dotýká…Převádím vše na svou rodinu, když vidím, jak se zachází s pacientem, jak dopadl nebo jaké má nemoci, tak si to vše přebírám na tu rodinu…že takhle může každý skončit, o to víc mám empatii k tomu člověku, protože v něm vidím rodinného příslušníka.

(I 04) Psychicky někdy ano. Psychicky na mě působí takové ty případy těch nemocných mladých lidí, když se jim něco stane. Třeba maminka po porodu, když tam potom zemře, tak to je strašná psychická zátěž. Tohle na mě působí, ta úmrtí mladých lidí. Ale nejsou to jenom mladí lidi, prostě i starý člověk. Ale když je třeba nemocný, tak si člověk řekne ano, ale když k nám přijde z plného zdraví…a ti příbuzní…plačící…

(I 06) A i přesto, že jsou informováni, někteří se nedokážou smířit s tím, že ten dotyčný umřel. Berou to jako překvapení najednou, … záleží, jak to ti rodinní příslušníci vnímají. Někteří to fakt vnímají špatně a nejsou smíření s tím, že ta smrt přijde. Ty lidi opravdu pořád čekají naději, … takže já v podávání informací jsem opatrná, …nepouštím se do nějakých konkrétních informací, myslím si, že je to na škodu…Většinou sestra musí odhadnout toho příbuzného a podle toho zvolí i přístup k tomu příbuznému a i to, jak budeme mluvit, takže spíše si myslím, že kolikrát ty lidi potěší víc, když je třeba chytnete za ruku nebo za rameno, trošku takový osobnější přístup.

(I 08) A i spolupráce s rodinnými příslušníky, když se bavíš s pacientovou rodinou, tak samozřejmě vidíš, že trpí a nějakým způsobem si to také odnášíš, i když se snažíš třeba na to nemyslet.

Část sester se vyjadřuje, že plní ordinace lékaře, realizují ošetřovatelskou péči a jiné činnosti, které jsou proti jejich přesvědčení. Některé sestry vnímají, že by léčba měla postupovat jiným směrem, než je nastavená. Tyto sestry se vyjadřují, že léčba pacientů, která nepřináší s ohledem na kvalitu dalšího života žádný přínos, na sestry negativně psychicky působí.

(I 03) No a je tam také to utrpení ... Ta medicína jde trochu jiným směrem, než by měla jít, v některých případech.

(I 06) … často jsem v rozporu právě u pacientů v terminálních stadiích, kdy dochází k tomu, že třeba pacienta najednou začnou budit. Nesouhlasím s tím, že pacient v terminálním stadiu, kdy může trpět bolestí, tak mi přijde strašné pacienta probudit do tohohle stavu. To mi třeba přijde příšerné na dnešní dobu…takže to je tam pro mě asi taková jedna z největších věcí, kterou nerada dělám.

(I 10) Teď si nejsem vědoma, že bych něco takového musela proti svému přesvědčení dělat… Možná mě napadlo, že někdy mi přijde, že léčíme někoho, kdo už má ten svůj život už opravdu odžitý, třeba 95letý pacient, někdy zase až moc léčíme. To možná na mě někdy působí, že by se ti pacienti měli nechat v klidu odejít.

(I 02) …když tam leží pacient, o kterém víme, že je opravdu už jako spíš na ventilátoru v závěru toho svého života, spíš se tam jako trápí, než …prostě se prodlužuje to umírání. Tak to mi vadí víc, než ta péče o toho člověka…nebo vadí, nejde říct, že vadí, nemám z ní takovou radost, …

Bezradnost, smutek

Psychicky náročné situace, kterým jsou sestry vystaveny, u některých z nich, dle jejich vyjádření, vyvolávají smutek, beznaděj, úzkost, melancholii. Záleží na daném momentu, osobnosti sestry, i jiných faktorech. Část sester si uvědomuje, že je důležité, aby si „osudy“ pacientů a jejich rodin, osobně nepřipouštěly, oddělovaly svůj pracovní a osobní život. Zároveň ale připouštějí, že je obtížné udržet nadhled nad situací. Některé sestry se vyjadřují, že nad některými pacienty i jejich příbuznými, v osobním volnu přemýšlejí. Dle vyjádření některých sester se jedná o pacienty, kteří jsou mladí, nebo jim připomínají nějakou osobní zkušenost, které byly v minulosti vystaveni.

(I 06) Já jsem se celá léta snažila, tyhle věci si nepřipouštět a nechci, aby to znělo, že je mi to jedno. Jedno mi to není, ale nejde tyhle ty věci si připouštět a tahat domů, protože by se z toho člověk zbláznil. Musím přiznat, že bylo pár případů, které ve mně opravdu zanechaly hlubokou ránu. Do dneška, i když je to třeba několik let, si na ty lidi občas vzpomenu a je mi z toho úzko…

(I 04) Pak nad tím doma třeba přemýšlím třeba a říkám si…. je to osud, jako to byl osud u mých příbuzných, ale v ten první moment to člověka zasáhne. Člověk není ještě takový vyhořelý, že by to s ním nic neudělalo.

(I 06) Úzkost ve mně vzbuzuje třeba rodina těch pacientů, ne samotný pacient, ale ta rodina, jak se tam dívají na svého příbuzného, který umírá nebo se trápí.

(I 02) ...práci, kterou si já dělám kolem toho pacienta, dělám pořád stejně, takže si nemyslím, že bych profesně vyhořela, … Já tomu říkám úzkost, ale myslím si, že kdyby člověk měl opravdu deprese a úzkosti, že by nefungoval. Myslím si, že jsem samozřejmě schopná fungovat… Nechci říct, že jsem nějak depresivní, nechci říct, že jsem až úplně úzkostná a spíš bych to nějak snad přivedla na nějakou lehčí formu, spíš jsem melancholická.

(I 08) Psychické problémy nemám, ale ti pacienti mi nejsou lhostejní. Snažím se být profesionální, ale to, že tam umírají lidi, nebo jsou lidi mladí a nemocní, tak to vidím

a zůstává to ve mně… Nebo to i zapomeneš a nemyslíš pak na to, jako že bych nad tím doma přemýšlela, to ne, ale svým způsobem to není, jako když jdeš do kanceláře a odejdeš, vyřešíš jen, že něco zaplatíš ..., tohle jsou lidi… Samozřejmě nad tím doma víc přemýšlím, když je tam mladá holka, která umírá, tak nad tím budu doma přemýšlet déle, nebo kolega, který umírá, tak si to pamatuji dlouho a nebylo mi z toho dobře, ale tomuhle nejde zabránit.

Některé sestry se vyjadřují, že na ně působí demotivačně, když všechny možnosti léčby byly v péči o pacienta vyčerpány a léčba nepřinesla pacientovi očekávaný výsledek. Jiné sestry demotivuje, když všechny v současné době dostupné terapeutické postupy, nebyly z kapacitních nebo jiných důvodů využity, což může mít vliv na prognózu pacienta.

(I 10) Někdy to zoufalství, že pro to člověk nemůže udělat víc, i přesto, že by chtěl, ať už se jedná o cokoliv, protože ty rezervy tam u toho pacienta už nejsou, a přesto bych pro to chtěla udělat něco víc, nebo sehnat víc pomůcek, někdy je tohle demotivující.

(I 07) Záleží na tom, o koho se jedná, na tom, že pacient takhle nemusel dopadnout, je to o tom stavu… Pak se mě dotýká to, že jsou třeba možnosti jinde ve zdravotnictví, kde je to možné vyřešit, ale není tam pro ně místo, vše tohle mě štve, že třeba by byla pomoc, ale pacient nedostane tu šanci, protože zrovna tam třeba není místo.

Vyrovnávání

Sestry se vyjadřují, že se snaží psychické vypětí, které jim profese sestry přináší, eliminovat. Každá sestra má jiný způsob vyrovnávání se s psychicky náročnými momenty. U některé části sester má psychické vypětí krátkodobý charakter, sestry ho vnímají jako součást své profese. K eliminaci psychického vypětí sestrám pomáhají pozitivní a přátelské mezilidské vztahy, sdílení emocí s kolegyněmi, nižší frekvence vystavení se psychické zátěži, jako je tomu např. u zkráceného úvazku.

(I 09) Myslím si, že jsme trochu všichni nerváci, protože pořád zodpovídáme za spoustu věcí a za život lidí a někdy je to v těch směnách strašně vyhrocené a ty nervíky hrají.

(I 03) Setkávám se s tím na pracovišti a …je to smutné, ale ...snažím se k tomu postavit čelem, že to je život. Myslím, že se s tím vyrovnávám dobře. Ještě, když k tomu pracuji s jednou mojí kolegyní, tak si dáváme sílu… Já pracuji na zkrácený úvazek a vyhovuje mi to tak…Bylo by to náročnější…takhle si toho beru domů polovičku. Znamená to pro mě mít víc čistou hlavu…

(I 04) Jak často mě to ovlivní? Záleží také na tom, kolik tomu člověku bylo nebo je. Je to krátkodobé, vypořádám se s tím.

(I 10) Smrt k našemu povolání patří, ale přesto mě to vždy nějak zasáhne, ale musí se s tím člověk naučit žít. Ano, umím se s tím vyrovnat.

Některé sestry psychické vypětí eliminují aktivitami, které je baví, jiné si pobrečí, další sdílejí prožitky s rodinou. Tímto způsobem sice sestry psychické napětí eliminují, u některých sester však zcela nikdy nevymizí. Jiné sestry by motivovaly určité aktivity od zaměstnavatele, které by jim pomohly napětí snížit. Další část sester velmi pozitivně vnímá, když se pacienti z jejich pracoviště

vrátí se do plnohodnotného života. Jelikož se s návratem pacientů do plnohodnotného života některé sestry setkávají zřídka, vnímají jako jednu z možností eliminovat psychické vypětí, opustit stávající pracoviště.

(I 06) Tak ono to u mě zatím to nepřekročilo takovou tu mez, ale třeba jsem si doma, fakt několik dní, pobrečela kvůli pacientovi. Měla jsem asi tři takové pacienty, a to jsem opravdu doma brečela několik dní. Ale nikam jsem se neobrátila, protože jsem si s tím snažila vypořádat sama… Mám koníčky, pomůže mi, když si jdu zacvičit a trošku nějak tu energii ze sebe dostat ven. Ale jak říkám, měla jsem takové tři osudové pacienty a ty ve mně zůstanou navěky, si myslím.

(I 08) Jestli něco zaměstnavatel nabízí za programy, tak o tom nevím. Možná je tam nějaký psycholog, ale to není na to, že bych chtěla jít za psychologem, to nepotřebuji. Možná nějaké aktivity by se mohly víc dělat… Myslím si, že tohle není úplně potřeba, protože těch knížek a materiálů je k tomu dostatek, co si člověk může sám přečíst, tohle nejde učebnicově připravit, žádné kurzy tě na tohle nepřipraví… Ale mám nějaké fáze vyrovnávání se s tím, to určitě.

(I 07) Špatně, já nevím, jak se s tím mám vyrovnat?... Vyrovnám se s tím sama. Zatím se s tím vyrovnávám sama, je fakt, že není člověku z toho nějaký čas dobře, než to zase odezní. Párkrát takové náročnější situace tady byly.

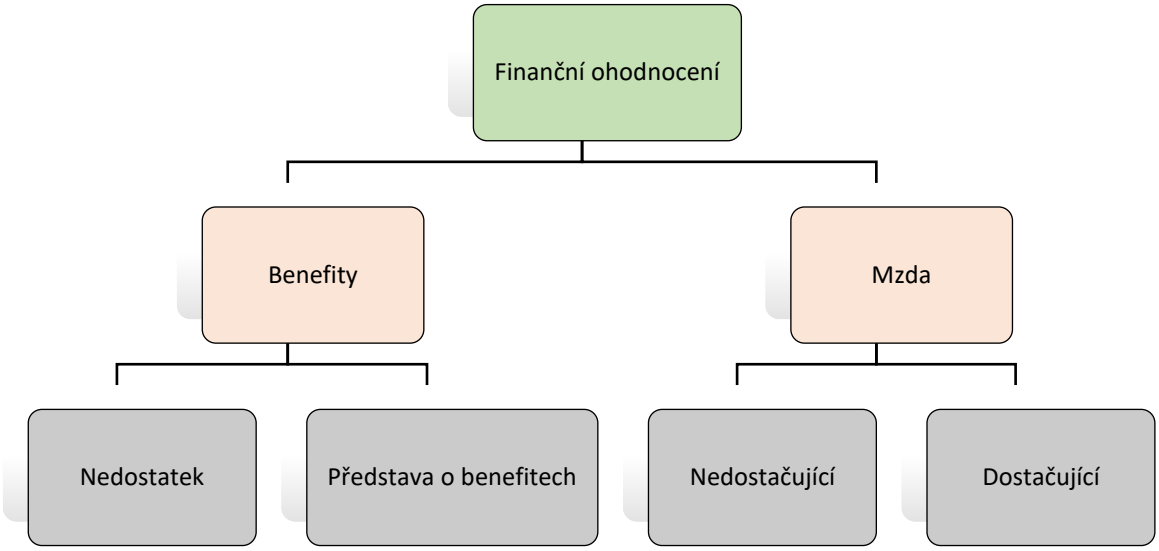
(I 08) Je to povolání, kdy jsou lidi ohrožení na životě, a naopak jsou pacienti, kteří se od nás dostanou, tak z toho má zas člověk dobrý pocit, že jsme někomu pomohli.

(I 09) Docela to vnímám, pořád to vnímám, někdy mnohem hůře. Přijde mi, že pacient, který se trápí…je to špatné, špatně to snáším. Čím jsem starší, tím je to horší. Nikam samozřejmě nechodím… Úplně nevím, jestli to dělám dobře, asi to moc dobře nedělám, protože to takhle asi nefunguje…no ano, tahám si ty starosti domů, určitě, neumím to zavřít, práci… No tak s kolegyněmi si samozřejmě povídáme, ale úplně to neřeší ten problém. S vedoucím pracovníkem už vůbec ne, ale spíš to tahám domů, takže s rodinou no…. To já právě sama nevím, co by mi momentálně pomohlo. Určitě by mi pomohlo, kdyby se pacienti uzdravovali a vraceli by se do toho normálního života, že bychom neviděli jenom to umírání, to trápení. Takže to by člověk musel jít asi na jiné oddělení.

4.9. Finanční ohodnocení

Základní finanční ohodnocení sester tvoří mzda. Spokojenost se mzdou a celkovým finančním ohodnocením je velmi individuální a je ovlivněna mnoha faktory. Část participujících sester se vyjadřuje, že je pro ně finanční ohodnocení dostačující, pro jinou část je však nedostačující. Některé participující sestry by motivovalo, kdyby výše finančního ohodnocení odpovídala jejich schopnostem a dovednostem, profesní zátěži. Sestry uvádí, že součástí finančního ohodnocení jsou také benefity. Finančního ohodnocení obsahuje dvě podkategorie, které jsou dále členěny (obrázek 25).

Obrázek 25: Kategorie Finanční ohodnocení



4.9.1. Benefity

Zaměstnanecké benefity sestry vnímají jako jakousi odměnu za to, že pro dané zařízení pracují. Část sester se vyjadřuje, že vnímají benefity jako nedostačující. Myslí si, že některé benefity, které jsou zaměstnavatelem nabízené, benefitem ani nejsou, cítí se proto nedoceněné ze strany organizace. Sestry se vyjadřují, že mají určité představy o benefitech.

Nedostatek

Značná část sester považuje za demotivující, že benefity jsou pro ně nedostačující, neodpovídají povaze vykonávané profese. Sestry se vyjadřují, že jim zařízení nenabízí pestrou nabídku benefitů, proto se cítí zaměstnavatelem nedoceněné. Část sester se vyjadřuje, že některé nabízené benefity ani nevyužívají, protože nejsou v praxi realizovatelné a stejně nejsou akceptovány, jedná se např. o přednostní ošetření zaměstnance. Jiná část sester si myslí, že některé benefity pouze svým názvem vzbuzují dojem benefitů, ačkoliv se o žádný benefit nejedná, např. možnost využívat pravidelné pohybové aktivity. Tyto sestry by ocenily, aby přispívaná finanční částka ze strany zaměstnavatele, byla navýšena. Jiná část sester se vyjadřuje, že pozitivně vnímají příspěvky na stravování a proplácení přesčasových hodin. Některé sestry si však myslí, že příspěvek na stravování by měl být samozřejmostí a jako benefit ho nevnímají.

> *(I 01) A benefity určitě, těch si myslím máme hodně málo, v podstatě máme akorát stravenky, nic jiného.*
>
> *(I 03) Benefity jsou slabší, …*
>
> *(I 06) Benefity? Tak samozřejmě vždycky by šlo něco navíc…Přesčasy proplácené jsou, to je hrozně super, protože nám to dává možnost vydělat si víc.*

(I 10) Ne, nejsem, benefity jsou teda katastrofální. To si myslím, že spousta okolních nemocnic má rozhodně lepší benefity než naše nemocnice.

(I 05) Benefity, to už je horší. Myslím si, že naše nemocnice extra moc benefitů nenabízí, pokud nepočítám to, že máme přednost, když se chceme nechat ošetřit, a to stejně nefunguje, …

(I 04) Máme nějaké masáže za poloviční cenu…já bych ale brala, aby nám dali nějaké rehabilitace a všechny ostatní benefity si můžou nechat.

(I 07) To nejsem, jako já nevím, co máme za benefity…Z toho nic nefunguje. Abych byla prioritně ošetřená, … tak to vůbec. Pomalu si o to člověk ani neřekne, a i kdyby si řekl, tak to stejně nefunguje…Stravenky nemáme zase tak dlouho, …

(I 09) Benefity asi úplně člověk nevyužívá, protože to jsou takové benefity naoko. Tak ke kadeřnici člověk zajde i normálně. Ty benefity to neřeší.

(I 08) Já teď vůbec nevím, jestli máme nějaké benefity…Multisportka není dostatečně zaplacená, to já nevím, jestli bych využila, za ní platíš 800,- měsíčně? Já 800,- za měsíc neprocvičím, takže mě se Multisportka rozhodně nevyplatí, takže to není žádný benefit. Pak stravenky, to bych brala jako samozřejmost, a ne jako benefit, …a o žádném jiném benefitu nevím.

(I 02) Benefity jsou takové…jen tak, aby se neřeklo, aby to bylo jakože…tohle jsou benefity. Jestli jsou stravenky extra benefity nebo jestli Multisport karta za 700,- je benefit, nevím… Benefity nejsou v podstatě žádné, aby člověk pocítil, že tu práci dělá dobře…

Představa o benefitech

Sestry se vyjadřovaly, jaká je jejich představa o benefitech. Část sester by motivovalo, kdyby jim benefity umožnily dostatečně eliminovat pracovní zátěž. Protože tato představa je velmi individuální, sestry na otázku odpovídaly různorodě. Část sester by ocenily dřívější odchod do důchodu, jiné možnost intenzivní rehabilitace. Finanční příspěvek nebo příspěvek na dovolenou, lázeňské služby, kulturní představení, by motivovalo další sestry. Další sestry by byly spokojenější, kdyby zaměstnavatelem nabízené benefity, byly více finančně dotované.

(I 01) … jít dřív do důchodu by bylo určitě přínosné, ...půjdeme do toho důchodu už vyloženě zhuntovaní ...to mi přijde úplně už fyzicky nemožné.

(I 04) Benefity bych brala, kdyby nám nemocnice poskytla, díky tomu, že máme všichni zdravotní potíže ze zvedání pacientů, tak aby nám poskytla týdenní rehabilitaci. To bych brala jako plusový benefit, víc než, když nám řeknou, že máme mít přednost v ošetření, když jsme zaměstnanci a nefunguje to tak…

(I 07) Příspěvek na dovolenou.

(I 09) Určitě by neškodilo více dovolené nebo možnost jet do nějakých lázní, dostat navíc nějakou finanční odměnu, aby si mohl člověk něco dopřát a někam odjet.

(I 06) Mě třeba mrzí, že tam třeba nemáme nějaké benefity na nějakou kulturu, do divadla třeba nebo do kina.

(I 10) Benefity? Tak určitě nějaké divadelní představení, to má hodně těch zařízení, nebo nějaký příspěvek na dovolenou, které kdysi bývalo v naší nemocnici, teď už to tedy není… A když už nám konečně zařídili Multisportku, tak by třeba mohla být trochu levnější, máme ji vlastně za plnou cenu, i když tvrdí, že ne, ale máme ji za plnou cenu.

4.9.2. Mzda

Mzda představuje výši finančního ohodnocení za vykonanou práci. Sestry se rozdílně vyjadřovaly ke své spokojenosti se mzdou. Část sester se vyjadřuje, že jsou se svou mzdou za vykonanou práci nespokojené. Demotivuje je hlavně skutečnost, že výše mzdy neodpovídá svojí hodnotou, povaze vykonávané profese, pracovní zátěži. Další část sester považuje své finanční ohodnocení za dostačující.

Nedostačující

Část sester by motivovalo, aby jim kromě základní složky mzdy, bylo navýšeno i osobní ohodnocení, které však má být rozdělované spravedlivě a má odpovídat pracovnímu úsilí sester. Některé sestry vnímají finanční ohodnocení natolik nedostačující, že ho můžou považovat za jeden z faktorů, proč by opustily pracoviště.

(I 01) ...dostatečně finančně ohodnotit, není to jenom o základu, ale i o lepším osobním ohodnocení, které by ale muselo být spravedlivě přerozdělované, což je další velký problém a těžko se asi povede někomu zaručit, že opravdu bude objektivně rozdělované…

(I 06) Mě demotivuje právě to, že se tam člověk může snažit dělat věci navíc a není finančně ohodnocen, to mě demotivuje, přece jenom chodím do práce kvůli penězům.

(I 02) Teď jsem ve fázi, kdy jsem nespokojená se svým platem, kdy bych chtěla víc peněz… Nejsou to motivační odměny, to tam není, nejsou na to prostředky a ani nebudou…myslím si, že jsme nedostatečně finančně ohodnoceni … z toho důvodu jsem se rozhodla odejít, … můj důvod je tenhle a samozřejmě i nějaké adekvátní finanční ohodnocení za to.

Část sester se vyjadřuje, že finanční ohodnocení vnímá jako nedostačující a neodpovídá svojí hodnotou pracovní zátěži, a to převážně směnové práci v nepřetržitém provozu, vykonávané práci nad fond měsíční pracovní doby. Jiné sestry se vyjadřují, že je profese sestry, vzhledem k zodpovědnosti za pacienty a lidské životy, v porovnání s jinými profesemi, finančně nedoceněná. Další část sester vnímá demotivačně, že vysokoškolské vzdělání v této profesi, je oproti jiným profesím, nedostatečně ohodnoceno a nedoceněno. Jiná část sester vyjadřuje nespokojenost s nerovnoměrným finančním ohodnocením mezi krajským a státním zdravotnickým zařízením.

(I 01) Určitě o něco víc ohodnocen rozhodně a myslím si, že příplatky za ty víkendy a za ty noční hlavně, který i dlouhodobě poškozují i to zdraví a narušuje ten přirozený biorytmus člověka, ...tak to finanční ohodnocení za to je dostatečně nedostačující.

(I 09) Líbil by se mi vyšší plat, protože ten plat, co já beru, mám jenom díky přesčasovým hodinám, takže rozhodně zvýšit plat…

(I 09) *Určitě té směnnosti, protože nám to strašně huntuje zdraví a myslím si i za tu zodpovědnost, za ty životy.*

(I 07) A když se člověk srovná s jinými profesemi, tak si myslím, že je to mnohem víc, jdeme s kůží na trh, jde o lidský život a měli bychom za to být lépe ohodnoceni.

(I 08) Platově by to vždycky mohlo být lepší… Ráda bych, kdyby nám samozřejmě přidali, čím více, tím lépe… Není to ohodnoceno tak, že jsme většina vysokoškolsky vzdělaných sester, kdybych si vybrala jinou vysokou školu, tak jsem na tom lépe.

(I 07) Jedeme podle nějakých tabulek. Mrzí mě, že to není jednotné se státními nemocnicemi, kde jsou mnohem lépe ohodnocení, než jsme v naší nemocnici, jsou v tom velké rozdíly …, mě spíš štve, že za stejnou práci, je tady pomalu musíme prosit, když tam přidávají, tak nám to nedají, protože jsme krajská nemocnice.

Dostačující

Jiné sestry se však vyjadřují, že své finanční ohodnocení považují do dostačující. Část sester vnímá, že výše finančního ohodnocení odpovídá úrovni vzdělání. Jiná část se vyjadřuje, že finanční ohodnocení je odpovídající k podanému pracovnímu výkonu a ke skutečnosti, že vykonávají profesi, která je baví a mají k ní pozitivní vztah. Další část sester vnímá své finanční ohodnocení, vhledem k povaze nestátního zdravotnického zařízení, za dostačující.

(I 04) Já myslím, že ano… Záleží, jaké má kdo vzdělání.

(I 03) Jsem s ním spokojená, ale kdyby bylo víc, tak bych se nezlobila… Myslím si, že poměr cena-výkon…, dělám ji ráda a jsem i finančně spokojená.

(I 05) No s platem nejsem nespokojená, myslím si, že nemáme špatný plat… Samozřejmě, že když to člověk srovná se státní nemocnicí a vidí, jak platově ohodnocená bych byla v jiné státní nemocnici, tak je to sakra rozdíl. Ale myslím si, že plat špatný nemáme.

(I 10) Já osobně za sebe jsem spokojená, co se týká finančního ohodnocení. Vzhledem ke svému vzdělání, které mám a vzhledem k zařízení, ve kterém pracuji, tak jsem spokojená, já si na svoje finanční podmínky stěžovat nemůžu.

5. Diskuse

Cílem studie bylo identifikovat, popsat a analyzovat motivační a demotivační faktory vztahující se k pracovnímu výkonu všeobecných sester jednoho konkrétního pracoviště. Dospěli jsme k závěru, že každá sestra je motivována či demotivována individuálními faktory. K obdobnému závěru dospěla Ivanová et al. (2013), která uvádí, že každá sestra je motivována individuálními faktory. Pro každou sestru má daný motivační nebo demotivační faktor jinou prioritu. Co motivuje jednu sestru, může druhou demotivovat, nebo danému faktoru přikládá jinou, individuální hodnotu (Ivanová et al., 2013). Na základě hloubkových rozhovorů jsme identifikovali devět hlavních kategorií a několik desítek podkategorií, které se týkají klíčových oblastí pracovního prostředí sester.

Sestry se vyjadřovaly, jaký mají **vztah k profesi**. Dospěli jsme k závěru, že participující sestry motivuje samotná podstata jejich profese, péče o pacienty, která je velmi naplňuje. Ošetřovatelskou péči a pomoc druhým lidem vnímají sestry jako vykonávání smysluplného povolání a přisuzují profesi velkou hodnotu. K obdobnému zjištění dospěla studie Lima et al. (2013), ve které je pro mnohé sestry motivujícím faktorem samotná ošetřovatelská práce a vše, co zahrnuje ošetřovatelský proces, ošetřovatelskou péči, vztah pomoci druhým. I když participující sestry mají pozitivní vztah k profesi a vykonávají ji rády, některé zároveň vnímají, že jsou profesí demotivovány a pociťují menší naplnění a smysluplnost. Některé sestry se vyjadřují, že na tento postoj má vliv, kromě jiných demotivačních faktorů, skladba pacientů. Složení pacientů na pracovišti, kteří vyžadují podobné léčebné postupy a vyšší absence odborných výkonů, nesplňuje představy o povaze práce na tomto oddělení a u sester vyvolává nespokojenost. Domníváme se, že sestry by motivovalo, kdyby jejich práce byla rozmanitější. Myslíme si, že každý pacient pro sestry představuje novou zkušenost. Čím více mají sestry zkušeností, tím více sestry rozvíjí své schopnosti a dovednosti, neustále se učí. Podobné zjištění má i Urban (2017), který považuje za důležité motivační faktory rozvíjení nových schopností. K obdobnému závěru dospěla i studie Toode et al. (2010), ve které jsou sestry více motivovány rychlejším tempem práce, setkáváním se s různorodými postupy, větší rozmanitostí práce.

Některé sestry považují svoje povolání za prestižní a vnímají obdiv okolí. Část participujících sester však popisuje, že vnímají nedostatečné ocenění ze strany veřejnosti, což je demotivuje. Další participující sestry dodávají, že se cítí demotivovány i ze strany MZČR, od kterého očekávají, že by mělo zvýšit atraktivitu profese sester a zajistit takové finanční ohodnocení, které odpovídá úrovni vzdělání a povaze vykonávané profese. Problematiku nedostatečné prestiže popisuje i ICN (2015), která poukazuje na skutečnost, že od sester se požaduje poskytování vynikající a kvalitní péče pacientům. Na oplátku si však sestry zasluhují, aby jejich pracovní podmínky a plat odpovídaly kvalitě péče, kterou poskytují (ICN, 2015). Domníváme se, že pokud by si veřejnost a okolí sester uvědomilo hodnotu, přínos a důležitost jejich profese, byly by spokojenější. K obdobnému závěru dospěl i Urban (2017), který považuje za důležitý motivační faktor společenský význam či smysl profese.

Participující sestry popisovaly, jak vnímají **mezilidské vztahy** na pracovišti. Sestry se nejvíce vyjadřovaly ke spolupráci s lékaři a ke vztahu a spolupráci k ostatním sestrám, kolegyním. Také řada studií uvedla, že týmová spolupráce a vztahy s ostatními kolegy, jsou důležitými faktory ovlivňující spokojenost sester v různých zemích (Tourangeau et al., 2010, Toode et al., 2010). Zjistili jsme,

že častý těsný kontakt s ostatními kolegy, nadřízenými a lékaři, vnímají sestry na pracovišti různorodě. Každý jedinec má rozdílné postoje, názory, formu komunikace. Participující sestry motivují vzájemné kolegiální, někdy i přátelské mezilidské vztahy. Některé sestry mezi sebou vzájemně diskutují ošetřovatelskou i lékařskou péči o pacienty. Část sester se shodla, že si navzájem pomáhají, spolupracují spolu, vyjdou si vstříc, což zvyšuje jejich spokojenost. Některé sestry jsou však demotivovány menší ochotou si vzájemně pomoci, záleží na individuálních sestrách. K obdobným zjištěním dospěl i Atakro (2017), který ve své studii označuje vzájemný respekt, rovnost a přátelský kolektiv za velmi motivující faktor. Ačkoliv některé participující sestry motivuje vzájemná spolupráce, dochází na jejich pracovišti také ke konfliktům, které snižují spokojenost sester. Konflikty jsou osobního i pracovního charakteru, vyvolány ať už skutečnými, nebo domnělými výhodami, špatnou formou komunikace, nepochopením situace. Můžeme se domnívat, že konflikt častěji vzniká tam, kde je vyžadována těsná spolupráce více lidí na pracovišti, protože daný jedinec může mít na určitou situaci odlišný názor. K podobnému závěru dospěli i Labrague et al. (2018), kteří poukazují na skutečnost, že sestry, které jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků v jakémkoli zdravotnickém prostředí, se často s konflikty setkávají. Bývají mnohdy konfrontovány se složitými problémy, které se týkají konfliktů mezi ostatními zaměstnanci, lékaři, pacienty a jejich rodinami (Labrague et al., 2018). Participující sestry se vyjadřují, že konflikt přetrvává velmi krátkou dobu, někdy se však řeší dlouhodobě. Další část sester se vyjadřuje, že ačkoliv některé sestry k sobě zaujímají rozličný postoj a mají mezi sebou konflikty, po profesionální stránce vzájemně spolupracují a pacienta konflikt neovlivňuje. My se ale domníváme, že konflikty na pracovišti celkově ovlivňují spokojenost sester. Sestry mohou vnímat větší stres, mohou být méně soustředěné, což může ovlivnit i péči o pacienty. Naší domněnku potvrzuje jiná část sester, která se vyjadřuje, že ačkoliv nejsou přímými účastníky konfliktu, velmi se jich dotýká a způsobují v nich napětí a nespokojenost. K obdobnému závěru dospěly studie Labrague et al. (2018) a studie Espinoza et al. (2018), které zdůrazňují, že pozitivní vnímání týmové spolupráce zvyšuje nejen spokojenost sester, ale i pacientů a snižuje pracovní stres. Také Urban (2017) uvádí, že spokojení pracovníci nejen zvyšují pracovní výkon, ale vyžadují také menší dohled, kontrolu a dopouštějí se menšího počtu chyb. Obdobně i studie Bajloon et al. (2018) uvádí, že konflikty mezi sestrami můžou ovlivnit cíl organizace poskytovat pacientům vysokou kvalitu zdravotní péče. Shodujeme se s vyjádřením AACN (2016), která uvádí, že sestry by měly být vybaveny komunikačními dovednostmi, a to převážně ve vedení dialogu a v řešení konfliktů. Zdravotnická organizace by měla rozvíjet komunikační dovednosti, jako je efektivní a respektující sdílení informací nejen ve zdravotnickém týmu, ale i s pacienty a jejich rodinami. Jakákoliv forma neuctivého chování na pracovišti by měla být řešena a eliminována (AACN, 2016).

Sestry se vyjadřovaly k tomu, jak vnímají svojí **autonomii,** rozhodování v péči o pacienta. Sestra vykonává regulované a vyhrazené činnosti, ke kterým je opravňuje jejich regulovaná profese. Stanovení rozsahu těchto činností (kompetencí), je podmínkou poskytování kvalitní, bezpečné péče a jsou zakotveny v právní vyhlášce MZČR. Vyhláška definuje a určuje činnosti vybraných zdravotnických profesí, které pracovník může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře (Česko, Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Od autonomní ošetřovatelské péče se tedy očekává, že sestra bude pracovat samostatně, v souladu s profesními standardy, právními předpisy ČR. Naše výsledky ukazují, že participující sestry na tomto pracovišti poskytují autonomní ošetřovatelskou péči a jsou jí motivovány. K obdobnému zjištění dospěla i studie Bajloon et al. (2018), která zdůrazňuje, že autonomie sester souvisí s vyšší úrovní pracovní

motivace. Některé participující sestry často předvídají budoucí vývoj stavu pacienta a reagují na něj, jsou motivovány převzetím zodpovědnosti za pacienta, důvěrou v jejich schopnosti. K podobnému zjištění dospěla studie Toode et al. (2010), která zdůrazňuje, že motivátorem je status sestry, která je rovnocenným partnerem pro ostatní zdravotníky.

Naše výsledky ukazují, že **vedoucí pracovníci** mají na spokojenost a motivaci sester velký vliv. Tato kategorie obsahovala velké množství získaných dat. Může to být způsobeno tím, že vedoucí pracovníci vykonávají mnoho funkcí. Protože na pracovištích intenzivní péče nejvyššího typu, obvykle pracuje velký počet sester a jiných nelékařských pracovníků, můžou být na vedoucí pracovníky kladeny určité nároky a očekávání.

Kvalita adaptačního procesu je významným faktorem, který ovlivňuje spokojenost sester a vedoucí zaměstnanec má v této oblasti významnou roli při utváření vhodných podmínek pro to, aby docházelo k efektivnímu vzdělávání a rozvoji nových pracovníků (Zítková et al., 2015). S tímto tvrzením se shodujeme. Některé participující sestry se vyjadřují, že adaptační proces na pracovišti sester je nevyhovující. Některé sestry se vyjadřují, že by je motivovalo, kdyby nově příchozí sestra dostala jednoho konkrétního školitele, který by měl být pro tuto pozici proškolený a měl by odpovídají znalosti a dovednosti. Část sester vnímá, že každá školitelka uplatňuje odlišné pracovní postupy a nové sestry se v nich hůře orientovaly, což mohlo představovat jeden z důvodů, proč nové sestry byly nespokojené a z pracoviště odcházely. Na důležitost adaptačního procesu upozorňuje i Mellanová (2017), která zdůrazňuje, že vztah k profesi se formuje již v počátcích pracovní činnosti sester. Nové sestry se již od začátku nástupu na pracoviště často rozhodují o tom, zda se vykonávaná profese stane celoživotním posláním nebo zda sestra bude hledat uplatnění v jiném oboru (Mellanová, 2017). My se však domníváme, že nespokojenost sester není přímo ovlivněna samotným adaptačním procesem, ale tím, že každá sestra pravděpodobně používá odlišné pracovní postupy, vnímá odlišně kvalitu poskytované péče. Myslíme si, že tento stav může poznamenat samotný provoz oddělení, kdy záleží na individuální sestře, jak k vykonávání své profese přistupuje. Naší domněnku potvrzují některé sestry, které se vyjadřují, že na pracovišti nejsou zavedené jednotné postupy… *(I 01) ...a co se tam děje stran běžného provozu na oddělení, tak si v podstatě dělá každý, co chce...tam není člověk, který by jasně řekl: bude to takhle a takhle…, (I 05) Tam prostě je bezvládí, na našem oddělení, tam si každý dělá, co chce … U nás na oddělení funguje ještě hlavně to, že sestry tam dělají práci sanitářů.* Oproti tomu je zajímavé tvrzení, že některé sestry si pod pojmem pracovní postupy vybaví ošetřovatelské standardy. Část sester o standardech tvrdí, že jsou standardy smysluplné, srozumitelné, aktualizované. Jiné sestry mají však dojem, že jsou až moc všeobecné. Domníváme se, že sestry by pravděpodobně ocenily pro samotný provoz jejich oddělení, lokální organizační pokyny vydané přímo pro jejich pracoviště. Ty mohou zahrnovat např. organizaci pracovní činnosti, doplnění pracovních postupů, efektivní přerozdělování práce. Myslíme si, že by bylo vhodné organizační změny projednávat např. na provozních schůzích. Provozní schůze však dle vyjádření některých sester, nejsou časté a není prostor projednávat změny, něco ucelit, sjednotit. Naší domněnku potvrzují další sestry, které se vyjadřují, že by ocenily, kdyby vedoucí pracovníci byli ochotní diskutovat o změnách na oddělení ohledně péče o pacienta. K obdobnému zjištění dospěla i Hekelová (2012), která uvádí, že sestra ve vedoucí pozici by měla být ochotná naslouchat a diskutovat o změnách na oddělení.

Systematický přehled Willis-Shattuck et al. (2008) zdůrazňuje, že styl řízení vedoucích pracovníků je důležitým motivačním faktorem. K obdobnému závěru jsme dospěli i my. Naše výsledky ukazují,

že na spokojenost sester má vliv správný styl vedení, vnímaná podpora od vedoucích pracovníků, vhodně zvolená forma komunikace. Podporu vedoucími pracovníky participující sestry vnímají různorodě. Některé sestry se vyjadřují vedoucí pracovníci uplatňují bouřlivý způsob řešení problémů a neprojevují dostatečnou pozornost a zájem, řešit pracovní problémy sester, což některé sestry demotivuje. Na druhou stranu jsou jiné participující sestry motivovány snahou vedoucích pracovníků řešit jejich osobní problémy. Další sestry se vyjadřují, že vedoucí pracovníci projevují vstřícnost při výměně služeb sester, plánují flexibilní pracovní harmonogram… *(I 10) …sloužíme podle toho, jak se dá, jak potřebujeme a potřebuje vedení.* Část participujících sester vnímá také jako další podporu od vedoucích pracovníků to, že když se zvyšuje pracovní zátěž sester, vedoucí pracovníci jim pomáhají i s péčí o pacienty. Domníváme se, že tímto přístupem může být eliminována pracovní zátěž sester. K obdobnému závěru dospěla studie Morsiani et al. (2016), ve které sestry očekávají, že budou mít určitou podporu od vedoucích pracovníků, když se zvyšuje pracovní zátěž. Být přítomen na oddělení, vyjadřovat podporu a být ochoten pomoci, posiluje pozici vedoucích pracovníků (Morsiani et al., 2016). Část sester se dále vyjadřuje, že by ocenily podporu i mimo jejich vlastní pracoviště. Domníváme se, že podpora sester by měla být zajišťována také managementem ve vyšší linii, tzv. topmanagementem. Souhlasíme s tvrzením Urbana (2017), který označuje nefinanční podporu mnohdy za důležitější než podporu finanční, bohužel je často organizacemi podceňována. Domníváme se, že by sestry motivovalo, kdyby jejich problémům byla věnována dostatečná pozornost a zaznamenaly zpětnou vazbu, či konkrétní opatření ze strany topmanagementu při řešení vnímaných problémů. K obdobnému závěru dospěl i Atefi et al. (2014), který zjistil, že podpora sester zajištuje lepší pracovní spokojenost a nedostatek pozornosti k problémům sester může vést ke zvýšení jejich nespokojenosti.

Sestry ze studie Morsiani et al. (2016) byly nejvíce od vedoucích pracovníků motivovány, když jim projevovali úctu a byli spravedliví vůči všem sestrám, nevyjadřovali osobní preference, zaujímali nestranné chování (Morsiani et al., 2016). Spravedlivý a nestranný přístup ke všem sestrám je významným motivačním faktorem i v publikaci Bajloon et al. (2018). Se závěrem studií se shodují i některé participující sestry. Část sester se vyjadřuje, že by je nejvíce motivoval stejný přístup vedoucích pracovníků ke všem sestrám, spravedlivé odměňování dle pracovního výkonu sester. Jiné sestry se vyjadřují, že na pracovišti kontrola ošetřovatelské péče není dostatečná. Zajímavé je zjištění, že některé sestry by ocenily, kdyby vedoucí pracovník kontroloval ošetřovatelskou péči a poskytoval sestrám zpětnou vazbu. K obdobnému zjištění dospěla i Hekelová (2012), která prezentuje, že vedoucí sestra by měla v ideálním případě předcházet problémům a chybným výkonům podřízených správně zvolenou kontrolou. Podle vyjádření dalších sester by výsledek kontroly měl být zohledněn při přerozdělování osobního ohodnocení sestrám. Domníváme se, že vedoucí pracovníci by měli disponovat manažerskými dovednostmi, absolvovat vzdělávací aktivity pro vedení a rozvoj svých podřízených. Správně zvolená a řízená kontrola ošetřovatelské péče, sledování dodržování norem, může napomoci poskytování kvalitní a bezpečné péče.

Měli bychom si uvědomit, že nižší vedoucí pracovníci, kteří jsou v každodenním kontaktu se sestrami, jsou ovlivňováni vedoucími pracovníky vyšší úrovně. Ti pro některé participující sestry mohou představovat „neviditelné“ osoby, které však mají významný vliv na chod organizace, jednotlivých pracovišť. Vedoucí pracovníci vyšší úrovně mají odpovědnost za prověřování a přezkum kompetencí svých podřízených (Germain et al., 2010). Souhlasíme s tvrzením, že zdravotnická organizace by měla poskytnout podporu a přístup ke vzdělání, rozvíjení

a prohlubování znalostí a schopností vedoucích pracovníků. A to převážně v oblasti komunikace, efektivního rozhodování, spolupráce, uznání a vhodného personální obsazení. Domníváme se, že zdravotnická organizace by měla vedoucím sestrám poskytnout dostatek finančních a lidských zdrojů, měla by poskytnout mentoringový program všem vedoucím sestrám. Tím vytvoří a udrží příznivé pracovní prostředí (AACN, 2016).

Participující sestry popisovaly, jak vnímají **mezioborovou spolupráci.** Participující sestry udávají různorodé zkušenosti při vzájemném kontaktu s ostatními týmy. Část sester demotivuje, když při mezioborové spolupráci zažívají nepříjemné situace. Některé sestry se vyjadřují, že z nějakého důvodu bývá pracoviště sester považováno za potencionální zdroj konfliktů, což významně ovlivňuje vzájemnou spolupráci v péči o pacienta. Domníváme se, že neuspokojivá spolupráce ovlivněna může být ovlivněna nedorozuměním, přesným nespecifikováním požadavku, nesprávně zvoleným komunikačním stylem. Souhlasíme s tvrzením, že vzájemný respekt a úcta by v mezioborové spolupráci měly být samozřejmostí (ANCC, 2019). Obdobné zjištění mají i Espinoza et al. (2018), kteří ve studii popisují, že členové multiprofesionálního týmu mají vhodně vést dialog a uznávat přínos každého člena týmu, mají znát povinnosti všech členů týmu.

Jiné sestry demotivuje, že konziliáři nepřistupují k pacientovi komplexněji a u pacienta se zaměřují pouze na vlastní specializovanou oblast. Souhlasíme proto s ANCC (2019), která uvádí, že kvalitní mezioborová spolupráce je založena na předpokladu, že všichni členové zdravotnického týmu přispívají zásadním a smysluplným způsobem k dosažení klinických výsledků pacientů.

V rámci mezioborové spolupráce část participujících sester demotivuje rozdílný pohled na kvalitní ošetřovatelskou péči. Některé sestry se vyjadřují, že poskytovaná ošetřovatelská péče může být ovlivněna mnoha faktory, včetně nedostatečného personálního obsazení na jiných pracovištích. Domníváme se, že i tato vnímaná odlišně poskytovaná ošetřovatelská péče, může být zdrojem nefunkční mezioborové spolupráce. Problematikou se zabývá i AACN (2016), která zdůrazňuje, že personální obsazení by mělo efektivně zajistit soulad mezi potřebami pacienta a schopnostmi sestry. Souhlasíme s tvrzením, že zdravotnická organizace by měla mít zavedenou personální politiku, která zajišťuje optimální počet sester a tím podporuje jejich profesní povinnost poskytovat kvalitní péči (AACN, 2016).

Další část participujících sester demotivuje, když je pacient umístěn, v závislosti na příjmové diagnóze a dalšímu vývoji stavu, na jiné oddělení, než mu přísluší. Souhlasíme s tvrzením AACN (2016), která uvádí, že každý člen týmu by měl vykonávat pouze ty povinnosti, ke kterým je způsobilý a odpovídá jeho profesní roli. Podobně se vyjadřuje WHPA (2008), která upozorňuje, že přezkoumáním kompetencí, poskytnutím jasných a komplexních popisů práce a dodržování standardů práce, můžeme podpořit týmovou práci a rozvíjet pracovní vztahy.

Participující sestry se vyjadřují, že by byly motivovány vzájemnou profesionální spoluprací. K obdobnému zjištění dospěly i sestry ze studie Lima et al. (2013), které významně demotivuje nedostatek interakce mezi multiprofesionálními týmy. Domníváme se, že k dosažení optimální spolupráce by však všichni členové týmu museli určitým způsobem přispět. A to např. vytvářením kvalitních interpersonálních vztahů, efektivní komunikací, vzájemným respektem. Členové týmu by si měli neustále uvědomovat, že nejvyšší prioritou je pro ně pacient.

Sestry se vyjadřovaly k tomu, jak vnímají **kvalitu poskytované péče** o pacienty. Přehledová publikace Dilig-Ruiz et al. (2018) vyvodila závěry, že personální zabezpečení na pracovišti patří mezi prediktory, které významně pozitivně souvisí s uspokojením z práce sester na JIP. Sestry v ČR považují nedostatek personálu, a to včetně nižšího a pomocného, za velký problém (MZČR, 2019). Naše výsledky však ukazují, že participující sestry jsou s personálním obsazením jejich pracoviště spokojené. Protože část sester se vyjadřuje, že sestry vzájemně spolupracují a pracují nad rámec měsíčního pracovního fondu, může to znamenat jeden z důvodů, proč personální obsazení považují za dostatečné. Některé sestry by však byly spokojenější, kdyby se na pracovišti nacházel větší počet pomocného personálu. Jeho nedostatek některé sestry vnímají v závislosti na některých proměnných, jako např. v době dovolených. Další sestry by byly motivovány, kdyby se do péče o pacienty zapojovali i jiní zdravotničtí pracovníci, např. rehabilitační pracovníci. Domníváme se, že pokud by se do péče o pacienty zapojoval dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, mohlo by dojít ke zlepšení kvality péče o pacienta, ale také mezioborové spolupráce.

Péče o pacienty je jeden z nejdůležitějších faktorů pracovního prostředí (Bajloon et al., 2018). S tímto tvrzením se shodují i některé participující sestry. Část sester se vyjadřuje, že základní léčebná terapie na pracovišti je zajištěna, více by je ale motivovalo, kdyby lékaři projevovali o svojí profesi větší zájem. Některé sestry by byly spokojenější, pokud by lékaři přizpůsobovali léčbu individuálním pacientům, přehodnocovali léčbu, využívali více své znalosti a diagnostické intervence v péči o pacienty, uvažovali o změně terapie. V této souvislosti se některé sestry vyjadřovaly k časové prodlevě, kterou vnímají jako demotivační faktor. Další sestry se vyjadřují, že by ocenily, kdyby lékaři co nejdříve adekvátně reagovali na v čase se neustále měnící zdravotní stav pacienta a to např. včasnými a správnými diagnostickými a terapeutickými intervencemi, zohledňováním jejich přínosu pro pacienta, posouzením následné kvality života pacienta. Některé sestry vnímají, že vliv na terapii pacientů má nejen počet lékařů, ale i individuální lékaři, kteří se na pracovišti často střídají a mají na léčbu odlišný názor... *(I 05) … vlastně i z důvodu, že nějaký oddílenský lekář má zkrácený úvazek, takže je tam jenom pár dní v týdnu… a pak ho těch zbylých par dní zastupuje někdo jiný, takže se tam střídá každý den někdo jiný a každý má jiný názor.* Domníváme se, že někteří lékaři mohou upřednostňovat jiný úsek pracoviště a stávající pracovní pozice je naplňuje méně, což může mít vliv i na terapie pacientů. Optimální a individualizované personální obsazení lékaři na jednotlivých pracovištích, může přinést prospěch pro ně samotné, sestry, ale převážně pro pacienty.

Dostupnost a přístup ke zdrojům, které jsou spojeny se schopnostmi sester poskytovat vysoce kvalitní péči, byl identifikován jako významný motivační faktor (Bajloon et al., 2018). Obdobné zjištění uvádí i studie Lima et al. (2013), ve které sestry demotivuje nedostatek materiálních zdrojů. S tímto zjištěním se shodujeme, protože část participujících sester je motivováno materiálním vybavením pracoviště, disponuje dostatečným množství základního materiálu a pomůcek, běžnými základními léčivy řešící akutní stavy pacientů. Některé sestry sice vnímají, že nastává určité období, kdy s pomůckami, materiálem, léčivy, musí uvážlivěji zacházet, ale základní péče tím není nijak poznamenána. Jiné sestry jsou s vybavením pracoviště schopné poskytovat účinnou péči o pacienty, motivoval by je ale větší výběr zdravotnického materiálu a jiných pomůcek. Domníváme se, že sestry by byly spokojenější, pokud by mohly disponovat pestřejší nabídkou materiálu a pomůcek. Je nutné si ale uvědomit, že ekonomická stabilita zdravotnických systémů představuje další problematiku. Je možné, že pokud by organizace umožnila zdravotnickému personálu vyjádřit se k jejímu chodu,

zapojovala nebo dostatečně informovala personál do plánování a rozhodování, mohlo by dojít efektivnějšímu poskytování péče o pacienty.

Sestry se vyjadřovaly k tomu, do jaké míry jsou motivovány **účastí na nemocničních záležitostech**. Alhakami et al. (2018) uvádí, že školení a vzdělávání sester je faktorem, který zvyšuje vnitřní a vnější pracovní motivaci. Naše výsledky se se studií částečně shodují. Část participujících sester má všeobecně zájem se dále vzdělávat, jsou motivovány příležitostmi učit se novým poznatkům, navštěvováním vzdělávacích aktivit formou seminářů nebo kongresů. Další část sester se však vyjadřuje, že tyto vzdělávací aktivity navštěvují z povinnosti. Některé participující sestry by motivovalo, kdyby je zaměstnavatel ve vzdělávacích aktivitách finančně podporoval a nabídka vzdělávacích aktivit byla v jejich zařízení pestřejší. Část sester navštěvuje vzdělávací aktivity mimo své zařízení. Jiné sestry se vyjadřují, že by byly spokojenější, pokud by se pořádané vzdělávací aktivity týkaly oboru intenzivní medicíny a poznatky by mohly sestry využít na svém pracovišti, sdílet je s ostatními členy týmu. Naše zjištění se shodují se zjištěním Bajloon et al. (2018). Sestry ve studii uvádí, že ty z nich, které v předchozích 12 měsících absolvovaly alespoň 8 dní účinného vzdělávání v oblasti své profese, měly vyšší pracovní motivaci. Motivace však byla nižší u těch sester, které absolvovaly školení irelevantní pro jejich profesi, nebo u těch, které nemají možnost vykonávat své naučené dovednosti (Bajloon et al., 2018).

Dosahování osobních cílů profesního postupu mají pro sestry silné motivační účinky. Když v nemocnici chybí příležitost pro profesní rozvoj sestry mají obvykle nižší spokojenost s prací (Willis- Shattuck et al., 2008). S touto studií se zčásti shodují i naše výsledky. Některé participující sestry uvedly, že nemají zájem se profesně rozvíjet, další část sester by však motivovalo, kdyby se mohly podílet na nemocničních záležitostech, např. na zaškolování nových sester, či jinak zasahovat do chodu oddělení, něčím přispět, zlepšit nějaký postup. V rozhovorech některé sestry uvádí, že ačkoliv chtějí navrhnout efektivnější řešení ve prospěch pacienta, jsou demotivovány následným zamítnutím. Vyjadřují se, že změna na pracovišti nastává po delší době, mnohdy až poté, když o případné inovaci diskutuje více sester.

Vlivem profesního rozvoje na spokojenost sester se zabývaly některé studie. Studie Bajloon et al. (2018) uvádí, že profesní rozvoj má nejvyšší schopnost motivovat sestry v práci, protože zvyšuje sebevědomí, sebeúctu, příležitost k povýšení a rozvíjení. I my se domníváme, že vlastní seberealizace může u sester zvyšovat sebevědomí a sebeúctu. Potřeba seberealizace je značně individuální. Můžou ji mít vyvinutější sestry, které chtějí uplatnit své znalosti a dovednosti. Myslíme si, že identifikace potřeb vzdělávání sester by mělo být individualizované a vedoucí pracovníci by měli zvyšovat odbornou úroveň sester. Sestry by měly být motivovány neustále se vzdělávat. Významným faktorem je učení se novým dovednostem, sestry se pak mohou cítit sebevědoměji, poskytovat kvalitnější a bezpečnější péči.

Samotný výběr a vykonávání profese klade na sestru velké požadavky (Špirudová, 2015). Výkon všeobecné sestry je spojen s mimořádnou **fyzickou i psychickou pracovní zátěží** (Ptáček, 2016). Ke své profesi musí sestry přistupovat s maximálním nasazením a na jejich dovednosti, schopnosti a znalosti, jsou kladeny vysoké požadavky (Heplová et al., 2010). Sestry se často setkávají s rizikovými faktory, které mohou vyvolat u sester poruchu zdraví. Rizikovými faktory jsou převážně nepřetržitý provoz, časová tíseň, nedostatek odpočinku, přestávek na pracovišti. Tyto rizikové faktory mohou sestry demotivovat při výkonu své profese (Nakládalová, 2013). S tímto zjištěním

souhlasíme. I naše výzkumné šetření prokázalo, že participující sestry považují výkon profese na svém pracovišti za rizikovou. Zjistili jsme, že většina sester nevnímá časovou tíseň na pracovišti. Část sester se vyjadřuje, že stihnou během své pracovní směny veškerou svojí pracovní činnost. Pokud nenastane situace, kdy je nutné bezprostředně plnit pracovní povinnosti, najdou si některé sestry dostatek času i na uskutečnění přestávky, což také prohlubuje jejich spokojenost. Domníváme se, že sestry spolu profesionálně spolupracují a domluví se mezi sebou, využívají přestávky a tím se snižuje pracovní zátěž. Snížení pracovní zátěže sester má pozitivní vliv na sestry i pacienty. Výsledky dále ukazují, že na některé sestry negativně působí nepřetržitý provoz oddělení, kvůli kterému trpí poruchami spánku. Práci na směny, především noční práci, tolerují některé sestry velmi špatně a může u nich vyvolat pracovní nespokojenost. Více než samotná noční práce, může vyvolat poruchy spánku také intenzivní střídání denních směn s nočními. Domníváme se, že pevný pracovní harmonogram by mohl tuto zátěž eliminovat, sestry by nepociťovaly v takové míře únavu a eliminovala by se případná pochybení.

Forozeiya et al. (2019) zjistili, že vysoká pracovní zátěž je hlavním důvodem nespokojenosti s prací nebo významným stresovým faktorem při práci sester. Také naše zjištění ukazují, že pracovní zátěž u některých sester může vyvolat fyzické i psychické problémy, které sestry demotivují. Fyzické problémy vnímají některé sestry zejména při manipulaci s pacienty, kteří jsou obézní. Tyto sestry se vyjadřují, že by je motivovalo, kdyby měly pomůcky pro manipulaci s těžkým pacientem. Část sester demotivuje nedostatek osobních ochranných pomůcek, protože mají pocit, že si nikdo neváží jejich zdraví. Domníváme se, že sestry demotivuje, když nemohou poskytnout péči morbidně obézním pacientům dle svého vlastního přesvědčení, protože s těmito pacienty je obtížná manipulace. Některé sestry ale v předchozích kategoriích uváděly, že si vzájemně pomáhají a spolupracují. Je možné, že jasně definovaná a naplánovaná organizace práce, by napomohla péči o tyto pacienty. Ke snížení pracovní zátěže sester a k zajištění péče o tyto pacienty, by mohla přispět i organizace pořízením vhodných mechanických pomůcek k manipulaci s pacienty. Myslíme si, že organizace by měla zajistit dostatek ochranných pomůcek pro sestry. Nejenom že zajištěním pomůcek chrání organizace i samotné sestry, ale i pacienty. Domníváme se, že pokud sestra není vybavena ochrannými pomůckami, může eliminovat kontakt s pacientem na nejnutnější úkony a tím může být ohrožena kvalita poskytované péče.

Část participujících sester je významně demotivována faktory, které působí na jejich psychické zdraví. Některé sestry se vyjadřují, že jejich spokojenost snižují neuspokojivé a komplikované mezilidské vztahy, péče o pacienty ve vážném stavu. Jiné sestry vnímají nadměrné psychické vypětí a realizují činnosti, které jsou proti jejich přesvědčení. Psychicky náročné situace vyvolávají u části sester smutek, beznaděj, úzkost, melancholii. Všechny tyto atributy působí na sestry demotivačně. Heplová et al. (2010) zdůrazňuje, že pokud se k pracovní zátěži přidají i jiné stresové faktory, může nastat vyčerpání. Domníváme se, že také participující sestry mohou zvýšeně vnímat vyčerpání, které na ně působí demotivačně a ovlivňuje péči o pacienty. Dále si myslíme, že by sestry motivovalo, pokud by zaznamenávaly výsledky svého snažení, své práce. Jak jsme zjistili, všechny sestry přisuzují své profesi velkou hodnotu, považují ji za smysluplnou. Protože se participující sestry, vzhledem k povaze jejich pracoviště, ve zvýšené míře setkávají s umíráním a utrpením pacientů, nevnímají pozitivní zpětnou vazbu svého vynaloženého úsilí a může docházet ke zvýšení psychické zátěže… *(I 06) Co mě motivuje? Motivují mě někteří pacienti, kteří jsou opravdu rádi za tu péči, kterou u nás*

mají… Naší doměnku podporuje Urban (2017), který považuje za důležitý motivační faktor viditelné výsledky své práce.

Sestry se snaží psychické vypětí, které jim profese sestry přináší, individuálními způsoby eliminovat. Někdy je však psychické vypětí natolik velké a natolik je demotivuje, že jedinou možností je pro ně opuštění pracoviště… *(I 09) No já bych už třeba nechtěla pracovat tady v tom depresivním prostředí, u toho umírání, chtěla bych jiný obor …* K obdobnému závěru dospěla i studie Forozeiya et al. (2019), ve které sestry zažívající úzkost a s ní spojené negativní důsledky, mohou za určitých okolností opustit své povolání. Domníváme se, že organizace by se měla zaměřit na snížení psychické zátěže sester, prevenci syndromu vyhoření. Shodujeme se s tvrzením Forozeiya et al. (2019), že samotné sestry by měly identifikovat zdroje stresu, používat copingové strategie, jako jsou kognitivní a behaviorální techniky, zvládat své emoce při řešení problému. Pokud nepomohou podpůrné techniky, domníváme se, že by sestry měly uvažovat o změně pracoviště.

Participující sestry se vyjadřovaly k tomu, do jaké míry jsou spokojené s **finančním ohodnocením**. V českém zdravotnictví došlo v posledních letech k navýšení průměrného příjmu NLZP (Bartůňková et al., 2020). Naše výsledky zjistily, že část sester je přesto se svou mzdou za vykonanou práci nespokojená. Některé sestry více než výše samotné mzdy demotivuje to, že výše finančního ohodnocení neodpovídá odpovědnosti za pacienty, pracovní zátěži. K Obdobným výsledkům dospěli i Lima et al. (2013). Tato studie uvádí, že sestry označují plat z důvodu vysoké odpovědnosti jako zanedbatelný, neodpovídající potřebným dovednostem a znalostem vědeckých poznatků. Další část participujících sester je demotivováno tím, že vysokoškolské vzdělání je v této profesi, oproti jiným profesím, dostatečně neohodnoceno. Některé sestry vyjádřily nespokojenost s nespravedlivým rozděleným platu jak mezi jednotlivci, tak mezi jednotlivými zdravotnickými organizacemi. Některé sestry vnímají, že za stejnou práci ve státní nemocnici dostane jiná sestra zaplaceno podstatně více než sestry z krajského zařízení. Jiné sestry se vyjadřují, že by je motivovalo, kdyby kromě základní složky mzdy, obdržely vyšší osobní ohodnocení, které by bylo rozdělované spravedlivě a odpovídalo by pracovnímu úsilí sester. K obdobnému zjištění dospěla i studie Bajloon et al. (2018), ve které sestry demotivuje nerovnoměrné rozdělení platů mezi zaměstnanci, rozdílná struktura platů mezi zdravotnickými zařízeními. Jiná část participujících sester však své finanční ohodnocení považuje za dostačující a jsou s ním spokojené. Můžeme se domnívat, že zde hrají roli individuální charakteristiky sestry, závislost ostatních členů rodiny na mzdě sestry, ekonomická stabilita rodinného prostředí sester.

Podle Amstronga (2009) by organizace měla při systému odměňování zvážit i zaměstnanecké benefity. Zaměstnanecké benefity participující sestry vnímají jako jakousi odměnu za to, že pro dané zařízení pracují. Všechny participující sestry vnímají benefity jako nedostačující, neodpovídající povaze vykonávané práce, což sestry demotivuje. Některé benefity, které jsou zaměstnavatelem nabízené, část sester ani jako benefity nevnímají. Sestry by motivovalo, kdyby měly takové benefity, které jim umožní dostatečně eliminovat pracovní zátěž. Vyjadřují se, že se může se jednat o nabídku intenzivní rehabilitace, příspěvek na dovolenou, lázeňské služby, kulturní představení, větší příspěvek na pravidelné pohybové aktivity. Domníváme se, že se sestry cítí ze strany organizace nedoceněné a že není dostatečně eliminována jejich pracovní zátěž. Zvýšená pracovní zátěž sester může ovlivnit kvalitu poskytované péče.

5.1. Důsledky pro ošetřovatelskou praxi

Naším dalším cílem bylo zjistit, zda sestry chtějí opustit stávající pracoviště nebo profesi. Všem sestrám byla ke konci rozhovoru položena tato otázka. Zjistili jsme, že žádná sestra nechce svojí profesi opustit. Některé sestry jsou na pracovišti spokojené a nemají v současné době žádný úmysl z pracoviště odejít. Jiná část sester však o úmyslu odejít z pracoviště alespoň uvažovala. Tyto sestry uváděly několik demotivačních faktorů a byly velmi individuální, souvisí s popsanými motivačními a demotivačními faktory. Další část sester je demotivována významnou psychickou zátěží, nepřetržitým provozem, s kterým, dle jejich vyjádření, souvisí i omezený osobní život. Tyto faktory jsou natolik demotivující, že by kvůli nim opustily stávající pracoviště, ale v profesi by zůstaly. U další části sester na pracovišti však natolik převažují demotivační faktory, že reálně zvažují úmysl z pracoviště odejít. Tyto sestry se vyjádřily, že důvodem odchodu z pracoviště, je omezené množství odborných výkonů na pracovišti, nedostatečný profesionální rozvoj, nedostatečné finanční ohodnocení, nespokojenost se stylem vedení.

Souhlasíme s tvrzením Urbana (2017), který se vyjadřuje, že úspěšná motivace pracovníků vychází z porozumění motivačním faktorům a že předpokladem pro motivování pracovníků je pochopení okolností, které k motivaci přispívají, ale i ty, které jim brání. Domníváme se, že motivaci sester by zvýšily finanční, ale převážně nefinanční odměny (tabulka 2). Také ostatní strategie by mohly napomoci motivaci sester (tabulka 1). Souhlasíme s tvrzením Badubi (2017), který upozorňuje, že však neexistuje jediná spolehlivá motivační teorie, která by mohla být použita pro všechny zaměstnance. Všichni zaměstnanci, navzdory jejich očekávání, by měli rozumět vizi a cílům organizace a spolupracovat na nich (Badubi, 2017). Domníváme se, že největší prioritou organizace by mělo být poskytování kvalitní a bezpečné péče o pacienty.

Naše výzkumné šetření má několik omezení. Pojmenovali jsme motivační a demotivační faktory pouze u určitého počtu sester z jednoho pracoviště. Dalším omezením je skutečnost, že průměrná délka celkové praxe participujících sester je 20 let, z toho na pracovištích intenzivní medicíny 18 let. Na současném pracovišti participující sestry pracují průměrně 14,5 let. Z těchto dostupných dat lze usuzovat, že některé participující sestry nepracovaly na jiném než na tomto pracovišti. Domníváme se, že i chybějící náhled z jiného pracoviště nebo zařízení, mohl ovlivnit naše výsledky. Obdobné zjištění uvádí i diplomová práce Hájkové (2017), která se zabývala zvládáním pracovní zátěže sester a zkoumala vliv zatěžujících faktorů na zdraví sester. Hájková (2017) poukazuje na skutečnost, že je prokázána souvislost mezi dobou výkonu praxe na jednom konkrétním pracovišti a pracovní spokojeností sester. Čím déle sestry pracují na jednom konkrétním oddělení, tím méně jsou sestry se svou prací spokojeny a vzrůstá míra prožívaného stresu. Pro sestry není zatěžující samotná profese sestry, ale dlouhodobá práce na stejném oddělení (Hájková, 2017).

Motivační a demotivační faktory mohou sestry vnímat odlišně na různých pracovištích, v jiných zdravotnických zařízeních, na úrovni jednotlivců. Je proto zapotřebí dalšího výzkumu. Výzkum na celostátní úrovni by mohl lépe a komplexněji posoudit motivační a demotivační faktory sester. Zjištěné výsledky by mohly být použity pro stanovení základního standardu péče o sestry, standardu pozitivního pracovního prostředí sester v českém kontextu. V této souvislosti by došlo k zefektivnění kvalitní a bezpečné péče o pacienty, pozitivnímu ovlivnění výsledků pacientů.

6. Závěr

V současné době je aktuálním a zásadním problémem nejen v České republice, ale i problémem globálním, získávání a udržení stávajících všeobecných sester, které jsou klíčovým prvkem pro poskytování kvalitní zdravotní péče. Nedostatek kvalifikovaných všeobecných sester s sebou nese řadu negativních důsledků a ochromuje již tak křehké systémy zdravotní péče.

Naším výzkumným cílem bylo identifikovat a analyzovat motivační a demotivační faktory vztahující se k pracovnímu výkonu všeobecných sester, které mají vliv na spokojenost sester s jejich pracovním prostředím. Participující sestry, které se zúčastnily výzkumu, měly jedinečnou pozici vyjádřit se o pracovním prostředí, v němž je realizována péče o pacienty. Výsledky výzkumu o pracovním prostředí sester poskytující intenzivní péči nejvyššího typu, ukázaly na faktory, které ovlivňují jejich pracovní motivaci.

Sestry se vyjadřují, že jsou výrazně motivovány samotným výkonem profese, kterou považují za smysluplnou. Některé sestry vnímají pozitivně, když jim lékaři naslouchají, považují je za rovnocenné partnery, mají odpovídající autonomii, odpovědnost za pacienty. Pro jiné je motivující vzájemná spolupráce sester či podpora ze strany vedoucích pracovníků, uspokojivé personální obsazení nebo dostatečné množství pomůcek k základní péči o pacienta. Jako demotivující je uváděna mezioborová nespolupráce, odlišný pohled na poskytování kvalitní péče. Sestry vnímají, že pracovní zátěž nepříznivě působí na jejich psychické a fyzické zdraví. Na část sester působí negativně umírání a utrpení pacientů. Participující sestry se domnívají, že výše finančního ohodnocení neodpovídá povaze vykonávané profese a zaměstnavatelem nabízené benefity považují za nedostačující.

Výzkum může přinést poznatky, které využije nejenom samotné pracoviště, ale může poskytnout důležité informace i pro vedení zdravotnického zařízení. Jedná se např. o zaškolování nových sester, adaptaci, schopnost reflektovat potřeby personálu. Výsledky výzkumu mohou přinést praktické využití pro dané pracoviště, zefektivnit pracovní výkon a přispět ke zlepšení situace na pracovišti.

Péče o pacienty by měla být nejdůležitější a nejvyšší prioritou zdravotnického zařízení. Za vytvoření a udržování takového pracovního prostředí, ve kterém sestry poskytují kvalitní a bezpečnou péči o pacienty, jsou zodpovědní všichni ve zdravotnickém zařízení. Od nejnižší vykonávané pozice, až po nejvyšší, která zodpovídá za chod organizace. Podávat efektivní a kvalitní výkon na své pracovní pozici, nést odpovědnost za svá rozhodnutí, umět řešit konflikty a problémy, zajišťovat vhodné personální obsazení kvalifikovanými pracovníky, vytvářet efektivní strategie pro motivaci pracovníků, podporovat spolupráci, účinně rozvíjet schopnosti svých podřízených, může podpořit péči o pacienty, sestry a další členy zdravotnického týmu.

7. Seznam použité literatury

Alhakami, IA, Baker, OG. Exploring the Factors Influencing Nurse's Work Motivation. Iris Journal of Nursing & Care, 2018. 1(1): 1-12, doi: IJNC.MS.ID.000503

American Association of Critical-Care Nurses. AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence, 2nd Ed. In: AACN [online]. 2016 [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments?tab=Patient%20Care

American Nurses Credentialing Center. Forces of Magnetism. In: AARC [online]. 2019 [cit. 2019-10-12]. Dostupné z: https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/history/forces-of-magnetism/

Amstrong, M. Odměňování pracovníků. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-28990-2

Amstrong, M, Taylor, S. Řízení lidských zdrojů. Moderní pojetí a postupy. 13. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5258-7

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet, 2014. 383(9931):1824-30, doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Atakro, CA. Differences and similarities of motivating and demotivating factors of emergency nursing care in rural and urban emergency units – A study of selected rural and urban emergency units in the Volta Region of Ghana. International Journal of Africa Nursing Sciences, 2017. 7: 114- 118, doi: 10.1016/j.ijans.2017.11.002

Atefi, N, Abdullah, KL, Wong, LP, Mazlom, R.Factors influencing registered nurses perception of their overall jobsatisfaction: a qualitativestudy. Internatinal nursingreview,2014. 61(3):352-60, doi: 10.1111/inr.12112

Bakker, AB, Albrecht, SL, Leiter, MT.Key questions regarding work engagement. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2011.20(1): 4-28, doi: 10.1080/1359432X.2010.485352

Baljoon, RA, Banjar, HE, Banakhar, MA. Nurses' Work Motivation and the Factors Affecting It: A Scoping Review. International Journal of Nursing & Clinical Practices, 2018. 5: 277, doi: 10.15344/2394-4978/2018/277

Bartůněk, P, Jurásková, D. Z historie intenzivní péče. In: Bartůněk, P, Jurásková, D, Heczková, J, Nalos, D. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, str. 3-6. ISBN: 978-80-247-4343-1

Badubi, RB.Theories of Motivation and Their Application in Organizations: A Risk Analysis. International Journal of Innovation and Economic Development, 2017. 3(3): 44-51, doi: 10.18775/ijied.1849-7551-7020.2015.33.2004

Bansal, RN, Malhotra. A case study of motivational levels among personnel working in a government teaching hospital of Punjab. Biomedical and Pharmacology Journal, 2016. 9: 585-591, doi: org/10.13005/bpj/976

Bartůňková, M, Dušek, L. Personální kapacity a odměňování v českém zdravotnictví. Nová data z rezortního statistického šetření na rok 2016. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha [online]. 2019 [cit. 2019-09-27]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/

Bartůňková, M, Jarkovský, J, Dušek, L. Odměňování v českém zdravotnictví v r. 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha [online]. 2020 [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/

Bednařík, A. Facilitace. 1.vyd. Bratislava: Aisis, 2008. ISBN: 80-904071-0-7

Botek, M. Spokojený pracovník, základ podnikatelského úspěchu. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2018. ISBN: 978-80-7598-102-8

Burston, PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. Journal of Advanced Nursing, 2010. 66(8): 1819–1831, doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x

Buriánek, J, Malina, A. Pracovní spokojenost zdravotních sester. Stabilizace a pracovní podmínky personálu. Zdravotnictví v České republice, 2009. 12(3): 82-89. ISSN 1213-6050

Campos de Oliveira, JL, Muller de Magalhaes, AM, Bernardes, A, Haddad, MCFL, Wolff, LDG, Marcon, SS, Matsuda, LM. Influence of hospital Accreditation on professional satisfaction of the nursing team: mixed method study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019. 27(e3109), doi: 10.1590/1518-8345.2799.3109

Carter, MR, Tourangeau, AE. Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? Journal of Advanced Nursing, 2012. 68 (7): 1589–1600, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x

Commission of the European communities. Green paper On the European Workforce for Health. In: Europa.eu [online]. 2008, Brussels[cit. 2019-07-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf

Cowden, TL, Cummings, GG. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. Journal of Advanced Nursing, 2012. 68(7): 1646–1657, doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05927.x

Cvachovec, K, Ševčík, P, Mikulková, J, Zoubková, R, Novák, I. Pracovníci v intenzivní medicíně a jejich vzdělávání. In: Ševčík, P (poř.), Matějovič, M, Černý, V, Cvachovec, K, Chytra, I. Intenzivní medicína. 3.vyd. Praha: Galén, 2014, str. 10-14. ISBN: 978-80-7492-066-0

Česká asociace sester. Nedostatek sester znamená zdravotní rizika pro populaci ČR. In: Florence [online]. 2018. [cit. 2019-02-27]. Dostupné z:

http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nedostatek-sester-znamena-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr/

Česká asociace sester. České zdravotnictví zaznamenává největší nedostatek sester za posledních deset let. In: Florence [online]. 2017. [cit. 2019-11-07]. Dostupné z: https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/ceske-zdravotnictvi-zaznamenava-nejvetsi-nedostatek-sester-za-poslednich-deset-let/

Česko. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky. 2018, částka 143, str. 4946-4984. ISSN: 1211-1244

Česko. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14.března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2018, částka 20, str. 481-543. ISSN: 1211-1244

Česko. Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce. In: Sbírka zákonů České republiky. 2019, částka 84, str. 3146-3271. ISSN: 1211-1244

Daft, LR. Management. 8. vyd. United States America: Thomson Higher Education, 2008. ISBN: 978-0-324-53770-3

Dagne, T, Beyene W, Berhanu N. Motivation and factors affecting it among health professionals in the public hospitals, central Ethiopia. Ethiopian journal of health science, 2015. 25(3): 231-242, doi:10.4314/ejhs.v25i3.6

De Simone, S, Planta, A, Ciccoto, G. The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. Applied Nursing Research., 2018. 39: 130-140, doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.004

Dilig-Ruiz, A, MacDonald, I, Varin, MD, Vandyk, A, Graham, ID, Squires,JE. Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review.International Journal of Nursing Studies, 2018. 88: 123-134, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014

Dlugošová, A, Tkáčová, Ľ. Motivace a její aplikace na práci sester. Sestra, 2011. 21 (9): 22-24. ISSN: 1210-0404

Dresslerová, J, Flajšingrová, J, Nekundová, J. Ošetřovatelská péče. In: Ševčík, P (poř.), Matějovič, M, Černý, V, Cvachovec, K, Chytra, I. Intenzivní medicína. 3.vyd. Praha: Galén, 2014, str. 1117-1125. ISBN: 978-80-7492-066-0

Edmondson, AC, Lei, Z. Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 2014.1:23-43, doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305

Elmi, S, Hassankhani, H, Abdollahzadeh, F, Abadi, MAJ, Scott, J, Nahamin, M. Validity and Reliability of the Persian Practice Environment Scale of Nursing Work Index. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2017. 22(2): 106-111, doi: 10.4103/1735-9066.205953

Estabrooks, C, Midodzi, W, Cummings, G, Ricker, K, Giovannetti, Ph. The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality. Nursing Research, 2005. 54(2):74–84, doi: 10.1097/00006199-200503000-00002

Espinoza, P, Peduzzi, M, Agreli, HF, Sutherland, MA. Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospitál. Human Resources for Health, 2018. 16(30), doi: 10.1186/s12960-018-0290-z

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci[online]. © 2019 [cit. 2019-07-12]. Dostupné z: https://osha.europa.eu/cs

Ferreira, MRSdCF, Martins, JJPA. 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, doi: 10.1590/s0080-623420140000400017

Forozeiya, D, Vanderspank-Wright, B, Bourbonnais, FF, Moreau, D, Wright, DK. Coping with moral distress – The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing, 2019, doi: 10.1016/j.iccn.2019.03.002

Germain, PB, Cummings, GG. The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. Journal of Nursing Management, 2010. 18: 425–439, doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x

Hájková, K. *Strategie zvládání stresu, pracovní zátěže a depresivity u zdravotních sester* [online]. Brno, 2017 [cit. 2020-05-14]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce PhDr. Katarína Millová, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/pi0rj/DP_final_-_IS.pdf

Hekelová, Z. Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-4032-4

Heplová, M, Michálková, H. Motivační prvky v práci sestry. Sestra, 2010. 20(11): 30-31. ISSN: 1210-0404

ICN: International Council of Nurses. Nurses: The driving force for change, cost-effectiveness and care. Geneva, 2015. ISBN: 978-92-95099-28-9

Ivanová, K. Vévoda, J. Specifika pracovní spokojenosti a motivace zdravotnických pracovníků. In: Vévoda, J. Ivanová, K, Nakládalová, M, Bártlová, S, Špatenková, N, Prošková, E. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, str. 13-39. ISBN: 978-80-247-4732-3

Jakimowicz, S, Perry, L, Lewis, J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensit care nurses. Australian Critical Care, 2018. 31(6):396-405, doi: 10.1016/j.aucc.2017.10.003

Kantek, F, Yildirim, N, Kavla, İ. Nurses' perceptions of motivational factors: a case study in a Turkish university hospital. Journal of nursing management, 2015. 23(5): 674-681, doi: 10.1111/jonm.12195

Koubek, J. Řízení lidských zdrojů. Základy moderní personalistiky. 5.vyd. Praha:Management Press., 2015. ISBN: 978-80-7261-2883-8

Kouřilová, I. Motivace sester. Sestra, 2013. 23(4): 16-17. ISSN 1210-0404

Labrague, LJ, Al Hamdan, Z, McEnroe-Pettite, DM. An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management. Jounal of Nursing Management, 2018. 26(8): 902-917, doi: 10.1111/jonm.12626

Lake, ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing & Health, 2002. 25(3): 176-188, doi: 10.1002/nur.10032

Leineweber, C, Chungkham, HS, Lindqvis,t R, Westerlund, H, Runesdotter, S, Smeds Alenius L, Tishelman C, RN4CAST consortium.Nurses' practiceenvironment and satisfaction with scheduleflexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevelstudy. International Journal of Nursing Studies, 2016. 58:47-58, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003

Lima, FB, Velasco, AR, Lima, ABG, Alves, EA, Santos, PSSR, Passos, JP. Motivational factors in nursing work. Journal of Research Fundamental Care OnLine, 2013. 5(4):417-423, doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p417

Liu, Y, Aungsuroch, Y, Yunibhand, J. Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. International Nursing Review, 2016. 63(1):84-91, doi: 10.1111/inr.12215

McHugh, MD, Ma, Ch. Wage, work environment, and staffing: effects on nurse outcomes. Policy Politics Nursing Practice, 2014. 15(3-4):72-80, doi: 10.1177/1527154414546868

McHugh, MD, Kutney-Lee, A, Cimiotti, JP, Sloane, DM, Aiken, LH. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. Health Affairs, 2011. 30(2): 202–210, doi: 10.1377/hlthaff.2010.0100

Mellanová, A. Psychosociální problematika v ošetřovatelské profesi. 1.vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-247-5589-2.

Ministersvo zdravotnictví České republiky. České předsednictví uvítalo na zasedání v Praze „Zelenou knihu o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě". In: Ministersvo zdravotnictví České republiky[online]. 2009 [cit. 2019-07-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceske-predsednictvi-uvitalo-na-zasedani-v-praze-zelenou-knihu-o-pracovnicich-ve-zdravotnictvi-v-evrope_1238_1.html

Ministersvo zdravotnictví České republiky. Hlavní sestra ČR Alice Strnadová: Zdravotní sestry odcházejí ze zdravotnictví, i když jsme jim přidali. In: Ministersvo zdravotnictví České republiky[online]. 2019 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/hlavni-sestra-ceske-republiky-alice-strnadova_16758_1.html

Ministersvo zdravotnictví České republiky. Dotazník spokojenosti NLZP, Vyhodnocení. In: Ministersvo zdravotnictví České republiky [online].2019 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/

Morsiani, G, Bagnasco, A, Sasso, l. How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. Journal of Nursing Management, 2017. 25(2):119-128, doi: 10.1111/jonm.12448

Nalos, D. Kategorizace akutních stavů. In: Bartůněk, P, Jurásková, D, Heczková, J,Nalos, D. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, str. 6-7. ISBN: 978-80-247-4343-1

Nakládalová, M. Bezpečné pracovní prostředí pro všeobecné sestry. In: Vévoda, J, Ivanová, K, Nakládalová, M, Bártlová, S, Špatenková, N, Prošková, E. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, str. 77-104. ISBN: 978-80-247-4732-3

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). Specializační vzdělávání. In: NCONZO [online]. 2019 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: https://www.nconzo.cz/cs/specializacni-vzdelavani

Needleman, J, Buerhaus, PI, Stewart, M, Zelevinsky, K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? Health Affairs, 2006. 25(1): 204-211, doi: 10.1377/hlthaff.25.1.204

Novák, I, Ševčík, P. Pracoviště intenzivní medicíny a jejich vybavení. In: Ševčík, P (poř.), Matějovič, M, Černý, V, Cvachovec, K, Chytra, I. Intenzivní medicína. 3.vyd. Praha: Galén, 2014, str. 15-16. ISBN: 978-80-7492-066-0

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics: Health care resources, Nurses. In: Organisation for Economic Co-operation and Development [online]. 2020 [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthres/nurses.html

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris: European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2019. ISBN 978-92-647-2466-2

Ortega, A, Van den Bossche, P, Sánchez-Manzanares, M, Rico, R, Gil, F. The Influence of Change-Oriented Leadership and Psychological Safety on Team Learning in Healthcare Teams. Journal of Business and Psychology, 2014. 29(2): 311-321, doi: /10.1007/s10869-013-9315-8

Prošková, E. Vzdělávání sester. In: Vévoda, J, Ivanová, K, Nakládalová, M, Bártlová, S, Špatenková, N, Prošková, E. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, str. 104-124. ISBN: 978-80-247-4732-3

Prošková, E. Vzdělávání a kompetence sester specialistek pro intenzivní péči. In: Bartůněk, P, Jurásková, D, Heczková, J, Nalos, D. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, str. 21-26. ISBN 978-80-247-4343-1

Ptáček, R. Syndrom vyhoření. In: Bartůněk, P, Jurásková, D, Heczková, J, Nalos, D. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, str. 73-78. ISBN 978-80-247-4343-1

Qin, Z, Zhong, X, Ma, J, Lin, H. Stressors affecting nurses in China. Contemporary Nurse, 2016. 52(4):447-453, doi: 10.1080/10376178.2016.1221321

RN4CASTnurse forecasting in Europe[online]. © 2019 [cit. 2019-09-19]. Dostupné z: http://www.rn4cast.eu/

Sermeus, W, Aiken, LH, Van den Heede K, Rafferty, AM, Griffiths, P, Moreno-Casbas, MT, Busse, R, Lindqvist, R, Scott, AP, Bruynee, L, Brzostek, T, Kinnunen, J, Schubert, M, Schoonhoven, L, Zikos, D, RN4CAST consortium. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. BioMed Central (BMC) Nursing, 2011. 10:6, doi:10.1186/1472-6955-10-6

Šprirudová, L. Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize. 1.vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5711-7

Švaříček, R, Šeďová, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6

Tomšík, P, Botek, M, Čejka, R, Duda, J, Novotný, M, Michalík, D, Urbancová, H. Management lidských zdrojů. 1.vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2013. ISBN: 978-80-8783-01-0

Toode, K, Routasalo, P, Suominen, T. Work motivation of nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies,2011. 48(2): 246-257, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013

Tourangeau, A. Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. Journal of Nursing Management, 2010. 18(8): 1060-1072, doi:org/10.1111/j.1365-2834.2010.01125.x

Ulrich, B, Barden, C, Cassidy, L, Varn-Davis, N. Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. Critical Care Nurse, 2019. 39(2):67-84, doi: 10.4037/ccn2019605

Urban, J. Motivace a odměňování pracovníků: co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší. 1.vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0227-3

Valentin, A, Ferdinande, P, ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Medicine, 2011. 37(10):1575-87, doi: 10.1007/s00134-011-2300-7

Vartorella, L. 6 ways to cultivate psychological safety among team members. Becker's Hospital Review[online]. 8, 2017. [cit. 2019-10-20]. Dostupné z:

https://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/6-ways-to-cultivate-psychological-safety-among-team-members.html

Vévoda, J. Ivanová, K, Nakládalová, M, Bártlová, S, Špatenková, N, Prošková, E. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4732-3

Weldegebriel, Z, Ejigu, Y, Weldegebreal, F, Woldie M. Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. Patient preference and adherence, 2016. 10: 159-169, doi: org/10.2147/PPA.S90323

World Health Organization. Density of nursing and midwifery personnel (total number per 10 000 population, latest available year). In: World Health Organization [online]. 2019 [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: https://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

World Health Professions Alliance. Guidelines: Incentives for Health Professionals. In: WHPA [online]. 2008 [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: https://www.whpa.org/news-resources/positive-practice-environment-toolkit

Willis-Shattuck, M, Bidwell, P, Thomas, S, Wyness, L, Blaauw, D, Ditlopo, D. Prudence. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Services Research, 2008. 8:247, doi: 10.1186/1472-6963-8-247

Zítková, M. Možnosti motivace nových pracovníků. In: Zítková, M, Pokorná, A, Mičudová, E. Vedení nových pracovníků v ošetřovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, str. 103-116. ISBN: 978-80-247-5094-1

Zhang, YY, Zhang, C, Han, XR, Li, W, Wang, YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. Medicine, 2018. 97(26):e11086,doi: 10.1097/MD.0000000000011086

Seznam zkratek

AANC	Americká organizace sester
BOZP	Bezpečnost a zdraví při práci
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
EUOSHA	Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci
ICN	Mezinárodní rada sester
JCI	Joint Commission International (mezinárodní akreditace)
JIP	Jednotka intenzivní péče
MBI-GS	Mezinárodní dotazník syndromu vyhoření
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
PES-NWI	Měřítko praxe indexu ošetřovatelské práce
RN4CAST	Mezinárodní studie o zdravotních sestrách
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ESICM	Evropská společnost intenzivní medicíny
WHPA	Světová aliance pro zdravotnické profese

Seznam tabulek

Tabulka 1: Možnosti motivace sester 44
Tabulka 2: Modifikace motivačních nástrojů 47

Seznam obrázků

Obrázek 1: Hlavní kategorie motivačních a demotivačních faktorů 52
Obrázek 2: Kategorie Vztah k profesi 53
Obrázek 3: Kategorie Mezilidské vztahy 58
Obrázek 4: Podkategorie Vztah se sestrami 58
Obrázek 5: Podkategorie Vztah s lékaři 62
Obrázek 6: Kategorie Autonomie 64
Obrázek 7: Kategorie Vedoucí pracovníci 58
Obrázek 8: Podkategorie Zaškolování 58
Obrázek 9: Podkategorie Styl vedení 69
Obrázek 10: Podkategorie Přístup vedoucích 69
Obrázek 11: Podkategorie Finanční ohodnocení sester 77
Obrázek 12: Kategorie Mezioborová spolupráce 79
Obrázek 13: Kategorie Kvalita péče 85
Obrázek 14: Podkategorie Personální obsazení 85
Obrázek 15: Podkategorie Ošetřovatelská péče 88
Obrázek 16: Podkategorie Vybavení pracoviště 90
Obrázek 17: Podkategorie Léčba pacientů 93
Obrázek 18: Podkategorie Přehodnocení léčby 93
Obrázek 19: Podkategorie Časová prodleva 96
Obrázek 20: Podkategorie Ordinace 99
Obrázek 21: Kategorie Účast na nemocničních záležitostech 102
Obrázek 22: Kategorie Pracovní zátěž 107
Obrázek 23: Podkategorie Rizikové faktory 108
Obrázek 24: Podkategorie Psychické problémy 113
Obrázek 25: Kategorie Finanční ohodnocení 118

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o umožnění výzkumného šetření
Příloha č. 2: Informovaný souhlas
Příloha č. 3: Kategorie a podkategorie motivačních a demotivačních faktorů v profesi sestry

Příloha č. 1

XY

Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Zdravotnické zařízení

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na oddělení …Jmenuji se Miluše Trojáková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia studijního programu Specializace ve zdravotnictví, obor Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Z důvodu řádného ukončení studia na této fakultě je nutné zpracování závěrečné diplomové práce, pro kterou jsem si zvolila téma: „Motivační a demotivační faktory pro setrvání na pracovišti intenzivní péče v profesi sestry“. Vedoucím práce je p. Mgr. Jana Heczková, Ph.D. (jana.heczkova@lf1.cuni.cz).

Z tohoto důvodu se na Vás obracím s žádostí o umožnění sběru dat na oddělení …, kde bych ráda prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů provedla kvalitativní výzkumné šetření. Účastníky tohoto šetření by byly sestry tohoto pracoviště. Jejich účast by byla dobrovolná na základě potvrzení písemného souhlas s tímto šetřením, který přikládám k nahlédnutí.

Pro umožnění podrobné analýzy by byl během rozhovoru pořízen zvukový záznam. Rozhovory by byly následně přepsány a podrobeny analýze. S veškerými daty bude zacházeno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Data budou plně anonymizována a publikována pouze bez možnosti identifikace osoby, která rozhovor poskytla. V závěrečné výzkumné zprávě budou použity pouze ty informace, které se vážou k výzkumnému tématu.

Za pomoci výzkumného šetření bych ráda identifikovala a analyzovala motivační a demotivační faktory vztahující se k výkonu profese všeobecné sestry na konkrétním pracovišti. Šetření může přinést poznatky, které využije nejenom samotné pracoviště, ale může poskytnout důležité informace i pro vedení zdravotnického zařízení. Výsledky výzkumu mohou pomoci při hledání možnosti, jak přispět ke zlepšení situace na pracovišti a udržet či zvýšit kvalitu a bezpečnost ošetřovatelské péče.

Děkuji za zvážení žádosti,

s pozdravem

V ……. dne 20. 07. 2019 Bc. Miluše Trojáková

Oddělení:

Tel.:

E-mail:

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

Motivační a demotivační faktory pro setrvání na pracovišti intenzivní péče

v profesi sestry

Milá kolegyně / Milý kolego,

ráda bych Vás tímto požádala o spolupráci na výzkumném šetření na téma „Motivační a demotivační faktory pro setrvání na pracovišti intenzivní péče v profesi sestry.“ Na základě dat získaných tímto výzkumným šetřením se pokusím identifikovat a analyzovat motivační a demotivační faktory vztahující se k výkonu profese všeobecné sestry.

Vaše účast v šetření je zcela dobrovolná a spočívá v poskytnutí rozhovoru na výše uvedené téma. Pro umožnění podrobné analýzy bude během rozhovoru pořízen audiozáznam, který bude následně přepsán a podroben kvalitativní analýze. Veškerá data budou plně anonymizována a publikována pouze bez možnosti identifikace osoby, která rozhovor poskytla. S veškerými daty bude zacházeno v souladu s nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR).

- ○ Souhlasím s účastí v tomto šetření, o jehož účelu jsem byl/a informován/a.
- ○ Rozumím, že má účast je dobrovolná a že mám právo ze šetření kdykoli odstoupit.
- ○ Rozumím, že veškeré informace jsou přísně důvěrné.
- ○ Rozumím, že poskytnuté informace a závěry tohoto šetření budou za účelem publikováni plně anonymizovány.
- ○ Souhlasím s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru.

Jméno účastníka: ……

Vzdělání: ……

Délka praxe: ……

z toho na pracovišti IM: ……

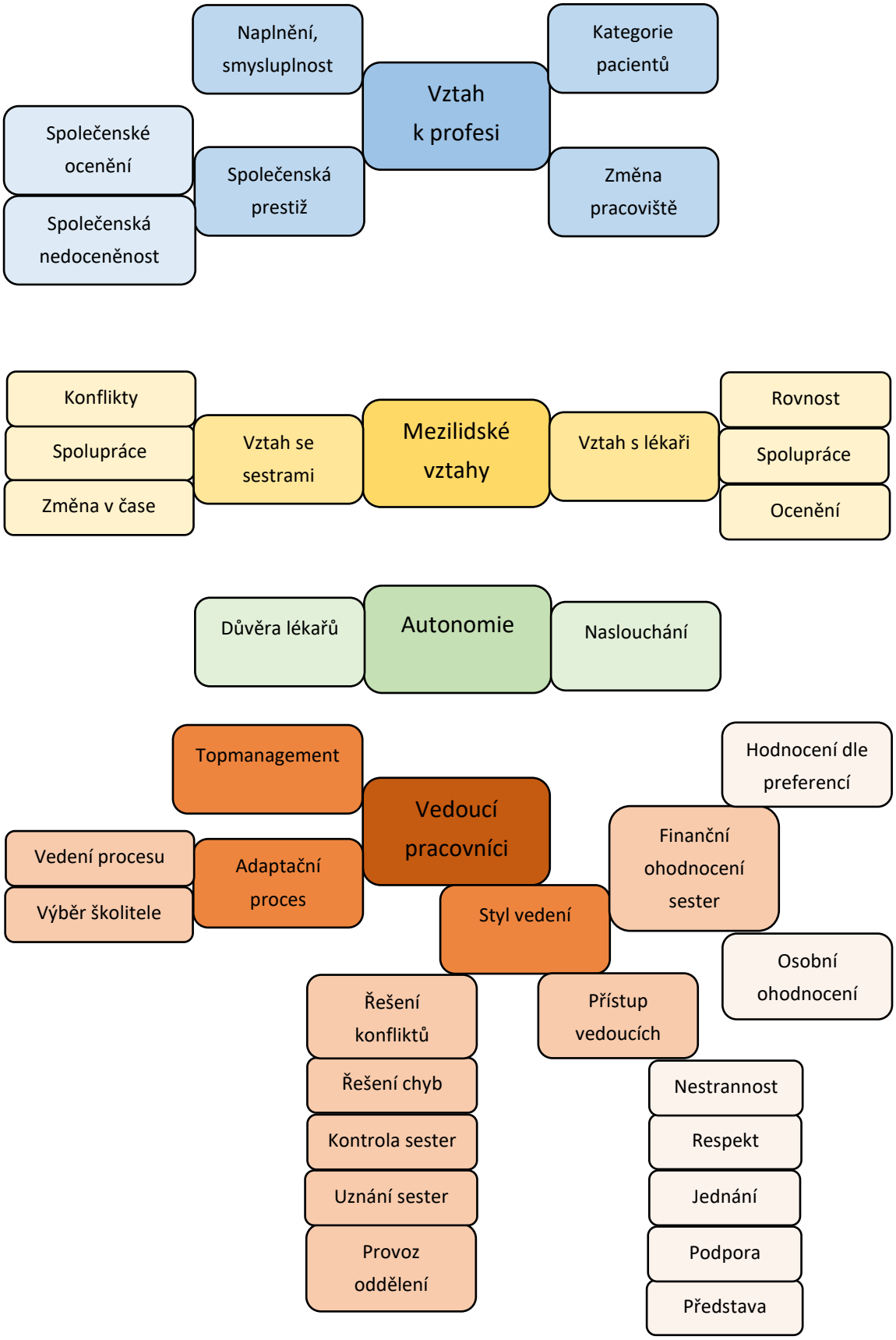
z toho na současném pracovišti: ……

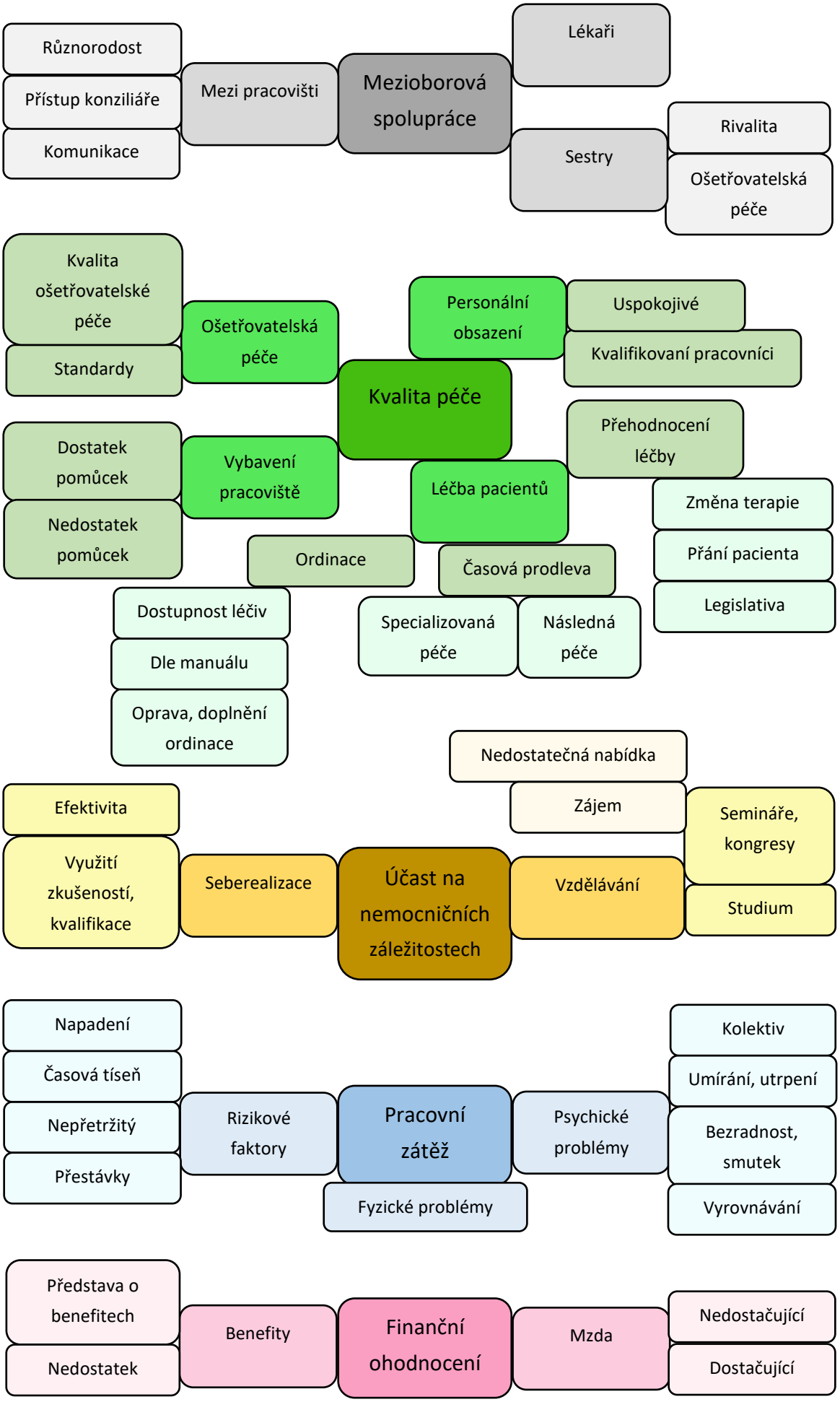
…… ……

Podpis výzkumníka Podpis účastníka

Příloha č. 3

Kategorie a podkategorie motivačních a demotivačních faktorů v profesi sestry




Různorodost
Přístup konziliáře
Komunikace
Mezi pracovišti
Mezioborová spolupráce
Lékaři
Sestry
Rivalita
Ošetřovatelská péče
Kvalita ošetřovatelské péče
Standardy
Ošetřovatelská péče
Personální obsazení
Uspokojivé
Kvalifikovaní pracovníci
Kvalita péče
Dostatek pomůcek
Nedostatek pomůcek
Vybavení pracoviště
Přehodnocení léčby
Léčba pacientů
Změna terapie
Přání pacienta
Legislativa
Ordinace
Časová prodleva
Dostupnost léčiv
Dle manuálu
Oprava, doplnění ordinace
Specializovaná péče
Následná péče
Nedostatečná nabídka
Zájem
Efektivita
Využití zkušeností, kvalifikace
Seberealizace
Účast na nemocničních záležitostech
Vzdělávání
Semináře, kongresy
Studium
Napadení
Časová tíseň
Nepřetržitý
Přestávky
Rizikové faktory
Pracovní zátěž
Fyzické problémy
Psychické problémy
Kolektiv
Umírání, utrpení
Bezradnost, smutek
Vyrovnávání
Představa o benefitech
Nedostatek
Benefity
Finanční ohodnocení
Mzda
Nedostačující
Dostačující

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	**číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)**	**Signatura závěrečné práce**	**Datum**	**Podpis**