

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Mgr. Andrea Nečasová

**Pracovní zátěž onkologických sester a možnosti jejich profesní  
podpory ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 19. května 2010

Mgr. Andrea Nečasová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za vedení mé diplomové práce a všem účastnicím realizovaného výzkumného šetření. Velký dík patří také mému manželu Michalovi za pomoc s formátováním předloženého textu a za trpělivou podporu během celého studia.

# OBSAH

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>2</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>4</b>
2.1. Sesterská profese. Aktuální situace sester v ČR.....	5
2.2. Situace sester ve světě. ....	6
2.3. Onkologické sestry. Charakteristika.....	8
2.3.1. Proč být onkologickou sestrou?.....	10
2.3.2. Jak definovat roli onkologických sester?.....	10
2.3.3. Osobnostní profil onkologických sester. ....	13
2.3.4. Čím jsou onkologické sestry ohroženy?.....	15
2.3.4.1. Syndrom vyhoření .....	15
2.3.4.2. Stresové faktory .....	19
2.3.4.3. Vyčerpání soucitem /Compassion fatigue/. ....	20
2.4. Profesní podpora onkologických sester.....	21
2.4.1. Řízení lidských zdrojů. ....	21
2.4.1.1. Motivace, oddanost a angažovanost. ....	22
2.4.1.2. Odměňování pracovníků.....	24
2.4.1.3. Péče o pracovníky.....	25
2.4.2. Konkrétní možnosti profesní podpory onkologických sester. ....	27
2.4.2.1. Teambuilding.....	34
2.4.2.2. Prevence syndromu vyhoření. ....	35
2.4.2.3. Techniky zvládnání stresové zátěže .....	36
2.4.2.4. Supervize .....	36
2.4.2.5. Vytváření přátelského a motivujícího pracovního prostředí. ....	38
2.4.2.6. Zjednodušení administrativní zátěže. ....	38
2.4.2.7. Zavedení primárních sester.....	40

<b>3. EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>42</b>
3.1. Oblast výzkumu.....	42
3.1.1. Konceptuální rámec .....	42
3.2. Cíle výzkumu a výzkumné metody .....	42
3.2.1. Cíle výzkumu.....	42
3.2.2. Výzkumné metody.....	42
3.3. Účel výzkumu a výzkumná otázka.....	43
3.3.1. Účel výzkumu .....	43
3.3.2. Výzkumná otázka .....	43
3.3.2.1. Hlavní výzkumná otázka .....	43
3.3.2.2. Výzkumné podotázky .....	43
3.4. Metodologie výzkumu.....	44
3.4.1. Plán výzkumu .....	44
3.4.2. Výběr cílové populace .....	44
3.4.3. Rizika při sběru dat a jejich interpretaci .....	45
3.4.4. Metody sběru dat .....	45
3.4.5. Analýza dat .....	47
3.5. Diagnostika organizace .....	48
3.5.1. Představení organizace .....	48
3.5.2. Základní vymezení oblastí pro diagnostikování.....	49
3.5.3. Zkušenosti organizace s diagnostikou v rámci zvolené oblasti pro diagnostiku .....	50
3.5.4. Metodologie diagnostiky .....	55
3.5.5. Vzájemná očekávání.....	56
3.5.6. Sběr dat .....	56
3.5.7. Prezentace zjištěných informací .....	56
3.5.7.1. Stávající podpora onkologických sester v rámci FN HK .....	56
3.5.7.2. Stávající podpora onkologických sester v rámci Kliniky onkologie a radioterapie FN HK .....	59

3.5.7.3. Pohled onkologických sester na svoji profesi, jejich potřeby, názory, hodnoty .....	61
3.5.8. Analýza dat a zpětná vazba.....	62
3.5.8.1. Analýza dokumentů .....	62
3.5.8.2. Rozhovor .....	64
3.5.8.3. Dotazníkové šetření .....	66
3.6. Rozhovory .....	66
3.6.1. Průběh rozhovorů.....	67
3.6.2. Analýza získaných dat .....	68
3.6.2.1. Grafické znázornění kategorií, jejich vlastností a dimenzí.....	68
3.6.2.2. Výsledky výzkumu .....	73
3.6.2.3. Centrální kategorie a návrh teorie .....	84
3.7. E-mailové dotazování.....	85
3.8. Návrhy a doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK .....	87
3.8.1. Doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK .....	88
3.9. Diskuze .....	90
<b>4. ZÁVĚR .....</b>	<b>94</b>

## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ**

## **SEZNAM PŘÍLOH**

## **SLOVNÍK DŮLEŽITÝCH JMEN A POJMŮ**

## **SEZNAM ZKRATEK**

## **SEZNAM TABULEK**

## **ABSTRAKT**

Tématem diplomové práce je pracovní zátěž onkologických sester a možnosti jejich profesní podpory. Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku profese onkologických sester a management řízení lidských zdrojů s hlavní orientací na motivaci pracovníků a podporu týmu. Obsahem empirické části je kvalitativní výzkumné šetření realizované na Klinice onkologie a radioterapie Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výstupem výzkumu je návrh optimalizace profesní podpory pro onkologické sestry ve vztahu k jejich definované pracovní zátěži a identifikovaným potřebám. Realizovatelným obsahem návrhu jsou především nefinanční složky motivace, a to zachování dodatečné dovolené, znovuoobnovení týdenních lázeňských pobytů a pravidelné konzultace s psychologem.

**Klíčová slova:** Onkologické sestry, pracovní zátěž, motivace, profesní podpora.

The thesis deals with occupational stress of oncology nurses and possibilities to support them in their workplace. In the theoretical part, the profession of an oncology nurse is characterized and then it focuses on the human resource management, particularly on motivation of the workers and team support. In the empirical part of the thesis there are details on the qualitative survey conducted in the Department of Oncology and Radiotherapy of the University Hospital in Hradec Králové. As the outcome of the survey there is proposed an optimalization of the professional support for the oncology nurses addressing their defined occupational stress and identified needs. Some of the proposal items should be feasible to implement, particularly the non-financial ones such as keeping the benefit of additional vacation days, restoring one-week stays at a health spa resort and regular counseling with a psychologist.

**Key words:** Oncology nurses, occupational stress, motivation, professional support.

# 1. ÚVOD

Mnoho bylo již sděleno a napsáno o pacientech bojujících s onkologickým onemocněním. Málo je však známo o tom, jak žijí a pracují ti, kteří se o ně starají. Jak se ve své profesi cítí ty, jež jsou s onkologickými pacienty v nejužším profesním kontaktu? Pokusím se zjistit, jaká je realita profesního života onkologických sester v rámci Kliniky onkologie a radioterapie Fakultní nemocnice v Hradci Králové (dále jen FN HK). Zajímá mne, jakou formu profesní podpory mají, jak se ve své práci cítí, co by rády změnily. Cílem mé diplomové práce je identifikovat všechny stávající formy profesní podpory onkologických sester ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a navrhnout jejich optimalizaci tak, aby odpovídala co nejlépe charakteru jejich pracovní zátěže.

Diplomová práce je strukturována na část teoretickou a praktickou, ve které se věnuji výzkumu. V teoretické části se zamýšlím nad situací sesterské profese v ČR a v zahraničí. Poukazuji na aktuální problematiku nedostatku sester, která je společná mnoha vyspělým zemím světa. Konkrétní příklady z USA a z Austrálie ilustrují alarmující situaci nedostatku ošetrovatelského personálu a definují některé z příčin, které situaci způsobují.

V dalších kapitolách teoretické části se věnuji onkologickým sestřím. Ve snaze přiblížit tuto profesi širší veřejnosti píše o charakteru pracovních činností onkologických sester, o širokém záběru a komplexnosti, kterými se vyznačují. Zamýšlím se nad tím, co sestřím jejich profese dává a co jim naopak bere. Věnuji se osobnostnímu profilu onkologických sester, jehož význam je nezpochybnitelný pro správný výběr pracovníků, kteří se chtějí profilovat do této profese. Dalším tématem jsou rizika, která náročná profese obnáší a která, nejsou-li identifikována, mohou negativně ovlivnit pracovní spokojenost sester. Ta úzce souvisí s výší fyzické a psychické zátěže. Závěrečná kapitola teoretické části pojednává o profesní podpoře onkologických sester. Z obecných principů řízení lidských zdrojů přecházím ke konkrétním aplikacím v ošetrovatelském managementu. V samém závěru uvádím několik možností cílené profesní podpory onkologických sester a vycházím z předem zjištěných potřeb a přání, které onkologické sestry nejčastěji v publikacích uvádějí.



Část teoretickou, jež přibližuje profesi onkologických sester v širší a obecné rovině, doplňuje část praktická, která je regionální mikrostudií konkrétního vzorku informantek. Využila jsem metod sběru dat kvalitativního výzkumu pro identifikaci pracovní zátěže a profesní podpory onkologických sester ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výstupem výzkumného šetření je návrh optimalizace forem profesní podpory onkologických sester ve FN HK na základě jejich vlastních doporučení a zjištěných inspirací z literatury a informačních zdrojů z jiných zdravotnických zařízení. Managementu Kliniky onkologie a radioterapie FN HK bude poskytnuta zpětná vazba v podobě interpretace výsledků šetření a návrhu cílené motivace sester, která vychází z jejich potřeb, o nichž sestry samy ve výzkumu píšící, či hovoří.

Ráda bych svojí prací přispěla k tomu, aby profese onkologických sester byla náležitě ohodnocena a doceněna a to nejen na úrovni regionální, ale obecné. Možnosti a rozsah diplomové práce jsou omezené. Realizace komparativní studie na celorepublikové či mezinárodní úrovni by však mohla být zajímavou a obohacující výzvou pro pokračování v tomto tématu. Jak zlepšit pracovní podmínky onkologických sester? Cesta může být následující – začít o této práci a o potřebách jejích nositelek informovat ...

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

Onkologie je velmi dynamický a rychle se rozvíjející obor medicíny. Dle posledních dostupných informací z Ústavu zdravotnických informací a statistiky, onemocnělo rakovinou za 1 rok celkem 127. 295 obyvatel ČR a 27. 709 zhoubnému onemocnění podlehl (ÚZIS ČR, 2007). Růst počtu nádorových onemocnění je plynulý. Odhadována jsou 2-3% meziročně zvýšené incidence malignit. Aktuálnost oboru je tedy více než zřejmá.

Péče o onkologické pacienty je charakteristická svojí komplexností. Zahrnuje léčbu kurativní, paliativní a symptomatickou v terminální fázi nádorového onemocnění. Pro názornost, uvádím příklad krátké kazuistiky:

*Paní M.X. byl diagnostikován karcinom prsu. Podstoupila radikální operační léčbu na chirurgii, odkud je odeslána k radikální onkologické léčbě na Kliniku onkologie a radioterapie. Navržena je kombinace chemo-radioterapie. Důležitá je současná podpůrná léčba, která zmírňuje nežádoucí účinky radikální onkologické léčby. Pacientka zůstává dispenzarizována v onkologickém centru. Pravidelné kontroly odhalují generalizaci onemocnění v podobě metastatického postižení mozku. Zahájena je paliativní radioterapie s cílem zlepšit kvalitu života pacientky, ohrožené bezprostředně na životě pro expanzivní růst nádoru v lebce. Navzdory léčbě onemocnění progreduje a nastupuje symptomatická léčba s cílem zmírnit či odstranit negativní projevy pokročilého onemocnění – bolest, otok mozku, zvracení. Pacientka umírá, po nastavení analgetické léčby netrpí bolestí, je v důstojných podmínkách, rodina může být přítomna a umírající doprovázet.*

Z obsahu krátké kazuistiky je velmi dobře patrný široký záběr onkologické péče, který zdravotníci musejí obsáhnout a profesionálně zvládnout.

V teoretické části práce se zaměřím na obecnou charakteristiku profese onkologických sester, které jsou s pacienty v nejužším kontaktu. Pokusím se identifikovat hlavní stresové faktory, které přímo ovlivňují pracovní spokojenost onkologických sester a sekundárně působí na kvalitu ošetrovatelské péče. Budu se zabývat strategiemi motivace a personálního řízení ve vztahu k pracovní zátěži, jejíž výše mívá významný vliv na setrvání sester v oboru.

## **2.1. Sesterská profese. Aktuální situace sester v ČR.**

Sesterská profese, jako celek, zůstává stále společensky nedoceněna v očích laické i odborné veřejnosti. Ošetřovatelství prošlo v nedávné minulosti snad nejradikálnějšími změnami své historie. Transformace proběhla jak v oblasti profesní přípravy a systému vzdělávání sester (vysokoškolské studium), tak v oblasti náplně práce a profesní role (implementace metodologie ošetřovatelského procesu). Ošetřovatelská profese klade na své vykonavatele nemalé nároky po stránce profesionální i lidské. Přesto se neustále experimentuje s počty sester natolik, že dochází k jejich přetěžování a sekundárně k negativnímu ovlivnění kvality poskytované ošetřovatelské péče.

Některé sestry odcházejí do zahraničí, ty co zůstávají jsou nespokojené. Mezi hlavní uváděné důvody patří nízké finanční ohodnocení, vysoká pracovní zátěž, nedoceněná společenská prestiž profese a neefektivní a zdlouhavý systém kvalifikačního i specializačního vzdělávání.

Sester je málo a bude jich ještě méně! V prosinci roku 2008 chybělo v celé ČR cca 1090 sester. Celá polovina počtu se týká Prahy (MZČR, 2009). Situace se stala natolik alarmující, (zavírají se celá oddělení nemocnic), že MZ ČR zpracovalo návrh Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR. Výsledkem byla příprava legislativních a exekutivních změn, které představila ministryně zdravotnictví Dana Jurásková na tiskové konferenci dne 24. 4. 2009.

Obsahem stabilizačního balíčku jsou tři hlavní témata: Finanční ohodnocení; dlouhé a duplicitní vzdělávání; postavení, kompetence a pracovní podmínky sester. Sestry si měly polepšit celkem o 15 % svých platů a měly se stát nositelkami výkonů.<sup>1</sup>

Celoplošně k navýšení platů v žádném případě nedošlo. K navýšení tarifních platů o 3,5% spolu s příplatkem pro zdravotníky 3,5% došlo pouze u sester zaměstnaných ve

---

<sup>1</sup> Průměrná mzda všeobecných sester v ČR činila 24 221 Kč hrubého (včetně příplatků za přesčasové hodiny, práci o víkendu, svátcích a v noci). Údaj je za období z roku 2008, tj. před avizovaným navýšením o 15% v červenci 2009 (ÚZIS, 2009). Pro srovnání: Průměrná mzda v ČR ve 4. čtvrtletí roku 2008 činila 24 484 (ČSÚ, 2009).

státních zdravotnických zařízeních. Na slibovaných 15% pak dosáhla jen vybraná skupina sester, a to ve státních ZZ a sester vykonávajících vedoucí funkci či vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Provedena byla revize Sazebníků výkonů. Obsahem jejich novely se stalo 50 sesterských výkonů. Vytipováno je dohromady cca 170 výkonů a mnohé z nich jsou dodnes předmětem ostrých diskusí vedených Českou asociací sester s odbornými lékařskými společnostmi.

Změny dlouhého a často duplicitního vzdělávání se týkají zkrácení specializačního vzdělávání ze 3 na 2 roky a jeho celkové racionalizace v podobě redukce počtu specializací Nařízením vlády č. 31/2010 Sb. Duplicitní vzdělávání by mělo odstranit zavedení nové profese *praktická sestra* místo zdravotnického asistenta spolu s posílením kompetencí. Kompetence sester by měly být posíleny novelou vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských pracovníků. Vyhláška je připravena ke schválení. Významný krok sledávám ve vytvoření podmínek pro návrat sester z mateřské dovolené umožněním zřízení mateřské školy při nemocnicích novelou vyhlášky upravující hygienické podmínky pro provozování mateřské školy a dotačním titulem pro přímo řízené organizace (MZČR, 2009).

## **2.2. Situace sester ve světě.**

Podobné problémy, které postihují ošetrovatelskou profesi v ČR, jsou negativním fenoménem také v jiných zemích, např. anglosaských. Nejpalčivějšími zůstávají nedostatek sester, jejich přetížení a nízké finanční ohodnocení. Nedostatek sester bývá spojován s vysokou fluktuací ošetrovatelského personálu, s odchodem početné generace zkušených sester do důchodu a s nízkým zájmem mladých obor studovat a následně se v něm uplatnit. Podstavy sesterského personálu mají negativní dopad na přetížení a fluktuaci sester a vzniká „začarovaný kruh“. Celosvětová ekonomická krize pak významně ovlivňuje finanční ohodnocení.

Anglosaské země, ve kterých je nedostatek registrovaných sester alarmující, iniciují rozmanité motivační programy pro ošetrovatelský personál. Celé týmy odborníků (ošetrovatelský management, personalisté, ekonomové) definují jednotlivé problémy a jejich příčiny a zamýšlejí se nad strategiemi stabilizace sesterského personálu. Hlavními cíli jsou podpora a motivace současného personálu s důrazem na vytvoření zdravé

organizační kultury pracovišť, snížení fluktuace a maximální podpora začínajících sester během jejich adaptace.

Ilustrující může být situace ve Spojených státech amerických. Nedostatek sester a jejich vysoká fluktuace jsou problémem všech 50ti členských států USA. Výše fluktuace amerických sester se pohybuje kolem 26% a mezi absolventkami dokonce kolem 30%. V celých Spojených státech amerických chybí 118 000 sester a odhaduje se, že tento počet vzroste na 340 000 do roku 2020. Dopad vysoké fluktuace sester na ekonomiku zdravotnických zařízení byl vyčíslen: Náklady na fluktuaci jedné nemocniční sestry se pohybují v rozmezí 10 000\$ až 60 000\$; z toho náklady fluktuace jedné sestry bez specializace čítají přibližně 42 000\$ a sestry se specializací 64 000\$. Nedostatek sester má dopad na pracovní spokojenost sester stávajících. Samy sestry odhadují, že s růstem počtu chybějících zdravotníků stoupne výše stresové zátěže, klesne kvalita ošetrovatelské péče a bude pokračovat exodus zkušených sester z oboru (Lynn Wieck, Dols, Northam, 2009).

Také Austrálie se potýká s nedostatkem sester. Dle zprávy Australské rady pracovníků ve zdravotnictví bude Austrálii chybět až 60 799 sester do roku 2014 (AHWA, 2004 in Hogan, Moxham, Dwyer, 2007). Hlavními problémy jsou vysoká fluktuace sester, která v některých provinciích dosahuje až 20,2 % a stárnutí současné sesterské populace. Roku 2001 byl průměrný věk australských sester 42,2 let (AHWAC, 2004 in Hogan, Moxham, Dwyer, 2007). Vyšší průměrný věk sester má za následek větší zájem o částečné úvazky a celkový pokles odpracovaných hodin sestrami týdně. Nejvíce zasažena je oblast akutní nemocniční péče. Důvody současné problematické situace vysvětluje Výbor australské rady pracovníků ve zdravotnictví: „Náročnost ošetrovatelské nemocniční péče vzrostla, neboť mnohá akutní onemocnění přešla do chronicity a vyžadují náročnější nemocniční léčbu. Více nemocní pacienti, kratší doba hospitalizace a větší obrat pacientů na nemocničních lůžkách způsobily nárůst pracovní zátěže sester na pracovištích akutní nemocniční péče.“ (AHWAC, 2004 in Hogan, Moxham, Dwyer, 2007:191). (Překlad vlastní).

### **2.3. Onkologické sestry. Charakteristika.**

Onkologické ošetrovatelství je charakterizováno velmi širokým záběrem činností. Zahrnuje komplexní onkologickou péči o pacienty v akutním stádiu onemocnění, péči paliativní o chronicky onkologicky nemocné a v neposlední řadě péči terminální o umírající s onkologickým onemocněním.

Doktor Petr Škrla ve své stati, věnované aplikaci modelu tzv. *řízené péče* do onkologického ošetrovatelství, charakterizuje aktuální perspektivu oboru v úvodu svého sdělení. „Žádná generace onkologických sester v minulosti nepracovala za tak těžkých podmínek jako generace současná. Stárnoucí populace a nezdravý životní styl mají za následek rostoucí počet onkologických onemocnění. Rostoucí inflační tlaky působí spirálovitě narůstajícími náklady. Vlivem sociálních, politických a ekonomických nejistot narůstá chaos a turbulence ve společnosti i ve zdravotnických zařízeních. To se projevuje narušením organizační kultury, zvýšenou fluktuací a nedostatkem sester. Díky informačním technologiím se mění profil pacientů – jsou náročnější ve svých požadavcích a očekáváníích. Za současné ekonomické situace jsou často nereálné také požadavky zdravotnického personálu. Jejich neuspokojení vede k frustracím, cynismu a ztrátě naděje.“ (Škrla, 2001:11).

Doktor Škrla shledává řešení aktuálních problémů českého, *nejen* onkologického, ošetrovatelství v řízení nákladů, v zapojení všech struktur personálu do řízení kvality ošetrovatelské péče a v zajištění kontinuity péče. Nástroji k dosažení vytčených strategií jsou mapy péče, plánované propouštění, program kontinuálního zvyšování kvality, řízení zdrojů, řízení rizik, řízení případů, DRG systém a kritické myšlení. Společným jmenovatelem je *model řízené péče*<sup>2</sup> (Škrla, 2001).

---

<sup>2</sup> **Řízená péče** (angl. Managed care) se vyznačuje snahou získat kontrolu nad narůstajícími náklady ve zdravotnictví a nad kvalitou péče. Jejimi nástroji jsou, např., mapy péče, management rizik, plánované propouštění pacientů, management případů či utilizační management (řízení zdrojů).

Strategie managementu budou náplní další kapitoly. Nyní se pojdme věnovat bližší charakteristice onkologických sester, jejich rolím, jejich potřebám, příležitostem i rizikům, spojeným s povoláním.

Když odpovídám na otázku, *Kde pracuješ?*, setkávám se s jednou specifickou reakcí dotazujících: *Jak to můžeš dělat?*, nebo, *Jak tam můžeš pracovat?* Kolegyně mi potvrdily podobnou zkušenost a popis stejné situace jsem našla i v literatuře. Cituji výpověď jedné řadové onkologické sestry: „Lidé mi říkají - nechápu, jak to můžeš dělat, Když jim sděluji, že jsem zdravotní sestra a pracuji na onkologii... Vysvětluji jim, že bych nemohla dělat svoji práci bez kuráže a síly v srdcích mých pacientů a bez podpory a altruismu mých kolegů. Circle of Care Retreat<sup>3</sup> /*Kruh bezpečí*/ přišel v pravý čas, neboť jsem se začala cítit vyčerpaná a neschopná vyjádřit své pocity. Zadržela jsem slzy a řekla jsem pouze: „Někdy mám pocit, že už nemohu dál být onkologickou sestrou.“ (Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004:50). (Překlad vlastní).

Z citované výpovědi je zřejmá typická bipolárnost rozměru profese onkologického ošetřovatelství. Na jedné straně své vykonavatele nesmírně obohacuje četnými kladnými

---

<sup>3</sup> **Circle of Care Retreat** – název programu psychosociální podpory všech členů multidisciplinárního týmu odborníků, kteří participují na péči o onkologicky nemocné. Obsahem jsou jednodenní workshopy s cíli posílit a podpořit všechny členy onkologického týmu. Workshopy jsou organizovány v několika různých termínech tak, aby se mohli postupně zúčastnit všichni zájemci. Jednotlivá sezení jsou realizována mimo kliniku, v příjemném a neutrálním prostředí. Dohromady se programu zúčastnilo již 150 členů týmu, z různých profesí, (sestry, lékaři, farmaceuti, sociální pracovníci, psychologové, administrativní pracovníci, kaplani, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, hospodářsko-techničtí pracovníci – všichni, co participují na péči o onkologické pacienty). Základní filosofie je, že každý, kdo se podílí svojí prací na péči o onkologicky nemocné, hraje důležitou úlohu v jeho zkušenosti a spokojenosti. Hlavními cíli programu jsou:

- Shromáždit skupinu různých odborníků a přimět je ke společné diskusi.
- Umožnit diskusi na neutrální půdě, mimo klinická pracoviště.
- Identifikovat vliv stresu na soudržnost skupiny, její efektivitu a vzájemnou podporu všech členů.
- Naučit personál techniky strategie zvládnání stresu a ztráty.
- Facilitovat pozitivní a radostnou atmosféru na pracovištích.

příklady statečného přístupu pacientů a jejich blízkých, na straně druhé představuje velmi tenký led v podobě rizika profesního vyčerpání, rozdání se a vyhoření.

### **2.3.1. Proč být onkologickou sestrou?**

Povolání onkologické sestry patří k velmi náročným, ovšem zároveň k velmi obohacujícím, motivujícím, s širokým lidským rozměrem. Podívejme se na některá pozitiva, která uvádějí onkologické sestry ve vztahu ke své profesní roli:

- „Síla a kuráž pacientů a jejich rodin mne neustále posiluje.“
- „Biologie nádorového onemocnění je fascinující.“
- „Je to méně o umírání a více o životě.“
- „Je to příležitost, jak doprovázet pacienty na konci jejich cesty životem.“
- „Každý aspekt mého bytí se stává výzvou.“
- „Již pouhý úsměv našich pacientů na konci dlouhého a těžkého dne je nám odměnou.“
- „Je to prostředí celoživotního učení.“
- „Péče o onkologicky nemocné obnažuje to nejlepší z nitra každého člena týmu.“
- „Smysl ošetřovatelství se stává naplněným a skutečným.“
- „Přináším změnu“ (Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004:53). (Překlad vlastní).

Autorky americké studie o aktuální situaci onkologického ošetřovatelství ve Spojených Státech, se zamýšlejí nad klady a zápory této profese. Na jedné straně definují široký lidský rozměr profese, který obohacuje onkologické sestry v rovině naplnění osobních cílů a rozvíjení intelektuálních dovedností. Na straně druhé popisují vysokou psychickou a fyzickou zátěž, které onkologické sestry čelí během výkonu své profese (Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004).

### **2.3.2. Jak definovat roli onkologických sester?**

Profesní role onkologických sester vychází z podstaty nádorového onemocnění. Na jedné straně může jít o akutní vzplanutí choroby a její rychlý, velmi agresivní průběh,



(např., akutní leukémie). Ve většině případů se však jedná o chronické a dlouhodobé onemocnění, které buď zareaguje na kurativní léčbu a je po čase zcela vyléčeno, nebo je vůči léčbě rezistentní, progreduje a přechází do stádia nevléčitelné nemoci. Nemocnému je pak poskytována tzv. paliativní, nebo-li zmírňující léčba a péče. I přes veškerou snahu moderní medicíny může onemocnění přejít do terminálního stadia a nemocný mu podléhá.

Onkologické sestry musí kvalifikovaně poskytovat základní, specializovanou i vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v různých stádiích onkologického onemocnění. Jedná se jak o péči intenzivní (JIP, transplantační jednotky krvetvorných buněk), tak o péči standardní (standardní lůžková oddělení, odborné ambulance). Součástí onkologických pracovišť bývají také zákrokové sálky pro aplikaci brachyterapie<sup>4</sup>, na kterých pracují sestry specialistky v onkologii či anesteziologii a resuscitaci. Některé zákroky brachyterapie jsou invazivní a vyžadují krátkodobou celkovou anestezii (léčba nádoru prostaty, dělohy, intersticiální brachyterapie).

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, definuje základní, specializovanou a vysoce specializovanou péči:

- Základní ošetrovatelská péče ... „je poskytována pacientům nad 6 let věku, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu.“
- Specializovaná ošetrovatelská péče ... „je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou

---

<sup>4</sup> Radioterapeutická metoda, při níž je zdroj záření zaveden přímo k nádoru.

péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace, a dále základní ošetrovatelská péče poskytovaná dětem do 6 let věku.“

- Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče ... „, je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, a dále specializovaná ošetrovatelská péče poskytovaná dětem do 6 let věku.“ (Vyhláška č. 424/2004 Sb., §2) .

Dle Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, získávaly onkologické sestry specializační vzdělání přímo v péči o onkologicky nemocné. Novelou ze dne 11. ledna 2010 došlo k reformě oborů specializačního vzdělávání a jednotlivé interní obory, (mezi něž onkologie patří), byly souhrnně sdruženy do jednoho kmenu s názvem Ošetrovatelská péče v interních oborech, (Novela, 2010, příloha č. 1).

Specifiky péče poskytované onkologickým pacientům jsou podávání chemoterapie, péče o ozařované pole, sledování vedlejších účinků léčby, péče o pacienta s bolestí, péče o pacienta v malnutrici, péče o chronické nádorové defekty, ošetření centrálních žilních vstupů pro aplikaci cytostatik a péče o terminálně nemocné a o umírající. Nezanedbatelnou složkou je také péče o rodinné příslušníky a blízké, kteří nemocného doprovázejí ve fázi nemoci či během umírání.

Péče o nemocné na jejich „poslední cestě životem“ patří mezi nejnáročnější ošetrovatelské činnosti v onkologii. Cheryl A. Fairbrother a Judith A. Paice věnují pozornost roli onkologických sester v péči o umírající ve svém zajímavém článku z roku 2005. Zmiňují nezastupitelnou úlohu péče onkologických sester v procesu umírání. Sestry jsou s pacienty a jejich rodinami často ve velmi úzkém kontaktu. Znají se dlouhou dobu, během níž se vytváří prostor pro spolupráci a edukaci. Právě v tuto dobu je komunikace s blízkými umírajícího pacienta nesmírně důležitá. Umírání je spojeno s typickými

symptomy (bolest, hlasité až chrčivé dýchání, samovolné záškuby, inkontinence moči a stolice, delirium, ztráta vědomí), na něž je třeba doprovázející osoby připravit. Chtějí-li se sami zapojit do péče o nemocného, jsou sestrou edukováni v příslušných ošetrovatelských činnostech. O umírající a jejich rodiny často pečují i jiné osoby, nezdravotníci (kaplani, sociální pracovníci) a sestra bývá koordinátorkou všech jejich činností. Onkologické sestry svojí péčí, zaměřenou na účinné odstraňování či zmírnění nežádoucích symptomů během umírání, významně pomáhají nejen nemocnému, ale také jeho blízkým, kterým je tak umožněno lépe se se smrtí vyrovnat a uchovat si ve své paměti lepší vzpomínky (Fairbrother, Paice, 2005).

### **2.3.3. Osobnostní profil onkologických sester.**

„Onkologické sestry mají sklon k tomu být velmi soucitné a laskavé osobnosti, které se často věnují hned několika činnostem či úkolům najednou. Rizikem je přetížení a stres, které mohou vést až k syndromu vyhoření. Sestry by měly umět říci ´ne´ a upřednostnit ty činnosti, které jsou v daný moment nejdůležitější.“ (Fairbrother, Paice, 2005:577). (Překlad vlastní).

Studium osobnostního profilu onkologických sester je velmi důležité, protože ne každý, ošetrovatelsky vzdělaný zdravotník, se na tuto práci tzv. „hodí“. Náročná role onkologických sester vyžaduje jistá specifika rysů osobnosti, která by sestra na onkologii měla mít. Vzpomeneme-li skutečnost, že tzv. vnitřní rizikové faktory syndromu vyhoření, kterým jsou onkologické sestry ohroženy, zahrnují vlastní osobnost jedince, můžeme předejít tomuto riziku pečlivým výběrem pracovníků.

Vzájemným vztahem mezi osobností a pracovním úspěchem nebo stresem se zabývá *psychologie práce*. Angličtí psychologové, M. Gambles, S.M. Wilkinson a C. Dissanayake zkusili identifikovat osobnostní profil onkologických a paliativních sester ve Velké Británii. Rozsáhlé studie se zúčastnilo celkem 178 sester, které absolvovaly specializační vzdělání v onkologii a v paliativní péči na jednom z pracovišť paliativní péče v severozápadní Anglii. Průměrný věk dotazovaných sester byl 38 let a 95% z nich byly ženy. 52% dotazovaných pracovalo ve směnném provozu a 77% pracovalo v nemocničních či komunitních zdravotnických zařízeních. Osobnostní profil sester se vyznačoval

extroverzí, empatií, otevřeností, schopností introspekce a týmové spolupráce. Sestry měly tendenci být opatrné až zdrženlivé ve vztahu k novým ideám, vykazovaly jistou míru naivity v jednání s více průbojnými osobami a občas postrádaly objektivitu. Pozitivním aspektem osobnostního profilu sester byla schopnost dobře se adaptovat na stresové povolání a efektivně spolupracovat v multidisciplinárním týmu. V týmu nepatřily mezi vůdčí osobnosti. Poznatků o znalosti osobnostního profilu sester bylo využito v efektivním plánování lidských zdrojů, v edukaci sester a v jejich profesním rozvoji (Gambles, Wilkinson, Dissanayake, 2003).

V roce 1992 byla realizována zajímavá studie ve Fakultní nemocnici v Plzni na Onkologicko-radioterapeutickém oddělení. Studie byla uskutečněna na popud vedení SZP a ústavního psychologa a zúčastnilo se jí celkem 19 sester ve věkovém rozpětí od 23 do 58 let. Cílem studie bylo zjistit psychickou zátěž onkologických sester daného pracoviště. Výsledkem šetření byla dvě zajímavá zjištění. Pouhá třetina dotazovaných sester měla vloh, které bylo vhodné dále rozvíjet pro psychoterapeutické působení na onkologicky nemocné. Dalším zjištěním byl nástin osobnostního profilu onkologických sester ve srovnání s jinými sestrami ve FN. Sestry na onkologii vykazují vyšší intelektovou přizpůsobivost, nejlépe zvládají emočně vypjaté situace, mají sklon k sebedůvěře a maximální toleranci k dlouhodobé psychické zátěži (Korandová, 1999).

Jaká by měla být optimální kandidátka na pozici onkologické sestry? Vzpomeňme výše uvedenou charakteristiku role onkologických sester. E. Korandová ji definuje ve svém sdělení slovy: „Sestra na onkologickém pracovišti je značnou část své pracovní doby v kontaktu s nemocnými, kteří se zabývají svými závažnými problémy, jako jsou pocit osamělosti, selhání obranných mechanismů, závažnými rodinnými a finančními problémy, případně suicidiálními myšlenkami. Sestra musí mít schopnost odklonit úzkost, rozptýlit obavy, ztlumit negativní emoce nemocného, zejména při umírání. Musí být citově vyrovnaná, musí respektovat jedinečnost nemocného, musí být vybavena dokonalou schopností pozorovat stav nemocného. Optimální sestrou pro onkologické pracoviště je typ sestry, která dbá o pořádek, nemá ráda náhlou změnu systému práce, ale hlavně je schopna dobře ošetřovat dlouhodobě nemocné.“ (Korandová, 1999:36).

Ondriová, Kollárová poukazují také na vysokou fyzickou zátěž onkologických sester. „Starostlivost' o onkologicky chorých často kladie vysoké nároky na fyzickú kondíciu ošetrojúceho personálu, zvýšenej záťaži je vystavená najmä chrbtica a dolné končatiny.“ (Ondriová, Kollárová, 2005:16). Mezi požadované vlastnosti onkologických sester řadí, mimo jiné, výborný zdravotní stav a lásku k lidem.

Důležitými osobnostními rysy onkologických sester jsou tedy psychická odolnost, emocionální stabilita, schopnost dokonalého pozorování i sebereflexe. Základ osobnostních rysů máme vrozený, další vlastnosti rozvíjíme potřebnou přípravou, která vyžaduje čas a zkušenosti. Optimální sestrou pro onkologii jistě není absolventka, ale sestra s praxí (nejlépe v interních oborech medicíny), duševně vyzrálá, s vyrovnaným žebříčkem hodnot, trpělivá a vysoce empatická.

Současná politika zaměstnanosti ve zdravotnických zařízeních však výše zmíněným předpokladům nefavorizuje. Zkušené sestry nemají zájem pracovat na onkologii pro vysokou psychickou i fyzickou náročnost a zdravotnická zařízení nedisponují dostatečnými motivačními prostředky (především finančními) ke zvýšení atraktivity tohoto oboru. Sestry s praxí jsou navíc mnohem dražšími zaměstnankyněmi než sestry bez praxe, a proto jsou absolventky z ekonomického hlediska pro zaměstnavatele výhodnějšími. Tato strategie může být sice krátkodobě finančně upřednostňována, z dlouhodobého pohledu je však zcela neefektivní. Vezmeme-li v úvahu, např., fluktuaci sester, která dosahuje nejvyšších procent mezi mladými sestrami absolventkami, charakter péče vyžadující jistou vyzrálou osobnost a v neposlední řadě všeobecný důraz na kvalitu ošetrovatelské péče, nemůže se citovaná personální politika mnohým zdravotnickým zařízením vyplatit.

### **2.3.4. Čím jsou onkologické sestry ohroženy?**

#### 2.3.4.1. Syndrom vyhoření

Vysoká psychická a fyzická zátěž, která není kompenzována dostatečnou a účelnou podporou, může vyústit v tzv. *syndrom vyhoření*. Syndrom vyhoření byl poprvé popsán americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues*. Jedná se o psychický stav charakterizovaný emočním

vyčerpáním, odosobněním a snížením pracovního výkonu. Všechny tři hlavní složky syndromu vycházejí z chronického stresu, jehož zdroji jsou příčiny osobnostní a organizační.

Mezi osobnostní příčiny syndromu vyhoření bývají uváděny svědomitost a zaujetí, vysoké nároky na sebe sama, silná motivace a potřeba uznání. Onkologické sestry se setkávají s dalšími možnými osobnostními zdroji stresu, s utrpením a smrtí, se závažností a délkou pacientovy choroby, s nutností sebeovládání a potlačování pocitů, s existenciálními a etickými konflikty.

Organizačními zdroji stresové zátěže bývají časový stres, nadměrný počet pacientů, zahlcení administrativní prací, chybné smysluplné vedení, neodpovídající komunikace, procedury spojené s kontrolou kvality a kontrolou vztahu mezi cenou a efektivitou, rostoucí technické nároky, faktory prostředí, pracovní směny, počet volných víkendů, nízký profesionální status, nízký plat a malá šance na postup, pocit izolovanosti od ostatních členů týmu, úzce definovaný popis práce, dvojznačnost role (Kalfossová, 2000).

Nejvíce ohroženi jsou pracovníci tzv. pomáhajících profesí, mezi něž zdravotní sestry bezesporu patří. Riziky, spojenými se syndromem vyhoření zdravotních sester, jsou rozvinutá symptomatologie psychických i fyzických obtíží v rovině jedince a ekonomický dopad v podobě zvýšené nemocnosti, fluktuace personálu, snížené kvality péče a spokojenosti pacientů v rovině organizace.

Již samotná podstata péče o onkologické pacienty umocňuje riziko syndromu vyhoření ošetřujícího personálu. Onkologické sestry, které bývají opakovaně svědkyněmi bolesti, umírání a s tím spojeného utrpení, mnohdy ignorují své vnitřní pocity během péče o své pacienty. Často neumí využít či neznají tzv. vnitřní zdroje zvládnutí stresové zátěže (práce s vlastní osobností). Často chybí, nebo jsou nedostatečné, tzv. vnější zdroje zvládnutí stresové zátěže (sociální opora a fungující podpora v pracovním kolektivu).

Svoji nepostradatelnou roli v prevenci syndromu vyhoření má *organizační kultura pracoviště*. Maslach a Leiter uvádějí, že „syndrom vyhoření není problém jedince, ale celého pracoviště. Pakliže pracoviště zapomíná na lidský přístup a vyžaduje nadlidské výkony, dochází k přetížení pracovníků, k jejich frustraci a následně k syndromu vyhoření.

Sebezdokonalení pouhého jednotlivce problém nevyřeší“ (Maslach, Leiter citováni in Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004:49). (Překlad vlastní).

Dynamické a často radikální změny v současném zdravotnickém systému vedou mnohdy k nejistotě zdravotního personálu a ke stresu. Stabilita pracovního kolektivu, důvěryhodná atmosféra a lidský přístup vedoucích pracovníků hrají klíčovou roli v prevenci klesající pracovní spokojenosti personálu.

V onkologickém ošetrovatelství jsou syndromem vyhoření ohroženy zejména mladé, začínající sestry. Hinds se svými spolupracovnicemi zrealizoval zajímavou studii v USA roku 1994, ve které se zabýval následkem reakce na stresovou zátěž u mladých a u zkušených zdravotních sester pracujících na dětské onkologii. Výzkumu byly podrobeny začínající sestry v prvních 6ti měsících své práce a sestry „veteránky“. Mladé sestry reagovaly na stresovou zátěž různými způsoby. Některé kompenzovaly své tíživé pocity tím, že se plně soustředily na co nejlépe odvedenou práci, některé reagovaly pláčem, jiné hledaly oporu v mimopracovních aktivitách (nakupování, úklid domácnosti, cvičení). Další o svých pocitech mluvily s kolegy, s přáteli či s rodinnými příslušníky. Nicméně, v jejich nitru panoval pocit pochybování, nízké sebedůvěry a neschopnosti stát se kvalitní a zkušenou onkologickou sestrou. Během prvního roku opustilo svoji profesi šest z devíti dotazovaných začínajících sester. Svůj odchod přičítaly pocitům osamělosti a nedostatečné podpoře od svých spolupracovníků. Cítily se být pod drobnohledem svých starších kolegyně a jejich přístup definovaly jako necitlivý a příliš kritický. Jejich duše ovládla nervozita a chaos. Chyběly jim odborné znalosti a vadilo jim, že se nedostatečně orientovaly v léčebných protokolech a strategiích. Zbylé tři z devíti mladých sester zůstaly a byly spokojeny jak s podporou svých kolegyně, tak s vlastní schopností čelit pracovní zátěži.

Zkušené sestry prokázaly mnohem větší schopnosti ve zvládnutí stresové zátěže. Byly vyrovnanější a mohly se intenzivněji soustředit na vylepšování ošetrovatelských strategií. Mnohem více než vlastními pocity se zabývaly možnostmi zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče (Hinds et al., 1994).

K podobným závěrům dospěli také A. Alacacioglu et al. ve své studii z roku 2008. V turecké univerzitní nemocnici uskutečnil kvantitativní šetření zaměřené na riziko syndromu vyhoření u onkologických sester i lékařů. Vzorek informantů čítal 77 onkologů

a 56 onkologických sester. Metodou šetření byla turecká verze dotazníku dle Maslache. Sestry i lékaři mladší 29let vykazovali mnohem vyšší emoční vyčerpání a odosobnění než jejich starší a zkušenější kolegové. Výše spokojenosti s osobním výkonem pak byla u této skupiny zdravotníků nižší. Do výsledků šetření se promítal také rodinný stav informantů. Svobodní byli rizikem syndromu vyhoření ohroženi více než ženatí a vdané. Zkušenosti a fungující rodinné zázemí hrají v prevenci syndromu vyhoření nezanedbatelnou roli (Alacacioglu et al., 2009).

Trochu jiný pohled nabízejí Neupauerová a Košč. Domnívají se, že délka působení na onkologii zvyšuje subjektivní vnímání náročnosti a složitosti profese, byť samotné ošetřování pacientů a pocity při práci jsou méně chaotické (Neupauerová, Košč, 2002). Z vlastní praxe mohu logiku tohoto názoru potvrdit. Zkušené sestry jsou zručné a neprožívají takový stres po technické stránce ošetrovatelských činností. Mnohem více jsou však ohroženy emocionálním vyčerpáním. Během své praxe byly přímými svědky velkého množství lidského utrpení a prohraných bitev se zákeřnou nemocí. Již dopředu vědí, co mohou očekávat od konkrétní onkologické diagnózy. Dobře znají očekávání svých pacientů a ta na ně doléhají svojí plnou tíhou.

Buerhaus a kol., ve své studii zabývající se aktuálním stavem onkologického personálu a možnostmi jeho podpory a stabilizace, zdůrazňuje rozdílnou míru pracovní zátěže personálu pracujícího s ambulantními pacienty a s pacienty hospitalizovanými. Onkologické sestry, pracující na lůžkových odděleních, vykazovaly vyšší fluktuaci, více přesčasových hodin a méně odpočinku mezi jednotlivými směnami. Pracoviště s optimální saturací ošetrovatelského personálu neměla problémy, např., s přesčasy, avšak míra stresové zátěže sester nebyla nižší. Výpovědi jednotlivých sester vycházely z podstaty péče o onkologické pacienty, z její komplexnosti, vysoké náročnosti a zátěže pro personál, který pečuje o těžce nemocné. Ačkoli všechny úseky onkologických pracovišť jsou charakteristické extrémní pracovní zátěží pro ošetrovatelský personál, sestry z lůžkových pracovišť jsou ohroženy syndromem vyhoření více než sestry z ambulantních provozů (Buerhaus et al., 2001).



#### 2.3.4.2. Stresové faktory

Stresové faktory, specifické pro onkologii, vycházejí z podstaty nádorového onemocnění a jeho závažnosti. Bývají vyvolány náročnou a dlouhou léčbou onkologicky nemocných, složitou komunikací nejen s pacienty, ale i s jejich rodinami, vážnými stavy zakončenými smrtí nemocného, etickými dilematy léčebných strategií, agresivní terapií s mutilujícími účinky. Působením stresových faktorů dochází ke konfliktům na pracovišti, k přetížení, ke konfliktům rolí, k izolaci mimo pracoviště, ke ztrátě sebekontroly. Dalšími ovlivňujícími negativními faktory jsou nedostatek ošetrovatelského personálu, nízká společenská prestiž a nedostatečné finanční ohodnocení.

R. Gallagher and K. Gormley jsou autoři zajímavé a tematicky obsáhlé studie, ve které zjišťují nejen výši rizika syndromu vyhoření ošetrovatelského personálu, ale také identifikují jednotlivé stresové faktory, které na sestry působí. Ptají se též na profesní podporu sester a uvádějí, zda jsou, či nejsou s jejím obsahem sestry spokojeny. Studie byla realizována na dětské jednotce transplantace kostní dřeně, na středozápadě USA, a zahrnuje 30 informantek. Sestry označily kriticky nemocné pacienty za nejvíce stresový faktor své práce. Následoval nedostatek personálu, směnný provoz a komunikace s rodinami nemocných. Jako nejméně stresový faktor označily dlouhé směny. Riziko syndromu vyhoření bylo hodnoceno ve třech kategoriích: emoční vyčerpání (*emotional exhaustion*), oddosobnění (*depersonalization*) a osobní výkon (*personal accomplishment*). 73,7% sester uvádějí střední až vysoké emoční vyčerpání. 33,3% sester udávají středně velké oddosobnění. Zajímavým výsledkem je, že 50% sester zmiňuje vysoký osobní výkon, navzdory poukázaným stresovým faktorům a z nich plynoucí pracovní zátěži. Výše všech hodnocených kategorií se mění s věkem a délkou praxe. Starší a zkušené sestry vykazují nižší emoční vyčerpání, menší oddosobnění a vyšší osobní výkon.

Vliv stresových faktorů na sestry je úměrný profesní podpoře pracoviště. 83,3% sester se cítí být podporováno na svém pracovišti. 30% sester uvádí, že podpora není vždy zřejmá a 56,7% sester dodává, že způsob, jakým je podpora sester realizována, není vždy účelný a efektivní. Opět je zde patrný vliv délky praxe. Čím déle sestry na pracovišti pracují, tím méně se cítí být podporovány.

Jak by sestry profesní podporu zlepšily? 33,3% sester by uvítalo lepší rozvrh směn a více personálu. Dalších 33,3% sester by zlepšilo týmovou spolupráci a uznání od kolegů. 23,3% dotázaných shledává možnost ve zlepšení managementu a vedení. Jedna informantka by uvítala lepší finanční ohodnocení, jedna shledává podporu ve vztahu s rodinami nemocných. Další pak uvádí: „Čím jste tu déle, tím je to tu těžší“ (Gallagher, Gormley, 2009:684). (Překlad vlastní).

Ondriová, Kollárová, ve své studii psychické a fyzické zátěže onkologických sester, vyhodnotily umírání a smrt mladého nemocného jako nejnáročnější (odpovědělo 79% respondentek). Na druhém místě se umístil rozhovor s onkologicky nemocným (Ondriová, Kollárová, 2005).

#### 2.3.4.3. Vyčerpání soucitem /Compassion fatigue/.

N. Jo Bush popisuje ve svém článku fenomén s názvem *compassion fatigue*, který je společným jmenovatelem různých vzájemně působících stresových faktorů výhradně v pomáhajících profesích. Poprvé byl tento termín uveden Joinsonem v roce 1992. Vyvolávajícími činiteli nejsou jen stresové faktory plynoucí z provozu pracoviště, ale především pacientovy fyzické a psychické potíže (bolest, strach, úzkost). Vyčerpání soucitem je nejvíce spojováno s ohroženou skupinou sester onkologické a paliativní péče. Tyto sestry čelí velké bolesti a utrpení svých pacientů a jsou velmi ohroženy pocity emočního vyčerpání, marnosti a beznaděje. Není-li dostatečná prevence (především podpora kolegů a rodiny) může stav vyčerpání a beznaděje vyústit v apatii, cynismus, agresi či depresi.

Podporou mohou být i samotní pacienti. Onkologické sestry mohou získávat sílu zpět od svých nemocných. Kuráž, odhodlání a statečnost mnohých onkologických pacientů mohou pomoci sestřím znovu nacházet naději tam, kde ony samy vidí již jen beznaděj (Jo Bush, 2009).

## **2.4. Profesní podpora onkologických sester.**

Profesní podpora onkologických sester významně ovlivňuje profesní spokojenost sester, jejich fluktuaci, pracovní výkonnost a vzájemné vztahy v celém multidisciplinárním zdravotním týmu. Sekundárně má vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a působí na spokojenost pacientů. Účinná a přesně zacílená profesní podpora poskytuje kladné stimuly pro vnější motivaci a upevňuje motivaci vnitřní. Je zárukou stability a funkčnosti pracovního týmu. Pozitivně ovlivňuje ekonomiku řízení lidských i materiálních zdrojů.

Úkolem manažera je identifikovat potřeby jednotlivých pracovníků, analyzovat pracovní zátěž a rizika působících stresových faktorů a individualizovat profesní podporu tak, aby se neminula svým účinkem, ale stala se efektivní motivační složkou. Důraz na zvyšování kvality poskytované péče je dnes skloňován ve všech pádech. Není jistě pochyb o tom, že představitelé managementu zdravotnických zařízení si uvědomují přímou souvislost mezi kvalitní, vysoce efektivní péčí a dobře motivovaným ošetrujícím personálem. Velmi striktní rozpočty zdravotnických zařízení a omezené lidské zdroje však významně redukuje možnosti profesní podpory jejich pracovníků.

### **2.4.1. Řízení lidských zdrojů.**

Profesní podpora onkologických sester, o které bych se ráda v této kapitole zmínila, je jakýmsi logickým pokračováním sdělení z předešlých kapitol. Představuje reakci na zmíněné údaje o spokojenosti sester a o okolnostech, které ji přímo ovlivňují, tj., kultura pracovního prostředí, výše psychické i fyzické zátěže, úroveň finančního ohodnocení. Z hlediska manažerského je spokojenost sester přímo úměrná kvalitě řízení lidských zdrojů. Klesá-li spokojenost sester, klesá jejich výkonnost. Vzpomeneme-li staré vojenské přísloví: „Nejsou žádní špatní vojáci, jsou jen špatní důstojníci.“, zjistíme, kde hledat klíč k odpovědnosti za vzniklou situaci. Kdyby lidé byli efektivně řízeni, s největší pravděpodobností by k problému nedošlo. Risher uvádí: „Špatný výkon je nejlépe považovat za problém, za který jsou odpovědni jak zaměstnavatel, tak management.“ (Risher in Armstrong, 2007:429).

Řízení lidských zdrojů představuje kompletní soubor různorodých činností jejichž cílem je především stabilita pracovníků a efektivita jejich výkonu. Vezmeme-li v úvahu, že „řízení lidských zdrojů je nejdůležitější oblastí celého řízení, neboť lidské zdroje determinují a uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje“ (Gladkij a kol., 2003:209), jejich význam a úloha jsou pro organizaci stěžejními. Řízení lidských zdrojů vychází ze strategií a vizí organizace, je vedeno manažerem, který tvoří součást vrcholového vedení organizace. Operativní, zejména administrativní činnosti, zajišťuje personální odbor/oddělení. Vlastní vedení lidí realizují vedoucí pracovníci a linioví manažeři (v našem případě vrchní a staniční sestry). Ty jsou přímo odpovědné za formování pracovního týmu, motivaci pracovníků, řešení konfliktů, koordinaci změny, účinnou komunikaci, chválu či kritiku (Gladkij a kol., 2003). Jejich osobnost, vzdělání, praxe a zkušenosti jsou důležitými předpoklady pro kvalitu celého procesu řízení.

#### 2.4.1.1. Motivace, oddanost a angažovanost.

Oddanost spolu s angažovaností pracovníků jsou Armstrongem zmiňovány v souvislosti s výkonem organizace a s možností, jak jej ovlivnit. Společným jmenovatelem je motivace. Psychologové rozlišují dvě složky motivace, a to *motivaci vnitřní* a *motivaci vnější*. Vnitřní motivace je součástí jedince a představuje jeho vnitřní stimuly k vykonávání dané činnosti, je dlouhodobější a trvalejší. Vnější motivaci vytváří okolí, např. zaměstnavatel, který různými strategiemi podpory pracovníků působí na jejich ego, např., potřebu uznání, a tím zvyšuje jejich zainteresovanost a sekundárně i výkonnost.

Šetření britských Industrial Relations Services, které zjišťovalo spokojenost pracovníků a jejich oddanost organizaci, odhalilo pět důležitých faktorů, mezi nimiž se vztah s manažerem (nadřízeným) objevil na prvním místě (IRS, 2004 in Armstrong, 2007). Pozitivní motivace pracovníků vedoucí k jejich zvýšené oddanosti a angažovanosti jsou klíčem k dobře odvedené práci. „Kvalita vedení /*leadership*/ je životně důležitá.“ (Armstrong, 2007:241).

Armstrong definuje nástroje manažera pro zvýšení oddanosti organizaci vzděláváním, plánováním kariéry, řízením pracovního výkonu, politikou dosahování

rovnováhy mezi pracovním a mimopracovním životem a vytvářením pracovních úkolů a pracovních míst (Armstrong, 2007).

Jak úspěšně motivovat? Dle Armstronga je pro efektivní motivační strategii důležité:

- „Vyhnout se nebezpečí vytváření nebo podporování strategií, které nabízejí autoritativní předpisy pro motivaci založené na zjednodušeném vidění tohoto procesu, nebo nebezpečí chybného neuznávání individuálních rozdílů.
- Povzbuzovat vytváření procesů řízení pracovního výkonu, které nabízejí příležitosti dohodnout si vzájemná očekávání a poskytovat pozitivní odezvu na plnění úkolů.
- Vytvářet systémy odměňování, které nabízejí příležitosti k uznání plnění úkolů pomocí peněžních i nepeněžních odměn. (...).
- (...). Obohacovat práci v podobě rozmanité práce, odpovědnosti za rozhodování, a pokud možno co největší míry kontroly poskytnuté pracovníkovi při vykonávání práce.
- Nabízet zařízení a příležitosti k učení pomocí takových nástrojů, jako je plánování personálního rozvoje a programy vzdělávání. (...).
- Doporučovat vytváření a rozvíjení takové kultury, která podporuje procesy oceňování a odměňování pracovníků.
- Navrhnout takový systém schopností, který se orientuje na kvalitu vedení a na chování, jaké se očekává od manažerů a vedoucích týmů. (...).“ (Armstrong, 2007:232).

Poslední z bodů výše zmíněné citace upozorňuje na důležitost schopností a formování samotných manažerů. Velmi důležitou úlohu ve výběru manažerů a v kvalitě jejich zapracování může sehrát personální útvar. Konkrétním problémem českých zdravotnických zařízení bývá neefektivní či nekvalitní vedení personálu z důvodu nedostatečných kompetencí vedoucích sester a lékařů, (ať jsou to staniční/vrchní sestry nebo vedoucí lékaři/primáři). Výběrová řízení, kterými noví kandidáti na manažerské pozice procházejí, bývají úzce zaměřena na odborné medicínské či ošetrovatelské vzdělání, délku klinické praxe, popř. zkušenosti s vedením lidí. Vzdělání v řízení či managementu požadováno nebývá. Domnívám se, že pečlivý výběr vedoucích pracovníků s důrazem na

jejich systematické vzdělávání, nikoli pouze odborné, ale i manažerské, by pomohlo vyřešit mnohé současné problémy, které mají vliv na nespokojenost sester a je o nich v předešlých kapitolách podrobně pojednáno.

Pojďme se podívat na několik konkrétních kroků, které může podniknout personální útvar ve snaze zvýšit oddanost organizaci skrze kompetence jejích manažerů. Personální útvar může doporučit liniovým manažerům:

- Informovat pracovníky o hodnotách a cílech organizace, jejích úspěších tak, aby se s ní více identifikovali a byli hrdí na to, že v organizaci pracují.
- Uvědomit si, že oddanost je dvoustranná záležitost. Od pracovníků nelze očekávat, že budou oddaní organizaci, aniž by management demonstroval svou oddanost pracovníkům a uznával jejich přínos a jejich partnerství.
- Osvojit si čestné jednání s pracovníky, ctít konkrétní zásady a dodržet své slovo. Vytvářet klima důvěry, být spravedlivý, důsledný a projevovat ochotu naslouchat jednotlivým názorům a stanoviskům.
- Jednat s lidmi jako se skutečnými partnery, v jednání se spoléhat na konsenzus a spolupráci, nikoli na pouhou kontrolu a donucování. Umožnit příležitosti k učení, rozvoji a postupu v kariéře.
- Deklarovat politiku jistoty zaměstnání spíše než politiku strachu a propouštění.
- Umožnit propojení podnikových a individuálních cílů, respektovat osobní život pracovníků.
- Motivovat pracovníky a zvyšovat jejich identifikaci s organizací pomocí odměn odvozených od výkonu organizace.
- Vytvořit atmosféru vyšší spokojenosti s prací, tj., obohacovat práci zajímavými pracovními úkoly a tím zabránit stagnaci a stereotypu (Armstrong, 2007).

#### 2.4.1.2.Odměňování pracovníků.

Odměňování pracovníků má přímý vliv na motivaci lidí ke kvalitně odvedené práci. Velmi důležitým faktorem v odměňování je *spravedlnost*. Lidé mají tendenci srovnávat svůj výkon a své úsilí s ostatními kolegy na pracovišti. Srovnávají se také s jinými profesními skupinami, které mají podobnou výši vzdělání a společenského postavení. Ve

skutečnosti není rozhodující absolutní hodnota obdržené odměny, ale to, jak jsou odměňováni lidé či skupiny, se kterými se pracovníci srovnávají. Není-li systém odměňování nastaven spravedlivě, obvyklou reakcí pracovníků bývá snížení pracovního výkonu, jejich oddanosti a angažovanosti.

Představíme-li si pod pojmem odměňování finance, může být jistou garancí spravedlnosti legislativa. Pro soukromá zdravotnická zařízení platí zákon č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku, ve znění pozdějších předpisů. Pro nepodnikatele (státní příspěvkové organizace) platí zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, ve znění pozdějších předpisů. Výši minimální mzdy či platového základu mají zdravotníci garantovánu, ovšem nebylo by skutečné spravedlnosti, kdyby nebyl zohledněn individuální výkon jednotlivých pracovníků. Proto existují tzv. pohyblivé složky mzdy či platu, které jsou udělovány na základě hodnocení pracovníka a jeho výkonu. Představují významný motivační stimul, jsou-li udělovány po zralé úvaze a neminou-li se svým účinkem.

Pracovní výkon a motivace nejsou ovlivňovány jen výší finančního odměňování. Vzpomeňme výpovědi sester, které hovořily o své pracovní spokojenosti. Vliv na ni měly, kromě financí, také mnohé další faktory. Moderní řízení lidských zdrojů chápe odměňování v širším kontextu. Při tom je velmi důležité zohlednit konkrétní potřeby a přání pracovníků. Kromě peněžité odměny jsou zdůrazňovány zaměstnanecké výhody, povýšení, formální uznání, zajímavá a motivující práce, dobré vztahy na pracovišti, příznivé pracovní prostředí a příjemný styl vedení lidí (Gladkij, 2003).

#### 2.4.1.3. Péče o pracovníky.

Péče o pracovníky ve zdravotnických zařízeních je z části dána legislativou (bezpečnost práce, zdravotní způsobilost pracovníků, hygienické a zdravotní sledování prostředí v organizaci, celoživotní vzdělávání), z části je dána smluvně (kolektivní smlouvy) a z části je dobrovolná (výraz personální politiky). Individuální motivaci lidí ovlivňuje zejména dobrovolná péče o pracovníky.

Přesto, že smysl dobrovolné péče o pracovníky (dále jen péče o pracovníky) je nezpochybnitelný, existují její zastánci i odpůrci. Zatímco zastánci péče o pracovníky poukazují na její sociální rozměr, který vyplývá z odpovědnosti organizace za ty, kteří v ní pracují, odpůrci neshledávají žádnou paralelu mezi pracovním a soukromým životem pracovníků. Její zastánci naopak zdůrazňují úzké propojení mezi starostmi či stresem v soukromém životě a pracovním výkonem. Platí to i naopak. Stres, často vznikající v souvislosti s prací, může vyvolávat řadu osobních problémů a negativně působit na zdravotní stav pracovníka. To, jakým způsobem organizace pečuje o své zaměstnance, pomáhá zlepšovat její pověst, pomáhá při získávání nových pracovníků a při udržení pracovníků klíčových (Armstrong, 2007).

Péče o pracovníky je součástí personální politiky. Operativně ji zajišťuje personální oddělení/odbor a čím dál častěji je zdůrazňována úloha liniových manažerů. „Jestliže bezprostřední nadřízení plní spíše svou normální roli vedoucích týmů než svou tradiční autokratickou a direktivní roli, měli by mít dostatečně blízko ke všem členům svého týmu, aby znali osobní problémy ovlivňující jejich práci. Měli by být vyškoleni pro rozpoznávání symptomů potíží a přinejmenším by měli být schopni lidem říci, kde se mohou poradit v případech, kdy je jasné, že potřebují pomoc, kterou jim vedoucí týmu nemůže poskytnout.“ (Armstrong, 2007:690).

Pomoc a oporu mohou poskytnout buď tzv. vnitropodnikové konzultační služby nebo externí agentury provozující programy pomoci pracovníkům. Výhodou externích agentur je bezpečnější zajištění anonymity pracovníka. Mohou mít podobu non-stop telefonní služby nebo osobní konzultace s příslušným specialistou. Další nabízené služby externích agentur bývají semináře na pracovištích, které se týkají často řešených problémů, či vzdělávání manažerů a personalistů (Armstrong, 2007).

Mnozí pracovníci oceňují různé formy smluvně garantované péče o zaměstnance, nejčastěji zakotvené v kolektivní smlouvě. Jejím obsahem bývá stravovací zařízení, péče o předškolní děti (jesle, mateřské školy), rekreační či sportovní aktivity, příspěvky na penzijní připojištění, návratné půjčky a sociální výpomoci, přechodné ubytování. Příspěvky na zmíněné aktivity či služby jsou hrazeny z tzv. fondu kulturních a sociálních potřeb (FKSP). Jeho výše je určována dle vyhlášky s tím, že „základní příděl, kterým je



fond tvořen, činí 2% z ročního objemu nákladů zúčtovaných na platy a náhrady platů, popřípadě na mzdy a náhrady mzdy a odměny za pracovní pohotovost a dále na odměny a ostatní plnění za práci“ (vyhláška 114/2002 Sb., §2).

Služby externích agentur, např. supervize, jsou efektivní a představují určitý trend v moderním řízení lidských zdrojů. Jejich cenová dostupnost je však pro většinu českých zdravotnických zařízení zatím nedosažitelná. Jistým finančním kompromisem může být orientace na vnitropodnikové konzultační služby, zajišťované sociálními pracovníky, psychology či psychiatry, kteří v organizaci pracují. Tito pracovníci by měli být plně nebo částečně zproštěni některých povinností, aby měli prostor věnovat se svým kolegům, kteří je potřebují. V mnohém může pomoci i samotný liniový manažer. Především svým zájmem, přístupem a otevřenou komunikací.

#### **2.4.2. Konkrétní možnosti profesní podpory onkologických sester.**

Cílená profesní podpora onkologických sester vychází z diagnostiky jejich potřeb a přání, z analýzy jejich pracovní zátěže, ze samotného charakteru jejich profese.

Obecným problémem napříč všemi specializacemi, v ČR i v zahraničí, je nedostatek sester. Důsledkem této situace je únava a přetížení sester, pokles jejich motivace, vyšší riziko pochybení a tím stupňující se stresová zátěž, nedostatek kvalifikovaných sester pro obsazení vedoucích pozic, chybějící konkurence pracovních sil a nežádoucí fluktuace. Jak situaci změnit? Řešením mohou být dvě strategie:

- *Přilákat k oboru více uchazečů* – zvýšením atraktivity oboru, jeho společenské prestiže, posílením autonomie oboru a rozšířením kompetencí.
- *Stabilizovat fluktuaci sester stávajících* – všeobecným zlepšením jejich pracovních podmínek a cílenou profesní podporou.

První z výše zmíněných strategií je úlohou pro politickou a odbornou diskusi na úrovni národní i nadnárodní (politika EU). Druhá strategie zůstává plně v kompetencích manažerů zdravotnických zařízení. Možností, jak postupovat, mají členové vedoucích týmů několik. Podívejme se na některé konkrétní návrhy a příklady:

Kimball a O'Neil reagují na současný nedostatek sester několika doporučeními. Navrhují snížit pracovní zátěž sester, posílit řady pomocného personálu, vzdělávat a vychovávat schopný management, který aktivně reaguje na aktuální potřeby sester, zvýšit finanční ohodnocení, podporovat dobré vztahy na pracovišti, umožnit profesní růst a pomáhat s úhradou finančních nákladů na kontinuální vzdělávání (Kimball, O'Neil, 2002).

K. Lynn Wiech, J. Dols a S. Northam, autoři rozsáhlé studie s názvem *The Nurse Incentives Project* /Motivační projekt sester/, shledávají úlohu současného ošetrovatelského managementu v koordinaci multigeneračního pracovního týmu, ve zvyšování kvality péče za současného snižování nákladů na péči a ve vytváření stabilního a motivujícího pracovního prostředí sesterských týmů (Lynn Wiech, Dols, Northam, 2009).

Jak toho docílit? Není to složité a klíč k řešení je nadosah. Samy sestry nejlépe vědí, co chtějí a jakým způsobem lze jejich pracovní podmínky optimalizovat tak, aby byly motivující, nikoli odrazující. Stačí se na to sester jen zeptat. Obsahem výše zmíněného *Motivačního projektu sester* bylo tří-měsíční dotazníkové on-line šetření, kterého se zúčastnilo 1 581 amerických sester. Autoři hledali odpovědi na tři výzkumné otázky:

- a) Jaký je vztah mezi stresovou zátěží sester, jejich fluktuací a spokojeností s motivací a podporou?
- b) Jaké jsou pro sestry nejdůležitější pracovní benefity?
- c) Liší se preference jednotlivých benefitů v závislosti na věku/generaci sester?

Z výsledků šetření je patrné, že pracovní benefity spojené s celkovou podporou personálu přímo ovlivňují pracovní spokojenost sester */job satisfaction/*, vnímání stresové zátěže a vůli zůstat na pracovišti. Fluktuace mladých sester-absolventek přímo souvisí s kvalitou jejich zapracování, se vstřícností starších kolegů a s kulturou pracovního prostředí. Starší a zkušené sestry, které uvažují o odchodu do důchodu, zvažují finanční situaci, zdravotní stav svůj i partnerův a výši pracovní zátěže.

Tři čtvrtiny dotázaných (78,5%) uvedly, že jsou spokojeny s pracovními benefity průměrně až spíše nespokojeny. Mezi jednoznačně nejvíce ceněné benefity byly uvedeny soudržné pracovní prostředí a náležité finanční ohodnocení. Umístily se na prvních čtyřech příčkách napříč všemi generacemi sester. Starší generace sester dále upřednostňovaly tzv.

retenční bonus /*retention bonus*/ a léčebné benefity /*medical benefits*/. Mladší sestry kladly důraz na možnost spolurozhodovat o rozpisu směn či tzv. *self-scheduling* /sestry si píší služby samy/ (Lynn Wiech, Dols, Northam, 2009).

Jaká doporučení plynou z realizovaného šetření pro ošetrovatelský management? V prvé řadě je naprosto zřejmé, že sestry samy nejlépe vědí, jaká opatření skutečně pomohou zvýšit stabilitu personálu, významně podpořit jeho spokojenost a efektivně zacílit motivaci. Zohlednit generační priority sester a flexibilně reagovat na jejich potřeby napomůže k vytváření soudržného pracovního klimatu, které sestry tolik oceňují a, bohužel, stále zatím hledají. Mezi hlavní strategie managementu by měly patřit:

- a) Aktivní vyhledávání individuálních potřeb jednotlivých sester.
- b) Zapojení sester do spolurozhodování o podobě motivačních programů.
- c) Zapojení sester do spolurozhodování o chodu pracoviště. Naslouchat jejich návrhům na zlepšení či inovaci.
- d) Ocenění aktivity sester a jejich zájmu o chod pracoviště.
- e) Vytváření přátelského a motivujícího pracovního prostředí, ve kterém jsou otevřená komunikace, vstřícnost a ochota všech členů týmu samozřejmostí.
- f) Umožnění sestrám participovat na rozpisu služeb. Zohlednění jejich požadavků.
- g) Nenucení sester k rotaci mezi pracovišti, pokud nechtějí. Finanční zvýhodnění těch, které jsou ochotny rotovat.<sup>5</sup>
- h) Zvýšení finančního ohodnocení sester na úroveň tzv. „konkurenčních profesí“, ke kterým sestry přecházejí (Lynn Wiech, Dols, Northam, 2009).

Vzpomeneme-li vyčíslenou nákladovou položku na fluktuaci jedné sestry (v řádech desítek tisíc USD) zjistíme, že naplnění výše citovaných manažerských strategií,

---

<sup>5</sup> Ve Spojených státech amerických je tzv. *rotování* /*floating*/ sesterského personálu běžnou, avšak neoblíbenou praxí. Negativně se podílí na odchodu sester a zvyšuje jejich nespokojenost. Řešením by mohly být tzv. *rotační týmy* /*float teams*/, složené ze sester, jež s přechody na jiná oddělení dopředu souhlasí a jsou za to finančně zvýhodněny.

směřujících ke stabilizaci ošetrovatelského personálu, je jistě levnější než neustálé zapracovávání nově příchozích pracovníků.

Problémem v uskutečnění jednotlivých kroků managementu za cílem podpory a stabilizace pracovních sil, může být poměrně velká časová náročnost této činnosti. Nedostatek času a široké spektrum povinností členů ošetrovatelského managementu jsou často citovanými bariérami pro zavádění inovací v motivačních a retenčních strategiích. Pro ilustraci, není výjimkou, že vedoucí sestry jsou vytíženy nejen vlastním řízením, ale i povinnostmi plynoucími ze samotného provozu oddělení/kliniky.

Marková, Eislerová uskutečnily zajímavou studii na téma řízení na úrovni staničních sester. Spolupracovalo 24 staničních sester z různých nemocnic v ČR a z různého spektra oddělení. Průměrně byly ve funkci 4 roky, většina z nich měla specializační vzdělání, ovšem žádná staniční sestra neměla vzdělání manažerské. Nejvíce byly staniční sestry vytíženy participací na ošetrovatelské péči a organizací péče (dohromady 253 minut z 8,5 hodinové pracovní doby). Poté následovaly hotelové služby, zajištění materiálu a přístrojového vybavení (dohromady 87,75 minut). Nejméně času věnovaly řízení personálu (7 minut!) a vzdělávání personálu (11,25 minut!). I samotnému obědu věnovaly více času (21 minut)! Autorky v závěru výzkumu uvádějí: „ Na základě získaných informací se nám jeví, že staniční sestra místo, aby se věnovala řídicí činnosti, dělá podpůrnou činnost ostatním sestřím. Domníváme se, že to také souvisí s tím, že nemá manažerské vzdělání, které by mělo být nezbytnou podmínkou pro tuto funkci, podobně jako je tomu v zahraničí. Nemá-li toto vzdělání, řídí svůj personál spíše jakýmsi instinktem a nebo vůbec ne.“ (Marková, Eislerová, 2000:81).

Staniční sestry, které jsou směnným sestřím v provozu nejbližší a mají největší přímý vliv na vytváření pracovních podmínek a kultury pracoviště, jsou doslova zahlceny širokým spektrem povinností zakotvených v náplni práce. manažerské činnosti jsou nuceny redukovat na minimum a věnují se přímému zajištění ošetrovatelské péče, zásobování a hotelovým službám. Pro posílení manažerských kompetencí bude nutné transformovat náplň práce staničních sester a delegovat některé z činností administrativním pracovnícím, provozním asistentkám či hospodářkám.

Kimball, O'Neil poukazují také na poměrně vysoký průměrný počet podřízených. Uvádějí, že problémem není jen fluktuace směnných sester, ale také fluktuace vedoucích sester, kterých je též nedostatek. Navrhují, aby se v první řadě vytvořily lepší pracovní podmínky pro manažery ošetrovatelské péče. Ti se pak budou moci naplno věnovat svým podřízeným, optimalizovat jejich pracovní prostředí, reagovat na jejich individuální potřeby a tím stabilizovat počet sesterského personálu (Kimball, O'Neil, 2002).

Podobně jako v ekonomice, tak i v personálním řízení, které je významnou složkou náplně práce staničních a vrchních sester, dojde ve finále k úspoře – tentokrát časové. Když zohledníme časovou investici, kterou je nutné vynaložit na výstupní formality odcházející sestry a na vstupní formality, včetně adaptačního procesu, sestry nově příchozí, je čas vynaložený na motivaci stávajícího personálu úspornějším řešením.

Dobrym příkladem inovace motivačních strategií pro onkologické sestry může být aktivní spolupráce managementu tří velkých onkologických center v USA. Stabilizace onkologických sester je společným problémem většiny vedoucích pracovníků a stala se jakýmsi stmelujícím faktorem a impulsem pro spolupráci tří velkých nemocnic: Dana-Farber Cancer Institute, Brigham and Women's Hospital a Massachusetts General Hospital. Manažeri onkologické ošetrovatelské péče sdílejí společný cíl – přilákat a udržet si takové onkologické sestry, které mají skutečný zájem o obor a poskytují naprosto profesionální péči. Přesto, že všechna tři centra si jsou vzájemnými konkurenty, jejich spolupráce v oblasti personálního managementu se jim vyplatí. Fluktuace onkologických sester se procentuálně pohybuje v rozmezí 0,3% - 6%, což je hluboko pod celostátním průměrem 21,3%! (Hayes et al., 2005).

Jak dosáhli svého cíle? Uvědoměním si, že motivující pracovní prostředí s podporou adresovanou všem členům ošetrovatelského týmu je klíčem k pracovní spokojenosti, k eliminaci rizik syndromu vyhoření, k vytváření stimulačního klimatu pro profesní růst a rozvoj personálu a v neposlední řadě k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Základním rysem je podpora sester ve všech fázích jejich profesního života.

Hlavní úlohu hrají tři programy: Program podpory nově příchozích sester a sester absolventek; Program podpory profesního růstu již zapracovaných sester (zahrnující výzkum) a Program podpory duševního zdraví (antistresový program).

### → **Program podpory nově příchozích sester a sester absolventek**

V praxi koexistují dvě větve programu: Tzv. *Faculty Model* a *SmaRT program*, jež fungují na principu klasického mentorství a jsou určeny nově nastoupivším sestřám s praxí z jiných pracovišť a oborů. Sestry určitý čas nepracují samostatně a jsou instruovány mentory, zkušenými kolegy, kteří je zasvěcují do chodu nového pracoviště jak po stránce teoretické, tak praktické.

Druhou větví programu je tzv. *New Graduate Development Program*, adresovaný nově příchozím sestřám-absolventkám. Sestry-absolventky jsou začleněny do tohoto programu po dobu jednoho roku s cílem získat potřebné teoretické znalosti z nového oboru, praktické dovednosti, sebedůvěru a zručnost. Opomenut není ani stres management v čele s osvojováním si strategií zvládnání specifické stresové zátěže, která je vlastní onkologickému pracovišti. Sestry navštěvují teoretické přednášky, jejichž výstupem je obdržení certifikátu od Onkologické sesterské společnosti. V praxi pracují z počátku v páru se svým praktickým učitelem, později samostatně pod dohledem zkušeného mentora. Jednou za 6 až 8 týdnů jsou konány celodenní workshopy, které dávají sestřám prostor reflektovat své nabývané zkušenosti. Během workshopů jsou sestřám-absolventkám k dispozici lékaři a zkušené sestry z oddělení, psycholog či psychiatr. Specifické problémy jsou diskutovány buď ve skupině, nebo v rámci individuálních konzultací s odborníky. Efektivita tohoto adaptačního programu je zřejmá. Z osmi absolventek, které prošly tímto programem, jich zůstaly na pracovišti čtyři. Dvě odešly po dvou letech na jiná pracoviště nemocnic a dvě odešly zcela pryč z osobních důvodů. Program také přispívá ke kultivaci celkového pracovního klimatu, ke kolegiálnosti a vzájemné podpoře mezi všemi členy týmu.

Vzdělávací program sester-absolventek je veden vysokoškolsky vzdělanými sestrami v magisterských či doktorských studijních programech. Tyto sestry spolupracují s odbornou Onkologickou sesterskou společností a participují na vzdělávání onkologických sester napříč Spojenými státy americkými.

### → **Program podpory profesního růstu již zapracovaných sester**

Cílem tohoto programu je nejen kontinuální vzdělávání sester v oboru, ale především jejich aktivní zapojení do rozhodování a chodu pracoviště. Sestřám jsou nabízeny různé

příležitosti aktivní spolupráce a tím je zvyšována jejich motivace a chuť k práci. Jedna z možností jak participovat na vývoji nových ošetrovatelských strategií v onkologii je činnost pro *Dana-Farber/Partners Cancer Center* (DF/PCC), organizaci jež sdružuje všechny výše zmíněné poskytovatele onkologické péče plus dalších 20 regionálních pracovišť. Součástí je též zahraniční spolupráce a rozvoj tzv. Dobré praxe /*Best Practices*/ v onkologické péči. Výstupy činnosti DF/PCC jsou informační internetový portál pro onkologické sestry, tvorba standardů onkologické péče, výzkum, pořádání konferencí a odborných meetingů. Spolupráce s DF/PCC umožňuje zkušeným sestřím profesní růst a pravidelný kontakt s ostatními kolegy z jiných pracovišť, favorizující cennou výměnu zkušeností.

#### → **Program podpory duševního zdraví**

Podpora pacientů a jejich blízkých v boji o život, v naději v remisi či doprovázení a útěcha umírajících jsou součástí onkologické ošetrovatelské péče. Prevence emočního vyčerpání a saturace psychologických potřeb ošetrovatelského personálu jsou hlavními cíli tohoto programu. Sestry mají možnost pravidelně se scházet v terapeutických skupinách, vedených speciálně vyškolenými onkologickými sestrami z pracoviště a sestrami vzdělanými v doktorském studijním programu zaměřeném na péči o personál. Jelikož tzv. emoční vyčerpání /*compassion fatigue*/ je jedním z častých důvodů, proč onkologické sestry opouštějí svůj obor, psychologická podpora personálu je klíčová v programu stabilizace onkologických sester (Hayes et al., 2005).

Podobnou zkušenost s realizací preventivních programů proti stresové zátěži mají také na Onkologickém oddělení v Krajské nemocnici v Liberci. Ve spolupráci s psycholožkou je zde konáno pravidelné skupinové sezení sester, laborantů i sanitářek. Skupiny tvoří vždy maximálně šest osob. Obsah seminářů je zaměřen na specifika onkologického pracoviště a na úskalí, která z náročné práce pro personál plynou.

- Etika zdravotníka – zdravení, respektování prostoru pacienta, důstojnost pacienta.
- Vztah sestra a pacient – respektování osobnosti pacienta, osobní a patientské hranice, obětavost a syndrom vyhoření.
- Vliv osobních problémů na pracovišti.

- Stres na pracovišti – přehledná charakteristika jednotlivých druhů stresu a jak s nimi naložit; vztahy na pracovišti; komunikace s pozůstalými; úmrtí mladých pacientů; péče o terminálně nemocného; péče o zemřelého; fáze truchlení.
- Jak zacházet s kritikou – základy asertivity.
- Kontakt s bolestí – uznání bolesti.
- Potřeby zdravotníka na onkologii (Hrstková, Riegerová, 2004).

#### 2.4.2.1.Teambuilding

Jak již bylo zmíněno, pracovní spokojenost sester */job satisfaction/* je klíčová v jejich rozhodování zda setrvat na pracovišti, popř. v oboru, či nikoli. Z různých studií a výzkumů jsou zřejmé faktory, které pracovní spokojenost sester přímo ovlivňují. Jedním z nejčastěji skloňovaných je kultura pracovního prostředí */culture of work environment/*, které vytvářejí a kultivují především interpersonální vztahy mezi všemi členy multidisciplinárního týmu.

Role sestry je rolí týmovou. Bez spolupráce s ostatními členy ošetrovatelského a léčebného týmu nemůže být dosaženo kvalitní a skutečně komplexní péče o pacienta. Podpora a kultivování soudržného pracovního týmu, vedeného schopnými vůdci */leaders/* je další z klíčových rolí manažera. Manažerským nástrojem může být tzv. *teambuilding*. Toofany definuje *teambuilding* jako „cestu k povzbuzení jednotlivců sdílet společné aktivity“ (Toofany, 2007:25). (Překlad vlastní). Shledává vzájemné propojení mezi *teambuildingovými* aktivitami, komunikací personálu a pracovní spokojeností . Doslova uvádí: „*Teambuilding* zlepšuje komunikaci a mezilidské vztahy. Může napomoci ke kultivaci celkově nízké morálky personálu, která, pokud je dobrá a fungující, významně ovlivňuje vůli pracovníků zůstat a neodcházet“ (Toofany, 2007:27). (Překlad vlastní).

Jaké by tedy měly být *teambuildingové* aktivity? Měly by přímo odpovídat povinnostem a odpovědnostem účastníků a účastníci by je měli shledávat užitečnými. Měly by podporovat cíle organizace, být v souladu s praktickým uspořádáním práce a odrážet hodnoty, které chce organizace nastolit či posílit (Armstrong , 2007:299).



Téma teambuildingových aktivit může mít vztah k reálným pracovním aktivitám, ale také nemusí. Příkladem je tzv. učení se hrou či pohybovými aktivitami. Ideální je, když jsou tyto aktivity realizovány mimo pracoviště, kde může snáze dojít k uvolnění atmosféry a lidé mají sklon chovat se přirozeněji. Jednoduché úkoly osvětlují procesy probíhající v týmové práci a poskytují základnu pro rozpoznávání toho, jak lze tyto procesy zlepšit (Armstrong , 2007:299).

Dalším příkladem teambuildingových aktivit jsou skupinová cvičení, při kterých účastníci zkoumají problémy a formulují jejich řešení jako skupina. Problém může vycházet z konkrétní reality (případová studie), nebo nemusí mít žádnou souvislost s každodenní prací. Cílem cvičení je, aby si lidé vyzkoušeli a osvojili schopnost pracovat kolektivně a uvědomili si, jak se skupina chová při řešení problémů a při rozhodování (Armstrong , 2007:480).

#### 2.4.2.2.Prevence syndromu vyhoření.

Základním předpokladem pro prevenci syndromu vyhoření je vlastní uvědomění si rizik, která jej způsobují. Každá jednotlivá sestra by měla přijmout odpovědnost za svoje zdraví a bezpečnost, pokládat vlastní myšlenky a pocity za cenné a důležité, stanovit si realistická očekávání, být upřímná a čestná k sobě samé. Organizace by měla mít jasně definované cíle v péči o pečující. Doporučenými strategiemi jsou identifikace stresových faktorů, včasné rozpoznání příznaků nesprávného adaptačního chování, individuální podpora a motivace jednotlivých sester, otevřená komunikace. Snahou organizace by mělo být eliminovat přetížení sester, dostatečně saturovat počty personálu, omezit přesčasové hodiny na minimum, či umožnit rotaci při rozdělování povinností (Kalfossová, 2000).

Osvědčenou prevencí syndromu vyhoření je aktivizace jednotlivých pracovníků. „V popředí zájmu organizace by mělo jít především o rozvoj programů, zaměřených na osobní rozvoj pracovníka. Měl by být kladen důraz na týmovou spolupráci a měl by být zvýšen podíl pracovníka na řízení“ (Wintnerová, 2003:10).

#### 2.4.2.3. Techniky zvládání stresové zátěže

Tzv. *stress management* je společným jmenovatelem různých strategií zvládání stresu. Mezi významné a snadno dostupné patří skupinová terapie a individuální konzultace s psychologem. Vzpomeňme na výše zmíněný program *Circle of Care Retreat*, který je dobrým a inspirujícím příkladem fungující skupinové terapie. Členové skupiny, různých profesí, mají jedno společné – podílejí se na péči o onkologické pacienty. Zjistili, že sdílejí podobné pocity zranitelnosti, smutku a bezmoci ve vztahu k prožitku ztráty a smrti pacienta. Rádi by zvýšili své kompetence v procesu vyrovnávání se se ztrátou a pomocí brainstormingu<sup>6</sup> našli možná řešení. Důležitými jsou pro ně vzájemná podpora, možnost vyjádřit své pocity a dodržovat určité rituály spojené s terminální fází života pacienta a s jeho smrtí, (např., položení květiny na polštář zemřelého, zapálení svíce, účast na pohřbu, zaslání kondolence rodině). To vše usnadňuje průlom emocí a umožňuje smíření ošetřujícího personálu s nevyhnutelnou konečností života nemocného (Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004).

#### 2.4.2.4. Supervize

Účinným nástrojem reflexe profesionální činnosti je supervize. Využití supervize není v českém zdravotnictví zatím příliš rozšířené. Důvodem může být prostá neznalost této formy profesní pomoci, a nebo finance, které není zvykem na podobné formy podpory pracovníků investovat. Vezmeme-li v úvahu hlavní účel supervize, který je vždy spojen s pracovním kontextem, s kvalitou práce a směřuje ke zvyšování úrovně profesionálního chování, domnívám se, že využití supervize ve zdravotnictví bude mít v budoucnu své nezastupitelné místo.

Vycházím-li z četných definic supervize, vždy v jejich obsahu shledám pojem *reflexe*. Reflexi, nebo-li schopnost otevření se toku svých myšlenek, přirovnává Dr. Havrdová ve svém výkladu „k vázce, která dosedne na květinu (přichystanou mysl) jen tehdy, nehrozí-li jí žádné větší nebezpečí.“ (Havrdová, 2009). Velmi se mi toto přirovnání

---

<sup>6</sup> Metoda získávání originálních myšlenek, nápadů.

líbí! Představuji si to ztišení a klid, při kterém vážka na květ dosedne, představuji si harmonii pohybu vážky a jí zvoleného květu. Tuším při tom atmosféru, která otevírá lidskou mysl a umožní jí únik z pomyslného vězení nátlaku a stresu. Vnímám supervizi jako mediátor této atmosféry v níž má člověk příležitost zastavit se a v tichu či nahlas přemýšlet.

V kontextu reflexe je důležité si uvědomit rozdíl mezi supervizí a terapií (např., psychoterapií). Pokud se reflexe zaměřuje na čistě osobní témata a vztahy, jde o terapii. „Pokud je však předmětem reflexe pracovní kontext a pracovní proces, s cílem poznat a pochopit a tím se dostat k lepšímu přístupu ke klientům, kolegům či způsobům práce, jde o supervizi. Supervize, která vytváří organizovanou příležitost k reflexi aktuálních pracovních témat, je jednou z nejefektivnějších metod profesionálního růstu pracovníků.“ (Havrdová in Havrdová, Hajný, 2008:21). Úkolem supervizora je zajistit atmosféru bezpečí, důvěry a otevřenosti pro maximální podporu reflexe. Při své práci musí dbát dvou důležitých zásad: „Vyznat se v problematice a být schopen nehodnotit a nepředkládat hotová řešení.“ (Potřeby pečujících, 2009).

Pro oblast ošetrovatelství bývá uváděna jako nejpřínosnější *týmová supervize*. Týmová supervize nabízí efektivní možnost propojení všech tří funkcí supervize: podpůrné, vzdělávací i manažerské (administrativní). Má-li mít týmová supervize podpůrnou funkci, může skupina přispět k přívětivé a chápající atmosféře. „Supervidování tímto těží z reflexí, zpětné vazby a příspěvků svých kolegů“ (Hawkins, Shohet, 2004:132). Má-li mít týmová supervize vzdělávací funkci, může skupina nabídnout širší škálu životních zkušeností, které mohou být cennou inspirací pro členy týmu. Má-li mít funkci manažerskou, může tým spolupracovníků navzájem konfrontovat své postřehy, zjištěné klady či zápory implementovaných nařízeních, standardů kvality či pracovních postupů. „I týmy, které fungují velmi dobře, nepřipravují nějaké změny, nemají konkrétní potíže, potřebují pravidelně trávit určitý čas mimo tlak každodenní práce v přední linii, podstoupit a podívat se, jak individuálně a kolektivně fungují a jaký mají vztah s širším systémem, ve kterém působí.“ (Marková in Havrdová, Hajný, 2008:179).

„Pravidelná reflexe vlastní ošetrovatelské/klinické práce, která se během supervizního procesu odehrává v bezpečném, podpůrném a přátelském prostředí, je

nejlepším způsobem jak zvyšovat profesní dovednosti i kvalitu poskytované péče, jak účinně propojovat teoretické znalosti s konkrétní praxí. Je velmi účinnou prevencí syndromu vyhoření a účinným nástrojem udržení motivace pro vykonávání zdravotnického povolání. Osvícení manažeři by si toho měli být vědomi a měli by umožnit svým podřízeným dobrou supervizi přijímat a využívat její obrovský rozvojový potenciál.“ (Marková in Havrdová, Hajný, 2008:182).

#### 2.4.2.5.Vytváření přátelského a motivujícího pracovního prostředí.

Spokojenost sester úzce souvisí s oporou, kterou jim poskytuje pracoviště. Velmi záleží na jeho pozitivní atmosféře, kterou vytvářejí společnými silami všichni pracovníci. Strategie pro vznik takového pracovního prostředí mohou být následující:

- *Hra* – ačkoli práce na klinickém pracovišti je náročná a plná závažných situací, smysl pro humor a hru zde mohou najít své místo. Jednoduché a úsměvné hry, do kterých jsou zapojeni pacienti, odlehčí atmosféru nemocničního ticha a příjemně pozvednou náladu pacientů i personálu.
- *Zapojit rodinu do péče o pacienta* a nešetřit při tom povzbuzením a pochvalou. Milé slovo či úsměv potěší také spolupracovníky.
- *Být přítomen* – navzdory velkému množství rozmanitých povinností je důležité aktivně naslouchat nejen pacientům, ale i jejich rodinám a svým kolegům. Umocníme tím atmosféru důvěry a porozumění.
- *Pozitivní myšlení a postoje* – prokazatelně vylepšují každodenní náladu na pracovišti. Pozitivně ovlivňují vnímání jinak negativních jevů (vedlejší účinky léčby, obtěžující symptomy a složitá rozhodnutí (Medland, Howard-Ruben, Whitaker, 2004).

#### 2.4.2.6.Zjednodušení administrativní zátěže.

Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace dle vyhlášky č. 385/2006 Sb. Je právním dokumentem a její význam v procesu dokladování ošetřovatelské péče je nezpochybnitelný. Pro sestry však mnohdy představuje nadměrnou administrativní

zátěž, kterou zvládají na úkor času, jež by mohly jinak věnovat svým pacientům. Zjednodušení ošetrovatelské dokumentace a její racionalizace by pomohly sestřám nejen v úspoře časové, ale i v samotné orientaci v mnohdy nadbytečném množství formulářů a dokumentů.

Řešením mohou být tzv. *mapy péče*, kterými lze zcela nahradit dosavadní plány péče (obsahující ošetrovatelské diagnózy), mnohdy složité, nesrozumitelné a o skutečném zdravotním stavu pacienta málo vypovídající. Mapy péče definují standardní postup léčby a péče u jednotlivých diagnóz či diagnostických souborů. Jsou stručné a přehledné. Sestra nemusí celou péči plánovat, stačí jen zaznamenat odchylky od standardu, nebo-li komplikace, pokud k nim dojde. Je to proces mnohem rychlejší a efektivnější. Využity mohou být v jakémkoli oboru. V onkologii je lze vytvořit, např., pro aplikaci chemoterapie, implantaci intravenózního portu, brachyterapii, apod. Jedná se o velmi flexibilní nástroj, který používá přes 55% zdravotnických zařízení ve světě (Škrla, 2001).

„Zdravotnická dokumentace a výuka pacienta/rodiny jsou zúčelněny. Sestřám mapy péče pomáhají nahradit vypracovávání individualizovaného plánu ošetrovatelské péče nebo zdlouhavé denní zápisy o průběhu péče“ (Škrla, Škrlová, 2003:204).

Významnou předností map péče je jejich interdisciplinární charakter. Obsahem není pouze ošetrovatelská problematika, ale také lékařské intervence, dietní opatření či fyzioterapie, je-li indikována. Na jejich tvorbě se podílí celý tým a ten s nimi pak průběžně pracuje. Častá samoučelnost ošetrovatelské dokumentace, kdy v praxi dochází k tomu, že ji lékaři nechtou, nebo dokonce ani neznají, je tímto zcela odstraněna. Systém map péče předurčuje skutečnou týmovou spolupráci všech členů zdravotnického týmu. „Mapy péče podporují spolupráci a koordinaci péče tím, že minimalizují její fragmentaci“ (Škrla, Škrlová, 2003:203).

Mapy péče zaručují efektivnost a úsporu nákladů. Popisují standardizovaný přístup k léčbě a péči o pacienta s danou diagnózou či skupinou diagnóz. Dojde-li k odchylce, např. infekční komplikace a nutnost nasazení antibiotik, je tato přehledně zaznamenána a okamžitě řešena. Pacienti se závažnými odchylkami od předpokládaného průběhu léčby mohou být cíleně vyhledáváni a předáni *case manažerovi* (manažerovi případů). Ten spolupracuje se všemi členy ošetřujícího týmu, přebírá odpovědnost za kontinuitu péče

medicínsky náročných pacientů a dbá na efektivní využívání dostupných zdrojů tak, aby se tito pacienti co nejdříve stabilizovali a zařadili do standardní skupiny pacientů. Podílí se na managementu plánovaného propouštění, který je součástí map péče, a tím významně zkracuje dobu hospitalizace.

Management plánovaného propouštění pacientů nachází významné uplatnění v onkologii. Onkologičtí pacienti podstupují zdlouhavou a náročnou léčbu, která často způsobuje poruchu soběstačnosti různého rozsahu. Pacienti s pokročilým onkologickým onemocněním mohou zůstat zcela nesoběstační. Zajištění kontinuity péče, aktivní spolupráce s pacientem a s jeho rodinou, řešení sociální situace již od počátku hospitalizace jsou prioritami v zajištění konečného cíle propouštěcího plánu – spokojenosti pacienta.

„Mapy péče představují racionální a elegantní přístup k problému rapidně a nekontrolovatelně narůstajících nákladů. Umožňují nový pohled na plán péče, chrání lékařský a ošetrovatelský personál od devastujících následků soudních sporů. Při jejich použití je takřka nemožné opomenout kterýkoliv důležitý aspekt péče a veškeré intervence jsou jasně a přesně dokumentovány. Mapy péče podporují týmovou atmosféru, takže dochází ke změně termínu 'můj pacient' na 'náš pacient'“ (Škrla, Škrllová, 2003:206).

#### 2.4.2.7. Zavedení primárních sester.

Pozice primární sestry je uplatněna především na lůžkových odděleních, kde významně přispívá k zajištění kontinuity péče, k podpoře komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky a k efektivitě ošetrovatelského procesu. Věnuje se pacientovi od příchodu na oddělení až k jeho dimisi, doprovází jej na vyšetření, dle přání může být přítomna operace, edukuje pacienta i rodinné příslušníky, je oporou a styčným bodem člověku během celého, často jinak odosobněného, procesu hospitalizace. Při propuštění vybaví pacienta informacemi o léčebném režimu, předá mu potřebné dokumenty a zajistí jeho doprovod. Upozorní jej také na datum kontroly či dalšího vyšetření.

V rozpisu služeb má jednosměrný provoz a bývá přítomna každý pracovní den na ranní směnu. Úzce spolupracuje se všemi členy týmu a se staniční sestrou, která má úlohu

koordinátorky, zajišťuje mezioborovou spolupráci, objednávky léků a materiálu, je v kontaktu s ekonomickou i administrativní složkou nemocnice a dalšími zařízeními ve zdravotní i sociální sféře (Kubečková, 2000). Ze zmíněného schématu je patrné, že primární sestra přebírá záštitu nad přímou ošetrovatelskou péčí a významně tím pomůže staniční sestře, která může získaný prostor využít pro management a řízení na svém oddělení.

## **3. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1. Oblast výzkumu**

Předmětem empirické části diplomové práce je výzkumné šetření realizované ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Hlavními tématy jsou pracovní zátěž onkologických sester a složky jejich motivace. Výstupem realizované mikrostudie v rámci jednoho regionu je návrh optimalizace profesní podpory onkologických sester ve vztahu k jejich psychické i fyzické pracovní zátěži s cílem zvýšit jejich pracovní spokojenost, minimalizovat stresové faktory a sekundárně pozitivně ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

#### **3.1.1. Konceptuální rámec**

Poznatky a informace zjištěné během výzkumného šetření jsem podrobila analýze z pohledu řízení.

### **3.2. Cíle výzkumu a výzkumné metody**

#### **3.2.1. Cíle výzkumu**

- Identifikovat pracovní zátěž onkologických sester ve FN v Hradci Králové.
- Určit stávající formy profesní podpory ošetrovatelského personálu na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.
- Zjistit spokojenost onkologických sester na pracovišti a saturaci jejich potřeb.
- Porovnat způsoby a formy profesní podpory onkologických sester ve FN HK s jinými onkologickými pracovišti v České republice.

#### **3.2.2. Výzkumné metody**

- pilotní studie – strukturovaný dotazník s otevřenými otázkami
- rozhovory – vyhodnocení výsledků a jejich interpretace pomocí kvalitativní metody *zakotvené teorie*



- vlastní pozorování
- dotazování pomocí e-mailu
- studium dokumentů – tištěné zdroje, internetové zdroje

### **3.3. Účel výzkumu a výzkumná otázka**

#### **3.3.1. Účel výzkumu**

Účelem výzkumu je zachytit realitu profesního života všeobecných sester, které pracují na Klinice onkologie a radioterapie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Kombinací kvalitativních metod sběru dat definovat organizační kulturu a postoje sester vůči své profesi. Postihnout vliv náročné profese na osobní životy jednotlivých sester; zjistit, jaké možnosti podpory ve své profesi by sestry uvítaly a jaká je podpora stávající? V rámci reciprocity bych ráda zjištěné informace využila pro optimalizaci pracovních podmínek informantek.

#### **3.3.2. Výzkumná otázka**

##### 3.3.2.1. Hlavní výzkumná otázka

Jaká je realita profesního života onkologických sester ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové?

##### 3.3.2.2. Výzkumné podotázky

*Jaká životní cesta sestry k profesi a oboru přivedla?*

*Jaká specifika obnáší práce všeobecných sester na onkologii?*

*Jak onkologie sestry ovlivnila?*

*Jak dokáží sestry skloubit náročné povolání s osobním a rodinným životem?*

*Jaká je organizační kultura pracoviště?*

*Jakou podporu zaměstnavatele ve své profesi sestry mají?*

*Jakou podporu zaměstnavatele ve své profesi by si sestry přály mít?*

*Jak onkologické sestry vnímají své postavení ve společnosti, ( v očích neodborné i odborné veřejnosti )?*

### **3.4. Metodologie výzkumu**

#### **3.4.1. Plán výzkumu**

Pro svůj výzkumný projekt jsem zvolila kombinaci přístupů *případové studie* a *akčního výzkumu*. Detailním zkoumáním několika případů jsem porozuměla jiným a podobným. Využila jsem metodologie tzv. *kolektivní případové studie*. Sledováním více případů jsem získala vhled do problematiky, kterou jsem posléze zasadila do širšího kontextu v konfrontaci s dostupnou literaturou (viz teoretická část).

Téma výzkumu vzešlo z praxe onkologických sester. S nadsázkou bych mohla glosovat: „*Se sestrami o sestrách*“. Metodou akčního výzkumu jsem mohla zůstat na půdě praxe a proces výzkumu pojmut za proces učení a návrhu změny. Přála bych si, aby výzkum byl živým organismem a jeho výsledky a zjištění byly v praxi využitelné.

K realizaci výzkumného šetření jsem získala souhlas od vedení Kliniky onkologie a radioterapie FN v Hradci Králové.

#### **3.4.2. Výběr cílové populace**

Informantky jsou všeobecné sestry pracující na Klinice onkologie a radioterapie FN v Hradci Králové. Pro realizaci pilotní studie (dotazníkové šetření) jsem oslovila všechny onkologické sestry kliniky. Pomocí strukturovaného dotazování, které bylo anonymní, jsem získala základní informace o tématu.

Pro rozhovory jsem pokračovala metodou tzv. *teoretického výběru*. Z jednotlivých rozhovorů jsem získala konkrétní údaje. Během procesu jejich kódování a analýzy jsem se rozhodovala, zda je třeba pokračovat ve sběru nových dat, a nebo je vzorek informantek nasycen. Sběr dat byl řízen vznikající teorií. Shromažďování dalších informací jsem ukončila po dosažení teoretické saturace.

Informantky, které poskytly rozhovor, byly klíčovými, neboť jimi sdělené informace jsou detailní.

### **3.4.3. Rizika při sběru dat a jejich interpretaci**

Moje osoba, v roli výzkumnice, je součástí pracovního kolektivu kliniky. Tato skutečnost s sebou nese výhody i nevýhody pro výzkumné šetření. Výhodou sledávám možnost detailní introspekce pracovního prostředí a kultury organizace, vlastní zkušenosti a prožitky nabyté každodenní prací. Nevýhodou zůstává riziko subjektivity, která může ovlivnit interpretaci výsledků výzkumu, aniž bych si toho byla vědoma. Dalším pravděpodobným rizikem je skutečnost, že se v rámci rozhovorů nemusím dozvědět celé informace. Věřím však, že tímto fenoménem nebudou výsledky případových studií znehodnoceny. Pojistkou je pečlivý popis metodologických a koncepčních úvah a snaha o verifikaci výsledků nebo jejich vyvrácení metodou tzv. *triangulace*, nebo-li kombinací různých zdrojů a způsobů získávání dat.

### **3.4.4. Metody sběru dat**

Sběr dat proběhl v režii tzv. *metodologické triangulace*. Kombinací více metod sběru dat usiluji o dosažení větší hodnověrnosti (*dependability*) výsledků výzkumu. Celý proces výzkumu byl iniciován v prosinci roku 2008 zahájením diagnostiky organizace. Během procesu diagnostiky jsem studovala klíčové dokumenty informující o personální politice FN HK a řízení lidských zdrojů. Uskutečnila jsem rozhovor s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie (květen roku 2009) a vyhodnotila jsem údaje zjištěné z pilotního dotazníkového šetření. *Dotazníkovým šetřením* (květen-červen 2009), jsem oslovila všechny onkologické sestry kliniky (40 sester). Návratnost dotazníků čítá 62,5%. Strukturovaný dotazník obsahuje několik otevřených otázek, jejichž zodpovězením jsem získala základní rámeček pro identifikaci potřeb sester pracujících na onkologii ve FN HK.

Závěrečnou fází výzkumného šetření byly rozhovory s vybranými informantkami, které jsem vedla od března do května roku 2010. Zvolila jsem metodu *semistrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami*. Důvodem volby semistrukturovaného rozhovoru bylo přesné zacílení tématu rozhovoru. Rozhovor byl

zaznamenáván na diktafon, a poté uložen v autentické verzi na disk MP3. (Vzhledem k respektování anonymity informantek není zvukový záznam k diplomové práci přiložen. Sloužil jen pro moji potřebu analýzy dat).

Využila jsem také metody *skupinové diskuse*. Výhodou byla menší časová náročnost, kdy během jednoho sezení jsem získala informace a názory od dvou informantek najednou. Dvoučlenné skupinky byly homogenního charakteru, což favorizovalo uvolnění atmosféry a proudu jednotlivých názorů. Metoda skupinové diskuse přispěla také k verifikaci sdělených výpovědí tím, že ji provedly samotné informantky již během interakce.

K přiblížení prostředí realizovaného výzkumu jsem využila metody *zúčastněného pozorování*. Hlavním prostředkem byly terénní poznámky, jež naplnily podobu terénního deníku. Databanka poznámek sloužila ke konfrontaci výsledků výzkumu s vlastními zkušenostmi výzkumníka v rámci jejich *verifikace*.

Další verifikující metodou bylo studium dokumentů v rámci procesu diagnostiky organizace, které pojednávají o činnostech Fondu kultury a sociálních potřeb zaměstnanců, zaměstnaneckých benefitech a řízení lidských zdrojů ve FN HK.

Souběžně s procesem realizace rozhovorů jsem oslovila vybrané vrchní sestry onkologických pracovišť v České republice prostřednictvím elektronické pošty (březen 2010). Cíli přímého dotazování v elektronických dopisech byly informace o motivačních složkách onkologických sester v jiných zdravotnických zařízeních. Oslovila jsem celkem 15 vrchních sester, avšak zpět jsem obdržela pouze tři elektronické dopisy s odpověďmi. Očekávala jsem, že spolupráce s oslovenými vrchními sestrami bude fungovat ve větší míře a že její výstupy poskytnou zajímavá srovnání možností profesní podpory sester mezi jednotlivými onkologickými pracovišti. Odpovědi tří vrchních sester jsou v empirické části práce prezentovány.

Důležitou fází výzkumu bylo *studium dokumentů*. Konkrétní informace o řízení lidských zdrojů a motivaci zaměstnanců ve FN HK jsem čerpala především z intranetových stránek, z kolektivních smluv a z vnitřních předpisů organizace. Obecné informace o profesi onkologických sester, o charakteru jejich pracovní zátěže a o důležitých motivačních složkách směřujících k jejich plné pracovní spokojenosti jsem získávala

četbou tištěných publikací a výzkumných zpráv, převážně zahraničních autorů. V České republice zatím není toto téma uceleně zpracováno. Velkou pomocí v hledání dostupných zdrojů mi byly tři řešerše, které jsem nechala vypracovat v Národní lékařské knihovně v Praze, ve Státní vědecké knihovně v Hradci Králové a v Lékařské knihovně UK v Hradci Králové. Vybrané publikace jsem poté získávala prostřednictvím mezinárodní elektronické databáze EBSCO. Zjištěné informace jsou obsahem teoretické i empirické části diplomové práce.

### **3.4.5. Analýza dat**

Data, získaná z rozhovorů, jsem podrobila analýze dle metody tzv. *zakotvené teorie* (verze Strauss, Corbinová, 1990, 1999). Analytická činnost zakotvené teorie spočívá v tzv. *teoretickém kódování*. Jednotlivé segmenty získaného materiálu jsem tematicky rozkódovala, a pojmy přiřadila k jednotlivým kategoriím (*otevřené kódování*). Pomocí *dimenzionalizace* jsem upřesnila vlastnosti stanovených kategorií a tím umožnila další analýzu – jejich neustálé porovnávání. Případy vzájemně podobné, ale s různými hodnotami výstupů, jsem porovnávala s cílem nelézt původ rozdílnosti. U podobných případů, jež měly stejné hodnoty výstupů, jsem zkoumala, za jakých podmínek si jsou všechny podobné, aby byla zjištěna jejich možná společná příčina. Zvažovala jsem příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy, které ovlivňovaly jednotlivé kategorie. Pro jejich znázornění jsem použila *axiální kódovací paradigma* (*axiální kódování*). Ústředním bodem vznikající teorie se staly tzv. *hlavní kategorie*, tj. hlavní témata, která jsem identifikovala integrací všech témat a kategorií (*selektivní kódování*) (Hendl, 2008).

Během celé analytické práce s daty jsem zpracovávala poznámky, které obsahovaly mé vlastní úvahy o datovém materiálu. Poznámky jsem si pravidelně pročítala, seřazovala je podle témat a ve finále jsem přihlížela k jejich obsahu při formulaci teorie.

Výstupem analytických procesů je teorie, zakotvená v realitě.

## **3.5. Diagnostika organizace**

### **3.5.1. Představení organizace**

Fakultní nemocnice v Hradci Králové patří mezi největší nemocnice v ČR. Svým počtem zaměstnanců, blížícím se čtyřem tisícům, je zároveň největším zaměstnavatelem v Královéhradeckém kraji. Její historie se začala psát od roku 1887. Původní nemocnice se velmi rychle rozvíjela. Nedostatek lékařů po 2. Světové válce inicioval vznik Lékařské fakulty v Hradci Králové roku 1945. Tehdejší okresní nemocnice získala statut nemocnice fakultní. Roku 1951 byla založena Vojenská lékařská akademie a činnost civilní lékařské fakulty byla do roku 1958 přerušena. Od roku 1958 obě fakulty koexistují a tradice spolupráce nemocnice s armádou dodnes trvá. Původní krédo zakladatelů nemocnice má zachovánu svoji hloubku myšlenky i aktuálnost: „*Blaho nemocných budiž každému nejvyšším příkazem*“ (Historie FN HK, s.d.).

Současným trendem FN HK je **program kvality**, který byl iniciován roku 1993. V letech 2002/2003 nemocnice nově definovala postup pro zlepšování kvality zdravotní péče na základě akreditačních standardů Spojené akreditační komise České republiky (SAK ČR). Ve FN HK byla vytvořena reprezentativní *Rada kvality*, která svým složením pokrývá zdravotnické i nezdravotnické úseky a je poradním orgánem ředitele nemocnice. Bylo ustaveno *Centrum kvality péče*, které je obsazeno kvalifikovanými vysokoškoláky s prokazatelnými zkušenostmi v oblasti zavádění kvality. *Rada kvality pro ošetrovatelskou péči* je poradním orgánem hlavní sestry. Podílí se na tvorbě ošetrovatelských standardů a provádí vnitřní ošetrovatelské audity. FN HK má zavedeny a využívá organizační standardy lékařské péče a ošetrovatelské péče, další odborné lékařské standardy (celkový počet 200) a ošetrovatelské standardy (celkový počet 400, z toho 250 obecných pro celou FN HK a 150 oborových). Je zavedena jednotná lékařská i ošetrovatelská dokumentace.

#### **Roku 2008 FN HK získala akreditaci od SAK ČR.**

Pro kontinuální řízení a zlepšování kvality péče FN HK definovala čtyři priority a cíle:

1. Orientace na pacienta.
2. Orientace na efektivní vynakládání prostředků na zdravotní péči.
3. Orientace na spolupráci s Lékařskou fakultou v Hradci Králové, na spolupráci se Střední a Vyšší zdravotnickou školou v Hradci Králové.
4. Orientace na spokojené zaměstnance (Program kvality FN HK, s.d.).

**Klinika onkologie a radioterapie** ve FN HK získala statut komplexního onkologického centra, kterých je v ČR celkem 13.

Své kořeny má v původní Radiologické klinice FN HK, v jejímž čele stál prof. MUDr. Jan Baštecký, DrSc. (1899-1979) od roku 1947. Profesor Baštecký, rentgenolog světového formátu, byl jedním z posledních odborníků, kteří obsáhli současně radiodiagnostiku, radioterapii a nukleární medicínu. Ve druhé polovině osmdesátých let 20. století vzniklo samostatné Odd. klinické onkologie pod vedením primáře MUDr. Jiřího Kubíčka, CSc. Klinická onkologie a radiologie byly dvěma nezávislými celky, které kooperovaly a fungovaly paralelně. Roku 1991 došlo k oddělení radioterapie od radiodiagnostiky a vzniká samostatná klinika. V polovině 90. let 20. století vzniká Klinika onkologie a radioterapie, jejímž sídlem je od roku 1997 nově vystavěný Bašteckého pavilon ve FN HK (Klinika onkologie a radioterapie, s.d.).

Komplexní onkologická péče je poskytována pacientům prostřednictvím třech samostatných pracovišť kliniky, která vzájemně spolupracují: ozařovny, ambulance s chemoterapeutickým stacionářem a lůžková část. O pacienty se na klinice stará celkem 26 lékařů, 41 všeobecných sester, 17 radiologických asistentů, 4 biofyzici, 13 sanitářek, 8 sanitářů.

### **3.5.2. Základní vymezení oblastí pro diagnostikování**

- Ø Stávající podpora onkologických sester v rámci FN HK.
- Ø Stávající podpora onkologických sester v rámci Kliniky onkologie a radioterapie FN HK.
- Ø Pohled onkologických sester na svoji profesi, jejich potřeby, názory, hodnoty.

### 3.5.3. Zkušenosti organizace s diagnostikou v rámci zvolené oblasti pro diagnostiku

Mezi čtyři, výše zmíněné priority FN HK, patří *orientace na spokojené zaměstnance*. Vytyčeny byly v roce 2008 v souvislosti s přihlášením nemocnice k akreditačnímu řízení SAK ČR.

Roku 2005 proběhlo celoplošné dotazníkové šetření s cílem oslovit co největší počet zaměstnanců FN HK. Účelem šetření bylo zmapovat obecnou míru spokojenosti pracovníků a jejich klíčové postoje, které určují pracovní chování. Dotazník byl anonymní, nicméně, každý respondent v úvodu vyznačil svoji věkovou skupinu, délku zaměstnání ve FN HK, pohlaví, a pracovní zařazení. Názory všeobecných sester tak bylo možné identifikovat.

Otázky v dotazníku (celkem 46) byly uspořádány do osmi skupin: *Obsah práce, funkčnost pracovního kolektivu, vzdělávání a profesní růst, pracovní podmínky a vybavenost pracoviště, odměňování, postoje k zaměstnavateli, péče o zaměstnance a fluktuace ve FN*. Průzkumu se zúčastnilo 698 respondentů, což představovalo 17, 35% všech zaměstnanců nemocnice (Průzkum spokojenosti zaměstnanců, 2005).

Výsledky šetření spokojenosti zaměstnanců byly projednány na poradě vedení, průzkum byl hodnocen pozitivně a inicioval další šetření. Roku 2007 byla spokojenost zaměstnanců ve FN HK mapována znovu. Jednotlivé okruhy a bloky otázek byly podrobněji rozebrány a připraveny tak, aby mohla být zmapována nejen spokojenost zaměstnanců vcelku, ale i z jednotlivých pracovišť.

Výsledky obou průzkumů byly podrobně analyzovány a zveřejněny na intranetu FN HK. Ředitel FN HK, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., se rozhodl provést otevřenou diskusi na téma: *“Spokojenost zaměstnanců ve FN HK”*. Formou společného briefingu se zaměstnanci reagoval na výsledky průzkumu a zodpovídal konkrétní otázky.

Dle výběru nejčastějších volných připomínek všeobecných sester v prvním i druhém dotazníkovém šetření (Tab. 1, 2) je zřejmé, že palčivými problémy zůstávají:



Ø **Nedostatek sester**

**Tabulka 1. Volné připomínky všeobecných sester k tématu nedostatku sester.**

<i>Volné připomínky</i> rok 2005	<i>Volné připomínky</i> Rok 2007
<p>1. Neustálé snižování SZP.</p> <p>2. Považuji za velmi alarmující nedostatek PZP, NZP a SZP na oddělení; stav vede k nadměrnému zatěžování personálu, který práci vykonává v časové tísní a stresu, situace se stávají denní záležitostí.</p> <p>3. Nejvíce mě stresuje malý počet zdrav. sester na pracovišti, hodně pacientů a služby, kdy sloužíme s absolventkou.</p>	<p>1. Co se týče personálu, jeho počet je malý; na práci v provozu by měly přibývat sestry úměrně s nároky, které jsou na ně kladeny.</p> <p>2. Neustálý problém, mnoho práce, málo sester; enormní fyzické a psychické zatížení.</p> <p>3. Více pomocného personálu při stále snižujícím se počtu sester.</p>

*Zdroj: Intranet FN HK, [cit. 10.08.2009].*

## Ø Vysoká pracovní zátěž a nasazení

**Tabulka 2. Volné připomínky všeobecných sester k tématu vysoké pracovní zátěže a nasazení.**

<i>Volné připomínky</i> rok 2005	<i>Volné připomínky</i> Rok 2007
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Velká pracovní zátěž sester.</li><li>2. Nedostatek volna – přesčasy.</li><li>3. Málo sester, neustále jsme v práci, velmi náročné oddělení, neodpovídá standardu, náročné jak fyzicky, tak psychicky.</li><li>4. Vzpomínám na dobu, kdy jsem více hovořila s lidmi a nebyla jsem pod takovým tlakem papírování.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Obsah práce – psychická zátěž. Od FN očekávám větší propagaci vlastních úspěchů směrem k veřejnosti a větší osvětu mezi pacienty a jejich příbuznými o možnostech zdravotnictví a zdravotníků. Veřejnost je masírována médii neobjektivně o práci zdravotníků, má požadavky někdy naprosto neadekvátní a nesplnitelné, ovlivněné zřejmě některými televizními seriály a rádoby investigativními pořady z oblasti zdravotní a sociální péče.</li></ol>

*Zdroj: Intranet FN HK, [cit. 10.08.2009].*

V mezidobí výše zmíněných šetření spokojenosti zaměstnanců, roku 2006, proběhl dotazníkový průzkum týkající se zájmu o možnost zaměstnání žen – matek při pobírání rodičovského příspěvku a zájmu o využití mateřské školy v areálu FN HK.

Dotazník nebyl anonymní. Byl odeslán všem 403 zaměstnankyním – ženám FN HK, které byly v době šetření na mateřské nebo rodičovské dovolené. Převahu mezi respondentkami měly zaměstnankyně v kategorii NLP, tj. všeobecné sestry a laborantky.

Návratnost představovala 62,3 %, tj. 251 vyplněných dotazníků (Průzkum spokojenosti zaměstnanců, 2006).

Roku 2008 byl realizován pilotní celostátní průzkum s názvem “NEMOCNICE ČR 2008 – Spokojenost zaměstnanců”. Firma HealthCare Institute vyhodnotila 97 nemocnic v ČR, z nichž se FN HK umístila celkově na 6. místě mezi fakultními nemocnicemi a na 1. místě v rámci Královéhradeckého kraje. Své mínění vyjádřilo celkem 293 respondentů – zaměstnanců FN HK, z toho 207 žen a 86 mužů.

Výsledkem celostátního průzkumu byla identifikace několika problémových oblastí ve spokojenosti a motivaci zaměstnanců českých nemocnic. Interní šetření průzkumu spokojenosti zaměstnanců prováděná ve FN HK výsledky celostátního zjištění potvrzují.

Identifikované rezervy zahrnují:

Ø **Rezervy ve zvyšování spokojenosti zaměstnanců**

- komunikace se zaměstnanci klinického a správního útvaru
- nefinanční motivace personálu

Ø **Provoz a hospodaření nemocnice**

- hospodárnost při nakupování služeb a produktů
- plánování provozu nemocnic a systému řízení

Ø **Rezervy ve zvyšování spokojenosti pacientů**

- chování personálu k pacientům
- provádění lékařských a ošetrovatelských výkonů
- kvalita stravy pro pacienty (Průzkum spokojenosti zaměstnanců, 2008).

HealthCare Institute následně poskytl dostatek strategických informací pro návrhy a doporučení v oblasti dalšího zlepšování kvality poskytované zdravotní péče o pacienty.

Roku 2009 zařadilo vedení FN HK mezi své priority v personální politice sledování příčin fluktuace a odchodu nelékařských zdravotnických pracovníků – především zdravotních sester z klinických pracovišť. Odůvodněním tohoto záměru jsou: Nedostatek

sester na trhu práce, vysoké nároky na povolání sestry, snižující se počet zájemkyň z řad sester o práci ve FN HK a odcházející pracovníci.

Vlastní šetření proběhlo anonymně pomocí dotazníku, který odcházející pracovník obdržel na personálním oddělení a vyplnil jej při vyřizování výstupních formalit. Cílem bylo identifikovat, ze kterých klinik a pracovišť pracovníci nejvíce odcházejí, jaké mají osobní postoje, názory a důvody, proč odcházejí?

Ve sledovaném období 1 – 6/2009 byla fluktuace 46 osob z 21 klinik, z toho 15 jich mělo specializační vzdělání v oboru. Návratnost dotazníků byla 43, 48 %, tj. 20 respondentů ze 16ti klinik. Nejvyšší průměrné bodové skóre jako důvod pro odchod z FN HK získala *náplň práce* s indexem 3,4.

Ve sledovaném období 7 – 12/2009 byla fluktuace 57 osob z 31 klinik, z toho jich mělo 8 specializační vzdělání v oboru. Návratnost dotazníků byla 47,37%, tj. 27 respondentů ze 16ti klinik. Nejvyšší bodové skóre jako důvod pro odchod z FN HK získala opět *náplň práce*, tentokrát s indexem 4.

Dalšími uváděnými důvody odchodu byly psychická a fyzická zátěž, mezilidské vztahy na pracovišti, výše platu a okolnosti mimo FN HK, (rodinné důvody, lukrativnější zaměstnání, stěhování).

Celková fluktuace nelékařského zdravotnického personálu ve FN HK dosáhla v roce 2009 výše 5,16%, což je méně než v roce 2008 (6,05%) (Průzkum spokojenosti zaměstnanců, 2009). Domnívám se, že rok 2010 nepřinese v této oblasti žádné významné změny. Přesto, že nejsou pracovní podmínky nelékařského personálu ve FN HK ideální, (zejména počty jednotlivých kategorií personálu a jejich finanční ohodnocení), stále patří zaměstnanci FN HK k dlouhodobě velmi dobře odměňovaným jak v rámci Sdružení fakultních nemocnic, tak v rámci ostatních zdravotnických zařízení Královéhradeckého kraje.

Detailní informace o spokojenosti zaměstnanců a organizační kultuře jednotlivých pracovišť/klinik získává vrcholový management FN HK každoročním *hodnocením zaměstnanců*.

V rámci naplnění obsahu směrnice *Pracovní hodnocení a plán osobního rozvoje zaměstnanců* probíhá jednou za rok hodnocení zaměstnanců nemocnice. Jeho nová podoba vyžaduje oboustrannou a otevřenou komunikaci mezi hodnoceným zaměstnancem a jeho přímým nadřízeným, který záznam hodnocení pořizuje. V rámci neformálního pohovoru se zaměstnancem získává vedoucí pracovník odpovědi na standardizované otázky v dotazníku. Jejich obsah zahrnuje spokojenost s náplní práce, spokojenost s pracovním výkonem, cíle a vize v rámci vlastního osobního rozvoje, spokojenost s pracovními podmínkami. Prostor zůstává pro poskytnutí vzájemné zpětné vazby a klasifikaci všech schopností zaměstnance jeho vedoucím. S výsledkem hodnocení je zaměstnanec podrobně obeznámen a vše stvrzuje svým podpisem. Prostor je též pro zpětnou vazbu vedoucímu pracovníkovi a pro vyjádření hodnocené osoby. Výsledky hodnocení obdrží management jednotlivých klinik a vrcholový management FN HK. Důsledkem hodnocení je spravedlivé ocenění výkonu – odměňování (Vnitřní předpisy FN HK. SM\_8/MET\_6, 2008).

#### **3.5.4. Metodologie diagnostiky**

Při sběru dat a informací jsem postupovala kombinací několika metod:

- Ø Pozorování – využila jsem možnosti každodenního přímého kontaktu s informantkami, pozorovala jsem je při práci, byla jsem svědkem jejich “*dobrych i špatných*” dnů. Jejich pracovní prostředí a jeho kultura jsou zároveň mými.
- Ø Studium dokumentů – prostudovala jsem legislativu spojenou s finančním odměňováním všeobecných sester a její současnou novelizaci, získávala jsem mnohé informace o organizaci z internetových zdrojů, studovala jsem vnitřní předpisy týkající se péče o zaměstnance.
- Ø Rozhovor – vedla jsem rozhovor s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie.
- Ø Kvalitativní dotazníkové šetření – získávala jsem informace od všeobecných sester, zaměstnaných na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.

### 3.5.5. Vzájemná očekávání

Po konzultaci diagnostického plánu (Příloha 3) s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie bylo zřejmé, že je mému záměru nakloněna a shledává v diagnostice zvolené oblasti pozitiva. Obdobně reagovaly také onkologické sestry, když jsem jim představila obsah dotazníkového šetření.

### 3.5.6. Sběr dat

Sběr dat proběhl tak, abych získala informace ke všem vytyčeným oblastem pro diagnostiku:

- Ø Stávající podpora onkologických sester v rámci FN HK - vnitřní předpisy a dokumenty, legislativa.
- Ø Stávající podpora onkologických sester v rámci Kliniky onkologie a radioterapie FN HK - management Kliniky onkologie a radioterapie, onkologické sestry pracující na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.
- Ø Pohled onkologických sester na svoji profesi, jejich potřeby, názory, hodnoty - onkologické sestry pracující na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.

### 3.5.7. Prezentace zjištěných informací

#### 3.5.7.1. Stávající podpora onkologických sester v rámci FN HK

→ **Vnitřní předpisy a dokumenty, legislativa.**

**Metoda:** Studium dokumentů

- Odměňování zaměstnanců FN HK

FN HK je státní instituce, která své zaměstnance odměňuje platy, jejichž výše se řídí zákoníkem práce a prováděcími předpisy:

- Nařízením vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě č. 564/2006 Sb. v platném znění.
- Nařízením vlády o nejnižší úrovni zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě ve ztíženém pracovním prostředí č. 567/2006 Sb. v platném znění.
- Nařízením vlády o způsobu výpočtu základní částky, která nesmí být sražena povinnému zaměstnanci z měsíční mzdy při výkonu rozhodnutí a stanovení částky, nad kterou je mzda postižitelná srážkou dle nařízení vlády č. 595/2006 Sb. v platném znění (Kolektivní smlouva, 2009-2010).

Meziroční nárůst průměrného hrubého měsíčního výdělku celkem v roce 2009 dosáhl 3,52%, z toho u NLP 3,79% (Kolektivní smlouva, 2009-2010). Onkologickým sestřám náleží ze zákona příplatek za práci ve ztíženém pracovním prostředí – 500 Kč měsíčně a zvláštní příplatek za onkologii – 800 Kč měsíčně. Pracují-li ve třísměnném a nepřetržitém provozu – 550 Kč měsíčně.

Nenárokovou složkou platu je osobní příplatek. Jeho výše závisí na platové třídě, profesním zařazení, výsledku hodnocení zaměstnance a především na výsledku hospodaření FN HK. Nezávisle na výsledcích hospodaření, obdrží NLP a POD 900 Kč měsíčně, pokud slouží ve třísměnném provozu (Kolektivní smlouva, 2009-2010).

Vlivem ekonomické krize, která je aktuálním a celosvětovým tématem, došlo k úpravám hmotné zainteresovanosti pracovníků FN HK. Změny definuje dodatek č. 2 ke Kolektivní smlouvě platné od 1.4. 2009 do 31.3. 2010. Pro sestry došlo k celkovému snížení o 890 Kč měsíčně. Z toho byl snížen osobní příplatek pro pracovníky sloužící ve třísměnném provozu z 900 Kč na 570 Kč a osobní příplatek sester JIP/ARO z 1 500 Kč na 940 Kč. Onkologické sestry přišly o první ze zmíněných výší příplatků, tj. o 330 Kč měsíčně. Další změny ve hmotné zainteresovanosti postihly také lékaře a ostatní pracovníky nemocnice. Vše bylo provedeno za účelem dosažení 0% nárůstu průměrného měsíčního platu u všech kategoriích zaměstnanců FN HK v roce 2010 proti roku 2009 (Dodatek č. 2 Kolektivní smlouvy 2009-2010). Nulový meziroční nárůst průměrného hrubého měsíčního výdělku bude znovu projednán v srpnu roku 2010. Za předpokladu

vytvoření dostatku ekonomických zdrojů pro výplatu odměn se vedení FN HK zavazuje zvýšit mzdové prostředky pro všechny kategorie zaměstnanců formou plošné odměny ve druhé polovině roku 2010 (Kolektivní smlouva 2010-2011).

- Dodatková dovolená

Ředitel FN HK přiznává max. 5 kalendářních dnů dodatkové dovolené ročně na základě návrhu komise pro rizika. Onkologické sestry mají nárokovaných plných 5 dnů (Kolektivní smlouva 2009-2010).

- Fond kulturních a sociálních potřeb (FKSP)

Tvorba a používání FKSP a hospodaření s ním jsou upraveny vyhláškou MF ČR č. 114/2002 Sb. a č. 355/2007 Sb. ve znění pozdějších předpisů a Směrnici ředitele FN HK č. 66. Základní příděl, kterým je fond tvořen, činí 2% z ročního objemu nákladů zúčtovaných na platy a náhrady platů, popřípadě na mzdy a náhrady mzdy a odměny za pracovní pohotovost a dále na odměny a ostatní plnění za práci (Vnitřní předpisy FN HK. SM\_66, 2009).

Čerpání prostředků z fondu nelze právně nárokovat. O jeho možnostech rozhoduje délka pracovního poměru zaměstnance, výše úvazku, podíl zaměstnance na plnění úkolů, potřeba stabilizovat zaměstnance, rozpočet fondu, apod.

Prostředky z fondu mohou být použity pro tyto účely:

- příspěvky na provoz zařízení, která slouží kulturnímu a sociálnímu rozvoji zaměstnanců
- pořízení hmotného majetku
- půjčky na bytové účely
- stravování
- rekreace
- kultura, tělovýchova, sport
- výměnné akce
- sociální výpomoci a půjčky
- penzijní připojištění



- příspěvek odborové organizaci
- dary

Dle dodatku č. 3 ke Kolektivní smlouvě FN HK platné od 1.4. 2009 do 31.3. 2010 došlo k navýšení příspěvku na hlavní jídlo z FKSP o 4 Kč, z 11,02 Kč na 15,02 Kč (Dodatek č. 3 Kolektivní smlouvy 2009-2010).

### **Shrnutí:**

#### **Způsob, jakým jsou podporovány onkologické sestry v rámci FN HK:**

1. Jako všichni zaměstnanci FN HK – výše platu, možnost čerpání fondu FKSP
2. Zvýhodnění onkologických sester – finančně → +1.300 Kč měsíčně; dodatková dovolená v plné výši 5ti kalendářních dnů.

#### 3.5.7.2. Stávající podpora onkologických sester v rámci Kliniky onkologie a radioter. FN HK

→ **management Kliniky onkologie a radioterapie.**

#### **Metoda:** Rozhovor

Rozhovor jsem uskutečnila s vrchní sestrou kliniky. Byl zcela neformálním volným pohovorem nad tématem podpory onkologických sester. V rozhovoru byly diskutovány následující informace:

- Ø Důležitým prvkem je velmi dobrá spolupráce mezi přednostou kliniky, zástupci přednosta a vrchní sestrou. Management kliniky si plně uvědomuje náročnost práce onkologických sester a je jejich podpoře maximálně nakloněn. Jediným omezujícím faktorem jsou finance.
- Ø Fluktuace sester není závažná. V roce 2008 odešly 3 sestry z důvodu otevření nového oddělení kombinované interní a paliativní péče a ihned byly nahrazeny nově příchozími. V roce 2009 odešly 2 sestry. Odůvodněním jejich odchodu je touha po změně a příprava na plánované rodičovství. V letošním roce 2010 zatím odešly 3 sestry. Dvě odešly zcela mimo obor onkologii, třetí sestra byla

v důchodovém věku a zaměstnavatel jí odmítl prodloužit pracovní smlouvu. Uplatnění našla v jiném nestátním zdravotnickém zařízení.

Ø Počet sester byl navýšen díky kladně přijatému rozvojovému projektu pro paliativní péči. Náročnost ošetrovatelské péče neustále stoupá, důkazem je index tzv. ošetrovatelské kategorie hospitalizovaných pacientů<sup>7</sup>, který stoupl o 0,4 % za poslední dva roky. Díky moderní medicíně a novým možnostem léčby přibývá pacientů s chronickým onkologickým onemocněním. Potřeby paliativní léčby a péče jsou čím dál tím více aktuální. Nároky na zdravotnický personál stoupají. U pacientů je řešen souběh různých komorbidit, se svými problémy a komplikacemi se opětovně vracejí. Vyžadují nejen odborný přístup, ale také lidskost, trpělivost, čas a zájem ze strany personálu. Obdobně jsou na tom rodinní příslušníci, které známe díky opakovaným hospitalizacím jejich blízkých. V rozmezí let 2008 a 2009 získala klinika 4 celá tabulková místa pro všeobecnou sestru. Navýšení personálu proběhlo jak na lůžkových stanicích, tak na ambulancích a významně přispělo ke snížení počtu přesčasových hodin. Na lůžkových stanicích umožnilo navýšení sester posílit ranní a noční směny. (Dříve sloužila jedna sestra na 31 pacientů v noci sama)!

Ø V souvislosti s akreditačním procesem nemocnice došlo k enormnímu nárůstu administrativy. Administrativní činnost spojená s vedením ošetrovatelské dokumentace zabere v průměru 2 – 3 hodiny čistého času z osmi hodinové pracovní doby jedné sestře. Staniční sestry, které jsou zodpovědné za správné vedení ošetrovatelské dokumentace a za její kompletnost, musejí provádět tzv. výstupní kontrolu všech chorobopisů či ambulantních karet pacientů. Jejich řazení a důsledná kontrola vyžadovaly v průměru 3 hodiny denně z pracovní doby staničních sester. Velkou pomocí zejména jim byl nábor technicko hospodářských pracovnic (THP), které s kompletací a částí kontroly zdravotní dokumentace pomáhají nejen staničním sestřám, ale i lékařům.

---

<sup>7</sup> “Kategorie pacienta vyjadřuje zvýšenou náročnost ošetrovatelské péče poskytované pacientovi“ (Vyhláška č. 472/2009 Sb: Kapitola 6).

- Ø V současné době mají sestry ze zákona povinnost kontinuálně se vzdělávat (zákon č. 96/2004 Sb.). Jedině tak mohou být registrovány a obdržet licenci pro výkon povolání bez odborného dohledu. Vedení kliniky vzdělávání sester motivuje vlastními zajímavými semináři a finančně podporuje jejich účast na konferencích, seminářích či kurzech dle vlastního výběru. Vrchní sestra je organizátorkou Královéhradeckých onkologických ošetrovatelských dnů, které se v příštím roce dočkají již IV. ročníku.
- Ø Před 11ti lety byl vystavěn nový pavilon prof. Bašteckého, který poskytl zázemí nejen Klinice onkologie a radioterapie, ale i Odd. nukleární medicíny a Odd. klinické hematologie. Nové moderní prostředí poskytlo svůj komfort nejen pacientům, ale také zaměstnancům. Vedení kliniky se snaží pracovní podmínky svých kolektivů zaměstnanců vylepšovat a naslouchá jejich požadavkům. V roce 2008 obdržela všechna pracoviště kávovary a studánky na vodu.

### 3.5.7.3. Pohled onkologických sester na svoji profesi, jejich potřeby, názory, hodnoty

→ **onkologické sestry pracující na Klinice onkologie a radioterapie FN HK.**

**Metoda:** Strukturovaný dotazník s otevřenými otázkami

Dotazník byl koncipován tak, aby sestry neodradil, nýbrž navedl k vyprávění o své profesi, svých pocitech a potřebách. Měla jsem z této fáze diagnostiky obavy, neboť jistá přesycenost různými dotazníky, ať již od studentů či výzkumníků, v současné době existuje. Snažila jsem se otázky formulovat tak, aby navazovaly jedna na druhou a staly se pomyslnou nití, která informantky provede napříč vyprávěním.

Dotazníky jsem rozdala všem onkologickým sestřám ve FN HK, kromě vrchní sestry, tj. čtyřiceti. Návratnost byla 62,5%, tj. 25 vyplněných dotazníků. Dotazníkové šetření jsem koncipovala jako pilotní studii s cílem ověřit si zájem sester o zvolené téma a tím také smysluplnost celého výzkumného šetření. Dalším účelem písemného dotazování bylo

získání základního rámce témat, který mi byl inspirací pro další výzkum realizovaný formou rozhovorů.

V příloze č. 4. uvádím úplné znění všech 12ti otázek. Otázky jsou otevřené a odpovědi volné. Jednotlivé vyplněné dotazníky získaly podobu vyprávěného příběhu. Každý příběh je něčím výjimečný a jeho plná citace by překročila obsahové možnosti této práce. Po opakovaném pročitání jednotlivých odpovědí jsem našla společné jmenovatele, které vždy několik příběhů tematicky spojují. Ke každému segmentu otázek (1-12) cituji autentické odpovědi, které společné jmenovatele reprezentují (Příloha 4).

### **3.5.8. Analýza dat a zpětná vazba**

#### 3.5.8.1. Analýza dokumentů

- Odměňování zaměstnanců FN HK

Průměrná měsíční mzda všeobecných sester v Královéhradeckém kraji byla vyhodnocena částkou 27 140 Kč (rok 2008). Tato částka je nejvyšší v porovnání s ostatními kraji ČR. Pro srovnání uvádím nejnižší průměrný měsíční plat všeobecných sester v ČR. Je jím částka 20 840 Kč v Libereckém kraji. Vycházíme-li z průměrného měsíčního výdělku v ČR obecně (24 282 Kč) můžeme říci, že sestry v Královéhradeckém kraji mají platy nadprůměrné (+ 2. 858 Kč) (MZČR, 2009).

Z výsledků pozorování, realizovaném na Klinice onkologie a radioterapie ve FN HK, vím, že sestry si jsou dobré úrovně svých platů vědomy. To, co je tíží, jsou platové nerovnosti v rámci vlastní instituce. Zejména své platy srovnávají s platy sester pracujících na JIP, ARO a operačních sálech. Diskuse se týkají výše osobních příplatků a nyní také výše tarifního platu.

Kromě příplatku za ztížené pracovní prostředí a zvláštního příplatku JIP/ARO, byly sestry intenzivní a perioperační péče zvýhodněny zvláštním osobním příplatkem ve výši 1

500 Kč měsíčně (nyní jen 940 Kč)<sup>8</sup> s odůvodněním vysoké psychické zátěže a pracnosti. Novým nařízením vlády č. 137/2009, kterým byl stanoven zcela nový katalog prací ve veřejných službách a správě, došlo k přeřazení všech sester JIP/ARO + specializovaná pracoviště o jednu platovou třídu výše. FN HK tímto způsobem naplnila prohlášení vlády ČR, kterým vláda deklarovala nárůst platů sester o 15 %. Dle tiskových zpráv MZČR však mělo dojít k paušálnímu navýšení všech platů sester o 15%, nikoli jen vybraných (MZČR, 2009). Původní plán vlády a MZČR stabilizovat situaci sester v ČR a pomoci zejména těm, které mají platy nižší, nebyl v rámci FN HK naplněn. Rozdíl mezi vyšší platou sester ARO/JIP a sester na standardních odděleních byl ještě více prohlouben.

Onkologické sestry, které měly až doposud 9. platovou třídu, by měly být přeřazeny do třídy 10. Vykonnávají komplexní základní i specializovanou ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu, které jsou definovány vyhláškou č. 424/2004 Sb. Do specializované ošetrovatelské péče patří, mimo jiné, péče poskytovaná pacientům v terminálním stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace (Vyhláška č. 424, 2004). Byť takový druh péče onkologické sestry poskytují, dodnes všechny 10. platovou třídu nemají. Odůvodněním jsou úsporná opatření FN HK, která se dotkla také personální politiky.

Vzhledem k vysoké psychické zátěži a rizikovému pracovnímu prostředí při práci s cytostatiky, shledávají onkologické sestry tuto situaci jako nespravedlivou. Sestry, pracující na onkologii, by uvítaly skutečné naplnění nařízení vlády č. 137/2009 a v rámci FN HK podobné finanční zvýhodnění, jaké se dostává sestřám pracujícím na JIP/ARO a operačních sálech.

- Dodatková dovolená

Sestry, které pracují s cytostatiky, sestry na JIP/ARO, operačních sálech a dialýze, mají schválený komisí pro rizika plný počet dnů tzv. dodatkové dovolené (5 dnů). V dotazníkovém šetření bylo nejméně uvedeno, že dodatková dovolená byla jedním z motivačních faktorů pro volbu onkologie jako pracoviště. Jistě je to příjemné, ale zároveň

---

<sup>8</sup> Úpravy hmotné zainteresovanosti zaměstnanců FN HK (Dodatek č. 2 Kolektivní smlouvy FN HK 2009-2010).

také potřebné, vzhledem k vysoké psychické i fyzické zátěži. Onkologické sestry však vědí o reálném riziku, že o toto zvýhodnění přijdou.

V přízemních prostorách onkologického pavilonu byla vybudována centrální ředírna cytostatik. Od ledna roku 2010 jsou veškerá cytostatika připravována k podání pacientovi přímo tam. Za přísných bezpečnostních opatření jsou infúze cytostatik ředěny vyškolenými laborantkami. Sestrám sice ubyl objem práce spojený s přípravou cytostatik, ovšem riziko z přímého kontaktu s nimi nikoli. Připravenou infúzi s cytostatikem i nadále aplikují pacientům. Stále jsou vystaveny nebezpečným aerosolům z potu, moči, slin a stolice pacientů, kteří podstupují cytostatickou léčbu. Přes to, je v rámci FN HK diskutován názor, že riziko kontaktu sestry s cytostatiky je tímto minimalizováno a dodatková dovolená bude onkologickým sestrám odebrána.

- Fond kulturních a sociálních potřeb (FKSP)

Z výsledků mého pozorování mohu konstatovat, že onkologické sestry jsou s fungováním FKSP spokojeny a většina z nich jej využívá. Nejčastěji žádají o příspěvek na podnikovou dovolenou, některé pravidelně jezdí do chaty Hradečanka v Jánských Lázních. Vybírají si z nabídky kulturních akcí a žádají o příspěvek na sportovní aktivity. Občas využijí také možností bezúročné půjčky na bydlení či zařízení domácnosti. Snad všechny sestry čerpají příspěvek FKSP na penzijní připojištění.

Obdobně jako v komentářích z *Průzkumu spokojenosti zaměstnanců FN HK*, by sestry z onkologie uvítaly možnost příspěvků plošných, které by tvořily součást platu a mohly by být využity na cokoli (dovolenou dle vlastního výběru, dárky, apod.).

#### 3.5.8.2. Rozhovor

Rozhovor s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie FN HK byl velmi příjemný a přínosný. Jednoznačně poukázal na zájem managementu kliniky o kvalitu profesního života sester.

Vrchní sestra podřízené motivuje ke kvalitní a poctivě odvedené práci. Je vzdělaná v moderním ošetřovatelství a poskytuje všem sestrám kvalitní metodické vedení.

Poukazuje na problémy, které ji samotnou tíží, a pro nedostatek financí je nemůže ovlivnit (výše finančního ohodnocení, odměn, pořízení některého vybavení pro pacienty, apod....). Uvědomuje si všechna rizika náročné práce sester a snaží se jejich pracovní podmínky zlepšovat.

Za velký úspěch považuje navýšení tabulkových míst všeobecných sester, což velmi pomohlo samotné organizaci práce a zvýšilo bezpečnost péče (2 sestry na noční službě, méně svěřených pacientů v rámci skupinové péče ranní směny). Toho si sestry velmi váží.

Klinika onkologie a radioterapie má saturovaný počet sester nad rámec standardu ve FN HK díky projektu *Paliativní péče*. Stavby NLP personálu v České republice definuje Vyhláška č. 472/2009 Sb. Pro odbornosti č. 402 a 403 (klinická a radiační onkologie) a lůžkovou stanicí o 30ti lůžkách jsou počty NLP stanoveny na: 1,33 ZPBD se specializací, 8,55 ZPBD/ZPOD a 3,66 ZPOD bez maturity. Dohromady je to 9,88 úvazku všeobecné sestry a 3,66 úvazku všeobecného sanitáře/sanitářky. Obě lůžkové stanice Kliniky onkologie a radioterapie jsou dotovány 10,3 úvazky všeobecné sestry, 1 úvazkem staniční sestry a 6ti úvazky všeobecné sanitářky. Zmíněný nadstav ošetřujícího personálu NLP je tedy + 0,42 úvazku všeobecné sestry a + 2,34 úvazku všeobecné sanitářky. Bylo by zajímavé srovnání s údaji o počtu NLP personálu v jiných zemích EU, neboť obecná úvaha hovoří o tom, že v naší zemi jsou počty ošetřujícího personálu nižší než je evropský standard.

Vyhláškou definovaný počet NLP personálu je naprosto podhodnocen. Vůbec nepočítá s přirozenou absencí ošetřujícího personálu v průběhu roku z důvodu dočasné pracovní neschopnosti či potřeby vybírání řádné dovolené. Kdybychom neměli navýšen počet personálu díky projektu *Paliativní péče*, sloužila by i nadále noční směnu pouze 1 sestra na oddělení o počtu 31 pacientů a průměrné výši ošetřovatelské kategorie 3,2! Také ranní směny, zejména ty nejvíce exponované, tj., v pondělí a v pátek, mohou být obsazeny vyšším počtem směnných sester (čtyřmi namísto původními třemi). Situace je tedy mnohem lepší, ovšem v období dovolených či dočasných pracovních neschopností je toto schéma rozpisu služeb opět velmi problematické.

Velkou finanční pomocí je sestrám financování stáží, seminářů a účastí na konferencích. Zaplatily by ze svého nemalé částky. Samozřejmostí je možnost placeného volna a podpora a pomoc všem sestrám, které vystoupí s aktivní účastí.

#### 3.5.8.3. Dotazníkové šetření

Z dotazníkového šetření jasně promlouvá vysoká psychická i fyzická zátěž povolání onkologické sestry. Slova *umírání*, *smrt*, *utrpení*, byla mnohými informantkami skloňována ve všech pádech. Vzhledem k náročnosti své profese, psychické i fyzické únavě, se žádná z dotázaných sester necítí být náležitě podporována svým zaměstnavatelem. Přesto, že většina poukazuje na kvalitní a dobře fungující pracovní kolektiv, radost ze smysluplné a dobře vykonané práce. Mnohé z pamětnic nostalgicky vzpomínají na dřívější možnosti podpory sester pracujících na onkologii – poukaz na týdenní lázeňský pobyt a zkrácenou pracovní dobu. Většina sester by si tuto formu podpory velmi přála.

Zpětná vazba a doporučení jsou prezentovány v kapitole č. 3.8. *Návrhy a doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK*, kde jsou shrnuty poznatky z obou kvalitativních metod sběru dat (dotazníku a rozhovorů).

### **3.6. Rozhovory**

Pilotní studie v podobě dotazníkového šetření byla o půl roku později doplněna osmi rozhovory. Navázala jsem na informace zjištěné z odpovědí v dotaznících a vyzvala jsem vybrané informantky k jejich vyprávění. Výběr informantek proběhl účelově v režimu teoretického výběru. Oslovila jsem kolegyně z obou úseků pracovišť, tj. z lůžkové i z ambulantní části Kliniky onkologie a radioterapie. Charakter pracovních povinností a rytmus všech činností se na obou úsecích liší a pracovní zátěž i spokojenost sester tím může být ovlivněna.

Z ambulantního pracoviště mi poskytly rozhovor tři informantky, z lůžkového pět. Délka jejich praxe na onkologii se pohybuje od 1 do 20ti let. Rozhovory byly semistrukturované, odpovědi volné. Snažila jsem se o to, aby mé otázky byly jen



pomyslnou nití, která by informantky vedla k vyprávění vlastního příběhu. V jednotlivých rozhovorech bylo znění otázek vždy uzpůsobeno průběhu vyprávění a obsahu sdělovaných informací. Strukturou či kostrou rozhovorů byly okruhy témat, jejichž znění jsem s informantkami probrala vždy před zapnutím diktafonu. Stalo se, v některých případech, že si témata informantky zapamatovaly a začaly vyprávět, aniž bych do toho já intervenovala svými otázkami.

K celkovému počtu osmi rozhovorů jsem dospěla po analýze získaných dat, kterou jsem zrealizovala dle metody zakotvené teorie. Výstupem jednotlivých typů kódování bylo teoretické nasycení výzkumného vzorku. Po analýze osmi rozhovorů vyšlo najevo, že sdělované informace se opakují a jednotlivá data se doplňují, nikoli rozvíjejí. Vznikající teorii jsem proto považovala za dostatečně podloženou získaným materiálem a další rozhovory jsem již nevedla.

### **3.6.1. Průběh rozhovorů**

Jednotlivé rozhovory byly realizovány v časovém období měsíců březen až květen roku 2010. Všechny informantky o mém výzkumu věděly již z doby realizace pilotní studie a neměly námitek se rozhovorů zúčastnit. Dohromady jsem uskutečnila šest sezení, dvě z nich byla věnována skupinovým rozhovorům se dvěma informantkami najednou. Dvě sezení proběhla v našem bytě, dvě na pracovišti a dvě v restauraci. Snažila jsem se vždy o vytvoření příjemné a neformální atmosféry. Pohoštění, hrazení útraty či drobná pozornost v podobě květiny a bonboniéry byly projevem díky a úcty k informantkám, které mi byly ochotny věnovat svůj volný čas.

Informantky byly dopředu seznámeny s okruhy témat rozhovoru a s tím, že použiji diktafon. S nahrávkou zvukového záznamu souhlasily. Zvukový záznam mi velmi pomohl při analýze dat. V klidu jsem si jednotlivé rozhovory znovu poslechla, důležitá sdělení jsem si vypsala a podrobila jsem je procesu kódování.

Okruhy témat:

- Co přivedlo informantky k onkologii?
- Jak probíhalo zapracování na novém pracovišti?

- Jaká specifika má profese onkologické sestry?
- Co se jim na své práci líbí a co nikoli?
- Jak jsou motivovány zaměstnavatelem k tomu, aby se v práci dobře cítily?
- Co by mohlo být v procesu motivace jinak?
- Jak se ve své profesní roli cítí?

### **3.6.2. Analýza získaných dat**

Analýza rozhovorů proběhla v režii zakotvené teorie. Při poslechu rozhovorů jsem pořídila výtah důležitých informací k jednotlivým tématům. Vybrané pojmy jsem mezi sebou porovnávala a třídila je do jednotlivých kategorií, které tvořily společné jmenovatele množinám pojmů vzájemně podobných. Zamýšlela jsem se nad vlastnostmi kategorií a jejich dimenzemi. Jednotlivé kategorie jsem porovnávala mezi sebou, hledala jsem souvislosti mezi nimi či rozdíly. V další fázi analýzy dat jsem se pokusila o integraci podobných témat a kategorií. Výstupem jsou hlavní kategorie témat jež identifikují vztah informantek ke své profesi, definují organizaci práce a vztahy na pracovišti, jejich profesní podporu aktuální i žádanou. Zvažovala jsem příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy, které jednotlivé hlavní kategorie ovlivňovaly. Pro jejich úvahu jsem použila axiální kódovací paradigma. Výstupem analytického procesu je určení centrální kategorie, jejích vlastností a dimenzí. Uvedením hlavních kategorií do vztahů k centrální kategorii jsem mohla formulovat návrh teorie, zakotvené v realitě. Na základě poznámek, pozorování, zjištěných informací z diagnostiky organizace a prostudované literatury jsem zasadila každou z hlavních kategorií do širšího kontextu. Tím jsem se snažila o verifikaci zjištěných informací, jež je obsahem kapitol Výsledky výzkumu a Diskuze.

#### 3.6.2.1. Grafické znázornění kategorií, jejích vlastností a dimenzí

Výstupem procesu analýzy dat otevřeným kódováním je devět hlavních kategorií s vlastnostmi a dimenzemi, které je charakterizují a určují jejich rozsah (Tab. 3). Snažila jsem se stanovit kategorie tak, aby co nejlépe definovaly hlavní témata, k nimž se v rozhovorech informantky vyjadřovaly. Najít takové společné jmenovatele, jež by jednotlivá témata zastřešovaly, nebylo jednoduché. Ze široké skupiny pojmů, získaných

během procesu kódování, jsem musela vytvořit množiny společných či podobných a zamýšlet se nad jejich významy a vzájemnými vztahy. Pojmenováním jednotlivých kategorií docházelo k tomu, že jsem některé pojmy přiřadila k jiným a naopak. Obsahy kategorií se tak postupně vyvíjely. Čas a pečlivost, investované do této analytické části dat, se vyplatily. Devět hlavních kategorií s jejich vlastnostmi a dimenzemi mi byly pomocí v organizaci zjištěných informací a v jejich interpretaci.

**Tabulka 3. Grafické znázornění kategorií, jejich vlastností a dimenzí**

<b>KATEGORIE</b>	<b>VLASTNOSTI</b>	<b>DIMENZE</b>
<b>I. Volba onkologie</b>	Zkrácená pracovní doba	Ano – ne
	Změna trvalého bydliště	Ano – ne
	Studium	Ano – ne
	Finanční situace	Dobrá - špatná
	Syndrom vyhoření	Je - není
	Návrat z mateřské	Ano - ne
	Náhoda	Je - není
	Zvědavost	Ano - ne
	Rodinné důvody	Ano - ne

<b>II.</b> <b>První dojmy</b>	Smutný obor	Absolutní – relativní
	Šok	Velký - malý
	Klid	Je – není
	Vedení	Dobré - špatné
	Podpora kolegyň	Malá - velká
	Kolektiv	Podporující - demotivující
	Věkové složení kolektivu	Starší - mladší
	Rovnocennost pracovníků	Je - není
	Zpracování	Standardizované - neformální
	Adaptační proces	Stresující – příjemný
	Administrativa	Racionální – přebujelá
	Akreditace	Stresující - náročná
<b>III.</b> <b>Obor onkologie</b>	Výjimečný obor	Ano – ne
	Dynamika oboru	Pomalá – rychlá
	Záběr oboru	Široký – úzký
	Charakter práce	Náročný – vysilující
	Psychická zátěž	Výrazná - vysoká
	Stereotyp	Je – není
	Chroničtí pacienti	Ano – ne
	Onkologičtí pacienti	Výjimeční – krásné duše
	Úzký vztah	Je – není
	Osobní zainteresovanost	Malá – velká
	Srdeční záležitost	Ano – ne
	Rozpadlé rány	Vyskytují se – relativně časté

<b>IV. Onkologické sestry</b>	Temperament	Klidný – rozvážný
	Charakter	Empatický – citlivý
	Komunikační schopnosti	Vyzrálé – vytříbené
	Teoretické vědomosti a praktické dovednosti	Multioborové – všestranné
	Žebříček hodnot	Uspořádaný – vyrovnaný
	Pohled na život	S úctou – s pokorou
	Vztah k pacientům	Se zájmem – osobní angažovanost
	Vstupní psychologické testy	Ano - ne
<b>V. Práce a já</b>	Těším se do práce	Ano - ne
	Vztah k práci	Kladný – záporný
	Zastávám funkci	Ano – ne
	Studium PSS	Ano – ne
	Podpora rodiny	Velká – malá
	Hlídnání dětí	Ano – ne
	Nosím si práci domů	Ano – ne
	Duševní hygiena a relaxace	Pomáhá – posiluje
	Nadhled	Důležitý - potřebný
	Kontakt s pacienty	Vyhledávám – potřebuji
	Únava	Velká – vyčerpávající
	Krize	Ano - ne
<b>VI. Moje pracoviště</b>	Včera	Podporující – motivující
	Dnes	Stresující – chaotické
	Nostalgie pacientů i personálu po „starých časech“	Přetrvává – přítomna
	Organizace práce	Efektivní – neefektivní
	Spolupráce s lékaři	Dobrá – špatná
	Komunikace sestry-lékaři-vedení	Účelná – neúčelná
	Zájem a podpora vedení	Dostatečné – nedostatečné

<b>VI.</b> <b>Moje pracoviště</b>	Pracovní kolektiv	Funkční – dysfunkční
	Teambuildingové aktivity	Jsou – nejsou
	Vztahy mezi lůžkovými odděleními	Dobré – špatné
	Rotace sester	Smysluplná – podporující
	Adaptační proces	Efektivní – neefektivní
	Role školitele	Naplněna – nenaplněna
	Edukace pacientů	Kvalitní – nekvalitní
	Vliv personálních změn	Pozitivní - negativní
<b>VII.</b> <b>Pracovní podmínky</b>	Materiální a technické podmínky	Špatné – dobré
	Ochranné pracovní pomůcky	Vyhovující – nevyhovující
	Pracovní zátěž	Malá – velká
	Psychická náročnost	Velká – významná
	Náročnost služeb	Stoupá – vzrůstá
	Objem práce	Narůstající – zvětšující se
	Administrativa	Přebujelá – iracionální
	Čas na pacienty	Malý - nedostatečný
	Podhodnocení počtu tabulkových míst	Alarmující – významné
	Množství sester v adaptačním procesu	Velké – komplikující
<b>VIII.</b> <b>Podpora sester</b>	Rizikové příplatky	Ano – ne
	Podpora ve studiu	Ano – ne
	Financování kurzů, seminářů a školení	Plné – částečné
	Pomoc administrativních pracovníků	Důležitá – postradatelná
	Kontakt s vrchní sestrou kliniky	Malý – časově omezený
<b>IX.</b> <b>Očekávání sester a návrh změny</b>	Relaxační/rekondiční pobyty	Vítané – žádané
	Navýšení tabulkových míst sester	Nutné - potřebné
	Racionalizace administrativy	Odůvodněná - žádaná
	Zlepšit organizaci práce	Přínosné - důležité
	Více času na pacienty	Nutné - stěžejní

<b>IX. Očekávání sester a návrh změny</b>	Méně pacientů ve skupinové péči	Odůvodněné - racionální
	Informovanost vedení FN o charakteru profese onkologických sester	Důležité - potřebné
	Zájem vedení kliniky	Vítaný - žádaný
	Týmová práce	Nezbytná - nutná
	Teambuildingové aktivity	Podpůrné - motivující
	Vlídne slovo	Nenahraditelné - jedinečné
	Psycholog jako člen týmu	Nepostradatelný - důležitý
	Zkrácená pracovní doba	Vítaná - žádaná
	Antistresový rozpis služeb	Vítaný - žádaný
	Finanční ohodnocení	Vyšší – reflektující zátěž
	IT technologie pro administrativu	Optimální – usnadňující
	Odborné stáže pro sestry	Ano - ne

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2010*

### 3.6.2.2. Výsledky výzkumu

Analýzou získaných dat z osmi rozhovorů jsem definovala devět hlavních kategorií, jež mi pomohou v interpretaci výsledků výzkumu. Každá kategorie reprezentuje téma, k němuž se informantky vyjadřovaly. Diskutovanou problematikou byla profese onkologické sestry v obecném i osobním pojetí. Informantky vyprávěly o tom, co je k oboru onkologie přivedlo, jaké měly první dojmy z nového pracoviště, jak se jim v oboru pracuje, jaké pracovní podmínky ovlivňují chod jejich pracoviště. Zamýšlely se nad tím, jak práce zasahuje do jejich soukromí, hovořily o specifikách profese a její náročnosti. Zodpovídaly otázku týkající se profesní podpory a definovaly přání a vize o tom, jakým směrem by mohla být orientována. V závěru rozhovorů informantky předkládaly návrhy změn, kterými reagovaly na organizaci práce, motivaci zaměstnanců či týmovou spolupráci.

V této kapitole obsahy jednotlivých hlavních kategorií, jejich vlastností a dimenzí rozvinu a obohatím některými z autentických výpovědí informantek. Interpretované názory a pohledy zkonfrontuji se zjištěnými informacemi z procesu diagnostiky organizace, s vlastními postřehy z praxe a s poznámkami z terénního deníku.

## **I. Volba onkologie**

Jaká cesta přivedla oslovené informantky k onkologii? Tuto otázku jsem položila proto, aby své příběhy informantky vyprávěly od samého začátku. Okolnosti příchodu na onkologii byly různé. Od změny trvalého bydliště, přes rodinné důvody, náhodu (...“nebylo jinde místo“), přes nutnost řešit finanční situaci, skloubit zaměstnání s péčí o malé děti, samotnou zvědavost či syndrom vyhoření. Zkrácená pracovní doba ze současných 7,5 hodin na 7<sup>9</sup> hodin byla výzvou pro dvě z informantek. Dalších šest výpovědí bylo individuálních. K tématu zkrácené pracovní doby na onkologii se ještě vrátím během analýzy kategorie č. IX. *Očekávání sester a návrhy změn*. Několik informantek hovořilo o zkrácené pracovní době v souvislosti s podporou personálu a s prevencí únavy a vyčerpání: „... člověk do té práce chodil víc vodpočatej...“

Již v této fázi vyprávění bylo z většiny příběhů zřejmé, že velmi záhy začíná vznikat k oboru vztah, charakterizovaný jistou fascinací a údivem: „... k onkologii mě přivedla zvědavost, fascinace nad nádorovou buňkou ...“

## **II. První dojmy**

První dojmy se ve výpovědích liší dle toho, v jaké době sestry na onkologii nastoupily. Pamětnice, které působí v oboru již 15 a více let, vzpomínají na dobrý kolektiv, příjemnou atmosféru na pracovišti a bezproblémové zapracování, jež probíhalo v klidu a volně bez systematičnosti a zkoušení. Z jejich vzpomínek je cítit jistá nostalgie po tzv. „starých časech“. Onkologie, dříve radiologie, se nacházela ve skromných podmínkách suterénu dnešní Porodnicko-gynekologické kliniky. Přesto, že materiálně-technické vybavení a prostorové řešení zdaleka nedosahovaly dnešních moderních podmínek, mělo

---

<sup>9</sup> Týká se délky ranní a odpolední směny.



původní pracoviště osobitou atmosféru, na kterou rádi vzpomínají nejen sestry, ale i pacienti: „... výbornej kolektiv, dobře se dělalo a to udělá strašně moc. (...) Hodně dlouho bylo pacientů, kteří na tenhle ten baráček vzpomínali.“

Práce to nebyla snadná: „... neměly sme ošetrovatelky, nic, všechno sme musely dělat samy. My sme ráno po noční musely předávat ležící pacienty umytý. A byly sme samy na noční a pět..., šest ležáků sme musely mít ráno umytejch. (...) Chemoterapie kapaly na kovovejch jehlách. Když nebyly žíly, tak třeba subkutánníma jehlama<sup>10</sup>. Nebyly antiemetika<sup>11</sup> a když kapala třeba platina<sup>12</sup>, tak pacientka držela celou tu dobu lavór a zvracela. Bylo hodně komplikací po ozářeních, ty pancířové hrudníky, tam bylo nebezpečí krvácení. Chodilo hodně rozpadlejš ran<sup>13</sup>, chyběla osvěta, léčba.“

Přesto sestry lépe zvládaly pracovní zátěž, která by se dala charakterizovat skutečnou „dřinou“: „On člověk byl mezi těma lidma víc, popovídal si s nima. (...) Tam byla společná jídelna, jedli na těch chodbách, kde byla i TV. Bylo to takový domácí. Nebyly akutní příjmy, všechno to byli pacienti plánovaní na ozáření či chemoterapii. (...) Všichni dělali všechno, bylo to takové kolektivní dílo. Ta práce byla hlavně o tom ošetrovatelství. Nebylo tolik chemoterapií, tyhlety kontinuální chemoterapie, punkce se dělaly ambulantně – byl tam sálek.“

Profesně mladší informantky, které nastoupily v posledních pěti letech, mají zcela jinou zkušenost. Ta se dá charakterizovat slovy: „...akreditace, stres, záprah, chaos, nové papíry...“ Charakter práce se změnil. Změnil se také způsob zapracování nově příchozích sester, tzv. adaptační proces (AP).

---

<sup>10</sup> Tenké jehly určené pro podkožní aplikaci.

<sup>11</sup> Léky proti nevolnosti a zvracení.

<sup>12</sup> Druh chemoterapie, cytostatikum.

<sup>13</sup> Informantka hovořila o tzv. nádorových defektech, jejichž zhojení není prakticky možné vlivem bujícího nádorového procesu.

Zkušenosti informantek s AP jsou různé. Některé byly s jeho průběhem spokojeny, některé méně. Faktory, které negativně ovlivňují průběh AP, jsou nedostatek času, pro který školitelka nemá možnost plně se nově příchozí kolegyni věnovat a velké množství pracovních povinností: „Chybí těsný kontakt se školitelem, který by je uvedl odborně i po lidské stránce. Práce je moc. (...) Provozně to není možné, aby to byla jedna osoba, která by to<sup>14</sup> zaštitila na všech úsecích pracoviště.“ Také rozsah AP je nyní mnohem širší než dříve. Zatímco dříve byl zaměřen zejména na praktické dovednosti a zručnost, dnes obnáší navíc zkoušku z teoretických vědomostí o oboru, vypracování písemné práce a znalost vedení ošetrovatelské dokumentace.

Své první dojmy informantky spojují také s konfrontací s pracovním kolektivem. O dobrém a fungujícím kolektivu z dob za „starých časů“ již byla zmínka v textu výše. Také mladší informantka vzpomíná na svůj příchod na onkologii před téměř 10ti lety kladně: „Sestry velmi pomohly, měly na mě čas, zapracování probíhalo hladce. Školitelka se mi mohla věnovat, nebylo tolik administrativy. (...) Sestry měly nadhled a ukázaly mi, že to není jenom smutný obor a smutný dům“. Nová doba přinesla změny v organizaci práce, času je méně nejen na pacienty, ale také na vzájemnou komunikaci mezi spolupracovníky. Přes to i vzpomínky z nedávné doby na své začátky deklaruje jiná informantka slovy: „Nastupovala jsem jako vyhořelá, ale všechny sestry mně moc pomohly, včetně staniční. Snažím se teď i já pomáhat nově příchozím sestřičkám.“

Ne všechny informantky však popisovaly kladnou zkušenost během své první konfrontace s kolektivem: „Ten první půl rok, možná rok, byl hodně hektickej. Řekla bych, že sem víc brečela než se smála tady. A to asi z toho důvodu..., v rámci toho adaptačního procesu mi to nepřípadlo kolegiální. (...) Někdo může vše a jinej prostě musí bojovat do posledního puntíku.“ Ke vztahům na pracovišti se vyjadřovaly během rozhovoru všechny informantky a jako ucelené téma budou náplní analýzy kategorie č. VI. s názvem *Moje pracoviště*.

---

<sup>14</sup> Adaptační proces.

### **III. Obor onkologie**

Již v úvodním sdělení, během popisu cesty, která informantky k onkologii vedla, bylo zřejmé, že měly, a nebo si záhy vytvořily k oboru pěkný a kladný vztah. Veskrze pozitivní vztah charakterizuje jeho ambivalence.

Na jedné straně informantky poukazují na vysokou náročnost, zejména psychickou a odbornou, jež onkologie klade na zdravotníky. Zdůrazňují zejména rychlou dynamiku oboru, jehož výzkum jde velmi rychle kupředu. Dále pak jeho velký záběr, který vyžaduje multioborový přístup a široké spektrum znalostí onkologického personálu. Psychická náročnost je ovlivněna složením pacientů a charakterem samotného onemocnění. Z větší části se jedná o chronické pacienty, kteří podstupují náročnou a zdlouhavou onkologickou léčbu. Na pracoviště se opakovaně vracejí, s personálem se znají a vzniká prostor pro vytváření užších vztahů, které mohou získat osobní dimenzi: „Lidské utrpení si tady vychutná člověk až do dna a nemůže si pomoci. Lidé se vracejí a stav se horší a horší... Když to jsou mladí lidé a vlečou za sebou nedospělé děti. (...) To jsou pak velké psychické šrámy.“

Na druhé straně samotný obor svojí rozmanitostí a náročná péče o onkologické pacienty informantky obohacují a kladně motivují: „...není to stereotyp, jsem spokojená, práce se mi líbí.“ Informantky poukazují na „...dobrou příležitost pro sestru...“ ve smyslu odborného a profesního růstu. Onkologičtí pacienti, bojující s dlouhodobou a vážnou nemocí, dávají prostor k sebereflexi: „...jsou to ti nejlepší pacienti. Dívám se, jak se mění...stávají se z nich krásní lidé...“ „... tam teprv si člověk uvědomí, co to zdraví pro něj znamená...“

### **IV. Onkologické sestry**

Toto téma úzce souvisí s tím, co již bylo zmíněno výše ve vztahu k oboru onkologie. Informantky poukazují na nutnost širokých a kvalitních teoretických vědomostí a praktických dovedností jež multioborový záběr onkologie vyžaduje. Některé se domnívají, že by na onkologii neměly přicházet absolventky, ale pouze sestry s již získanou odbornou praxí, nejlépe v interních oborech. Charakter péče o dlouhodobě a vážně nemocné pacienty vyžaduje také jistý osobnostní profil zdravotníků, jež se o ně starají. Jedna z informantek

doporučuje zavést vstupní psychologické testy pro nové zájemce o obor. Oboru by se měly věnovat „...sestry klidnějšího ražení...“

Náročné životní situace pacientů, kterých jsou onkologické sestry častými svědky, vyžadují od sester empatii, trpělivost, umění komunikace, psychickou oporu a pochopení: „Nelze tzv. otrnout. Slušnost je málo – lidi musíme chápat“. „Jsme jako vrba...dříve lidé chodili k farářovi a dostali rozhřešení. To dnes není a lidé v nouzi hledají někoho, kdo je vyslechne. Bohužel, dneska už ani my na to čas nemáme.“

*Nedostatek času*, jev, který prostupuje téměř všemi analyzovanými kategoriemi. Ovlivňuje mezilidské vztahy, kvalitu péče i vlastní uspokojení z odvedené práce. Co se informantkám na jejich práci líbí, z čeho mají radost, co se jim nelíbí, kde sbírají potřebnou sílu, nadhled a optimismus? Vztah k práci a okolnosti, které jej ovlivňují, jsou tématy další kategorie.

## **V. Práce a já**

Všechny informantky uvádějí kontakt s pacienty a práci s lidmi jako velké pozitivum své práce: „Mám ráda styk s lidmi..., vždy jsem to chtěla dělat, už od základky. Je to můj šálek kávy.“ „Mám ráda práci v přímém kontaktu s pacientem. Snažím se být v provozu, abych měla kontakt a abych věděla, zda a jak to sestřičky mohou zvládat.“ Práce s lidmi však může vyčerpávat a mnohé informantky mají recept na nutnou relaxaci: „Přijdu z práce a na chvíli si lehnu, spím s dětmi.“ „Jezdíme na výlety, pak ta dovolená...nemohu být jen doma, to bych se zbláznila!“ „Mám hlídání, což je výhoda a dělám si chvílky pro sebe. Sama jedu do města, kde si dám kafe, něco si počtu, práce doma počká, sem unavená.“ „Chodím po obchodech...Stačí najít si něco, co člověka donutí přestat na starosti myslet.“

Podpora rodiny a umění relaxovat jsou důležité: „Večer se mám komu svěřit. Bez rodinného zázemí se sestra zaobírá více sama sebou a to lidé nepotřebují vidět. Potřebují sestru veselou a příjemnou.“ Přes to, únava a vyčerpání informantky někdy zcela pohltní: „Někdy si i popláču, chodím domů hodně unavená.“ „Někdy se člověk bojí říct, že už na to nemá...Vzít další směnu, mít přesčas...“ „Chtěla bych se těšit do práce, nemůžu, je tam chaos a stres. Nevím, co mě tam čeká.“

Některé informantky při zaměstnání studují, některé si nosí práci pravidelně domů: „Bohužel si nosím práci domů, jak v hlavě, tak i fyzicky.“ „Přemýšlím o práci, když jedu domů ... Zapomněla jsem něco?“

Charakter práce je náročný, často vyčerpávající a velkou pomocí mohou být životní optimismus a nadhled: „Já mám jednu spolužačku, to je teda úžasná povaha, to je dar. Vona je taková...fakt,... no tak je to zelený, tak je to zelený, je to červený, je to červený a vona celým životem takhle úžasně prošla, vona je v pohodě. Vona nemá žádný náky tyhleto civilizační choroby, vona je v naprostém pořádku, zdravá, matka tří dětí podotýkám!!! Ale vona prostě vše zvládla s tak úžasným klidem, že to je to nejdůležitější.“

S nadhledem doporučuje informantka přistupovat i k problémům, které plynou z někdy vypjatých interpersonálních vztahů na pracovišti: „Nastoupila jsem politiku, vono to nějak dopadne a čím víc se něco láme přes koleno, tím hůř to dopadne. Pomohlo mi to, zklidnila jsem se. Dokážu mít na to nadhled.“ O vztazích na pracovištích a organizaci práce pojednává následující kategorie.

## **VI. Moje pracoviště**

Také zde bude mít faktor nedostatku času svůj nezanedbatelný vliv. Zasahuje jak do organizace práce, tak do mezilidských vztahů na pracovišti a vzájemné spolupráce: „Není klid na práci. Dělán pod tlakem, stihnu-destihnu. Klid a najednou příjmy a nápor.“

Téma vztahů na pracovišti bylo zmíněno již výše během analýzy kategorie č. II. o prvních dojmech. Ve vztahu k adaptačnímu procesu, dříve jen zapracování, většina informantek poukazovala na kolegiální a vstřícnost. Zazněla však i opačná zkušenost. Dobré mezilidské vztahy na pracovišti, podpora kolegů a teambuildingové aktivity, jež vztahy kultivují a posilují, jsou pro všechny informantky velmi důležité. Důraz kladou na týmovou spolupráci mezi všemi kategoriemi pracovníků: „Máme dobrý kolektiv, vyhovíme si, chápeme se, myslím si, že máme štěstí.“

Pamětnice s nostalgií vzpomínají na „staré časy“, kdy bylo mnohem více prostoru na pravidelné a přitom jednoduché teambuildingové aktivity: „Chodili sme houfně na houby. Jezdilo se na dovolené. (...) Byla tam společná šatna..., povinná ranní káva a povinná

polední káva a tam sme se všichni sešli, i s paní primářkou. Když třeba někdo měl padesátiny, tak se dělaly hromadné oslavy, třeba v pivovaře. Byly pravidelný čarodějnice a mikulášská. A bylo to hodně v tom vedení, primářky a přednosta.“ V dnešní době je situace složitější. Přetrvávají mimopracovní společné aktivity (oslavy významných jubileí, vánoční večírek, keltské slavnosti letního slunovratu), ovšem tzv. „sedánky“ na pracovišti jsou vzhledem k náročnému provozu čím dál tím komplikovanější.

Některé informantky poukazovaly na obtížnou spolupráci s lékaři. Jako důvod uvádějí špatnou organizaci práce lékařů, kdy dochází k jejich častému střídání na jednotlivých pracovištích, což vnáší do práce chaos a zmatek: „Špatná spolupráce s lékaři, nedodržují se dohody. Vytíženost lékařů mimo oddělení...lékaři chodí na ambulance, mění si pokoje. Jeden něco naordinuje, druhý to zruší.“ „Problém s objednáváním pacientů k lékařům. (...) Nebo, dneska přijde pacient a říká, ‘Vy ste dneska můj sedmej pan doktor, kterej mě tady léčí.’“ „Nefunguje kolektiv s lékaři, měli bychom být více stmelení, urgujeme je 14dní o jednu věc a nic se neděje.“ Je pravdou, že nefunguje-li organizace práce lékařů, přenáší se všechny vzniklé problémy do organizace práce sester a dalších členů týmu. Příčinu problémů shledávají informantky v tom, že lékaři nejsou stabilně na jednom kmenovém pracovišti a příliš často rotují (mezi ambulancemi či ambulancemi a lůžkovou částí). Mladí lékaři bez atestace pracují střídavě mimo kliniku v rámci tzv. *kolečka* a provoz kliniky je tím ovlivněn.<sup>15</sup>

Ve vztahu k organizaci práce hovoří informantky také o edukaci pacientů, na kterou je méně času, než by bylo optimálně potřeba: „Pacient je zahlcen informacemi, předáváme si ho jakoby od jednoho k druhému, posunujeme ho dál s tím balíkem informací a tam do toho baťošu se zase přidá a ten chudák odchází úplně prostě přesycený těmi informacemi. A ten personál nemá takový prostor, aby mu to mohl zopakovat a aby ten pacient si to nějak srovnal a popřípadě si to upřesnil. Takže, myslím si, že vůči nim máme velký dluh, že s nimi nehovoříme.“

---

<sup>15</sup> Z pozorování a z vlastní zkušenosti vím, že samotná komunikace s lékaři problémem není. Některé informantky to také deklarují, když hovoří o adaptačním procesu, během nějž jim byli lékaři velkou oporou.

V rozhovorech zaznělo také téma rotace personálu. Klasická rotace NLP personálu na klinice není zavedena. Z provozních důvodů dochází jen k tzv. výpomoci mezi odděleními a to v období vánočních svátků a na Nový rok. Tato zkušenost je hodnocena informantkami kladně: „Vztah mezi odděleními se vylepší vždy mezi svátky, když rotujeme a poznáme práci těch druhých. Není to příjemné, je to více práce, odd. neznám, ale stojí to za to! I lékaři nás lépe poznají, jak se chováme v cizím prostředí.“ Tato výpomoc skutečně není špatnou zkušeností. Jistá nevráživost mezi oběma odděleními totiž v jádru pramení z neznalosti systému práce kolegů z druhého pracoviště.

## **VII. Pracovní podmínky**

Téma pracovních podmínek prolíná všechny již zmíněné a analyzované kategorie. Výše pracovní zátěže, psychická náročnost, objem práce, množství administrativy a čas na pacienty jsou některé z již zmíněných faktorů, které přímo ovlivňují nejen pracovní podmínky, ale i organizaci práce, vztahy na pracovištích, vztah k profesi, první dojmy a koneckonců i volbu oboru.

Z vyprávění pamětnic již víme, že pracovní podmínky nebyly stejné v každé době. Mění se s dobou a lidé se jim v každé době přizpůsobují. Pakliže dříve umožňovaly prostor pro neformální schůzky celého týmu u ranní či polední kávy a favorizovaly atmosféru většího klidu a pohody na pracovišti, bylo to jen dobře. Přizpůsobit se zdravotníci museli zejména jednoduchým materiálně-technickým pracovním podmínkám, ovšem času na pacienty měli paradoxně více než je tomu dnes, kdy nám práci usnadňuje technika a přístroje.

Dnešní doba vyžaduje přizpůsobení zdravotníků rychlému tempu, stresu, velkému počtu pacientů, dynamice vývoje oboru, nedostatku personálu, přebujelé administrativě a úměrně tomu stoupající psychické zátěži. Blíže o tom jednotlivé výpovědi informantek: „Medicína šla strašně daleko, jsou mnohem náročnější služby“. „Narostl objem práce, počty chemoterapií.“ „Málo sester..., musíme jet na maximální výkon celou směnu, což i podle psychologických výzkumů není možný.“ „Jako pacient bych tu být nechtěla..., málo

času na pacienty. Malá informovanost pacientů, není čas. Jde jenom vo ty porty<sup>16</sup> ..., oni<sup>17</sup> přestanou chodit na chemoterapie a pak se jich člověk za půl roku zeptá, 'Přišel ste na proplach'? 'Mně to nikdo neřek'.“ „Nový papíry<sup>18</sup>, máme za sebou akreditaci, to všechno byl velkej stres a záprah.“ „...nás to tahá vod pacientů, pro ty onkologický pacienty to<sup>19</sup> zjednoduší, některý věci by šly hodnotit jednou za tejdén, některý věci by se nemusely psát dvakrát, ale stačilo by jenom jednou...“ Administrativní zátěž sester byla nejčastěji zmiňovanou příčinou nedostatku času na pacienty.

### VIII. Podpora sester

Častěji než téma finanční podpory zazněla v rozhovorech motivace nefinanční: „Vlídne slovo zmůže více než odměny finanční“. Pozitivně je informantkami vnímána také podpora kliniky v účasti sester na různých vzdělávacích aktivitách, seminářích a školeních.

V souvislosti s administrativní zátěží informantky kladně hodnotí spolupráci s administrativními pracovníci. Pro směnné sestry sice nejsou nepostradatelné, ovšem pro staniční a úsekovou sestru jsou velkou pomocí. Některé informantky hovořily také o potřebě kontaktu s vrchní sestrou kliniky: „Vrchní sestra je dobrá manažerka, ale neví o nás. Neměla by spolíhat jen na komunikaci mezi ní a staničníma, ale přijít víc přímo mezi nás.“<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Centrální intravenózní vstup určený pro aplikaci chemoterapie. Nepoužívá-li se, musí být v pravidelných intervalech proplachován. Tím je kontrolována průchodnost a funkčnost implantovaného portu.

<sup>17</sup> Pacienti.

<sup>18</sup> Myšleno ošetrovatelská dokumentace.

<sup>19</sup> Ošetrovatelská dokumentace.

<sup>20</sup> Také v tomto případě hraje roli časová vytíženost, neboť z vlastní zkušenosti vím, že je-li vrchní sestra oslovena s pozváním, např., na provozní schůzku pracoviště, vždy se alespoň na část schůzky se zájmem dostaví.



## IX. Očekávání sester a návrhy změn

Tato kategorie je jakýmsi logickým vyústěním všeho, o čem informantky během rozhovorů hovořily.

Paměťnicemi velmi ceněny byly týdenní lázeňské pobyty a zkrácená pracovní doba:

„To fungovalo dřív, jezdívalo se do Luhačovic, do Bohdanče, a nebo se jezdilo na rehabilitaci...“ „Byla tam 7mi hodinová pracovní doba, rizikový příspěvek a vodráželo se to teda velice dobře...Člověk chodil do tý práce víc vodpočatej. Motivace to teda byla.“ Týden lázeňského či rehabilitačního pobytu a zkrácená pracovní doba pro onkologické sestry byly časem zrušeny. Nejen pamětnice, ale i nově příchozí sestry by jejich znovuzavedení velmi uvítaly: „Ty relaxační pobyty to by taky nebylo špatný, i rodina by mi vyšla vstříc.“ „...Týden nějakýho rekondičního pobytu...kde by třeba měl každej možnost si to zaměřit jestli na tělesnou výchovu, nebo na psychologii nebo..., to je jedno, prostě týden na odpočinek od rodiny, zaměstnání, prostě relaxovat.“

V souvislosti s návrhem zkrácené pracovní doby byl zmíněn také tzv. *protistresový rozpis služeb*. V jeho schématu informantky odmítají náročné 12ti hodinové služby, preferují služby zkrácené, 6ti hodinové (6,5 hodiny), se dvěma volnými víkendy za měsíc. Dvanáctihodinové služby by byly zachovány jen o svátcích, sobotách a nedělích. Vítaná by byla také možnost výběru dovolené v kuse, a to na dobu 3 až 4 týdnů. Pro antistresový rozpis služeb by bylo nutné navýšit počet tabulkových míst. I tento požadavek informantky sdělují: „...navýšit počet tabulek, aby to pro ty sestry byla práce a nikoli 'kvapík'.“ „...zvýšit počet personálu, mít 4 sestry na ráno.“ „...odboural by se problém s komunikací, bylo by více času na pacienty.“

Více času na pacienty je dalším diskutovaným přáním: „...více času u pacientů, míň času s papíry...“ Jedna z informantek hovořila také o racionalizaci skupinové péče s požadavkem 6ti pacientů v péči jedné sestry. Skutečnost obnáší 10 až 11 pacientů ve skupinové péči v ranní směně a 15 až 16 pacientů ve směně odpolední a noční.

Administrativa by měla být zjednodušena, zpřehledněna a celkově racionalizována: „...stále dílčí změny v papírech. Přijdu z dovolené a je to jinak. (...) pacient, stresovaný

diagnózou, podepisuje hordy papírů, ani neví co.“ „...lidé, co to tvoří, by měli chodit do praxe.“ Kladně přijata by byla také elektronická verze dokumentace pro sestry: „IT technika na dokumentaci ano, ale snazší by to bylo pro mladší ročníky sester. Věřím, že bych se to naučila..., muselo by bejt kvalitní zaškolení.“

Informantky uvádějí, že psycholog by měl být stabilně členem týmu: „...psycholog stále po ruce, měl by tvořit tým a být tam vždy.“ „...pohovory s psychologem, náš pan magistr nestáhá.“ Dvě z informantek navrhují zavést tzv. *ranní desetiminutovky duševního zdraví*. Z hlediska času by nebyly problémem zorganizovat a daly by příležitost k „prevenci vrstvení problémů, mluvit o problémech, potěšit něčím i ze soukromí.“ „...neobviňovat se, ale konstruktivně řešit i s lékaři.“ Vítána by byla také občasná účast vedení. Dále informantky hovořily o výhodách, které by poskytla společná pracovní místnost s lékaři: „...viděli bysme se a vše bysme hned vyřešili.“

Na závěr této kapitoly bych ráda uvedla následující citaci, jejíž znění je informantkou adresováno k vedení FN HK: „Úplně by stačilo pochopit, že onkologie je něco úplně jinýho než všechny ostatní obory a stačilo by pochopit, že onkologický sestry to maj jako voproti těm jinejm oborům po tý psychický stránce vo hodně těžší.“

### 3.6.2.3. Centrální kategorie a návrh teorie

Úvahou nad obsahy všech devíti hlavních kategorií, jež jsem podrobila analýze, jsem došla k závěru, že jimi prostupují dvě hlavní témata: *Pracovní podmínky a nedostatek času*. Vezmeme-li v úvahu, že faktor nedostatku času je zároveň pracovní podmínkou, dojdeme k redukci dvou témat na jedno jediné. Pracovní podmínky skutečně přímo souvisejí se všemi kategoriemi a mohou být považovány za tzv. centrální kategorii. Ta má definovány své vlastnosti a dimenze (Tab. 4).

**Tabulka 4. Centrální kategorie, její vlastnosti a dimenze**

KATEGORIE	VLASTNOSTI	DIMENZE
<b>Pracovní podmínky</b>	Organizace práce	Efektivní - neefektivní
	Vztahy na pracovišti	Funkční - dysfunkční
	Motivace sester	Optimální - nedostatečná
	Spokojenost sester	Plná - částečná

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2010*

Pracovní podmínky ovlivňují rozhodování sester, zda nastoupí na nové pracoviště. Mají bezprostřední vztah k prvním dojmům, se kterými se na novém pracovišti sestra vyrovnává. Působí na její vztah k oboru a na uspokojení z odvedené práce. Mají vliv na výši pracovní zátěže a mezilidské vztahy na pracovišti. Podmiňují organizaci práce. Jsou ovlivnitelné způsoby motivace sester. Je-li motivace optimální a dobře cílená, zlepšují se pracovní podmínky a zvyšuje se spokojenost personálu.

Hlavními tématy této práce jsou: *Pracovní zátěž a profesní podpora onkologických sester*. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že pracovní zátěž onkologických sester je vysoká a profesní podpora může pozitivně ovlivnit pracovní podmínky, čímž dojde ke snížení pracovní zátěže. Návrh teorie, zakotvené v realitě zní: **Cílená a efektivní profesní podpora přispívá k optimalizaci pracovních podmínek sester a tím dochází ke snížení pracovní zátěže.**

### **3.7. E-mailové dotazování**

E-mailového dotazování jsem využila pro komunikaci s vybranými vrchními sestrami onkologických pracovišť v České republice. Po stručném představení mé osoby a realizovaného výzkumného šetření, jsem oslovené vrchní sestry vyzvala ke spolupráci

v podobě volných odpovědí na dvě položené otázky. Celkem jsem oslovila 15 vrchních sester a obdržela jsem zpět 3 odpovědi. Cílem e-mailového dotazování byly, jednoduše řečeno, inspirace a srovnání, nebo-li porovnání a hodnocení stávajících forem profesní podpory onkologických sester ve FN HK s profesní podporou v jiných institucích. Znění obou otázek a všech obdržených volných odpovědí uvádím v tabulce (Tab. 5).

**Tabulka 5. E-mailové dotazování**

<p><i>1. Domníváte se, že onkologické sestry potřebují specifickou motivaci či profesní podporu ve vztahu ke standardní motivaci ostatních všeobecných sester?</i></p>
<p>Ano, potřebují, vzhledem k profesní náročnosti, protože onkologická sestra musí mít nejen odborné znalosti a komunikační dovednosti, ale i psychologické znalosti a dovednosti, které musí umět v dané situaci použít.</p>
<p>Ano, domnívám se, že onkologické sestry potřebují profesní podporu.</p>
<p>Onkologické sestry určitě potřebují a hlavně si zaslouží specifickou motivaci nebo profesní podporu oproti jiným sestřám, protože jejich práce je nesmírně náročná, fyzicky, odborně a hlavně psychicky. Poslední dobou je totiž mnoho pacientů v mladším a mladém věku a ta náročnost na práci sester se zvyšuje. Já bych navrhovala relaxační pobyty /1 týden/ v lázních pravidelně alespoň jednou z 1-2 roky podle odpracovaných let na onkologii.</p>
<p><i>2. Jaké formy profesní podpory onkologických sester aplikujete na Vašem pracovišti?</i></p>
<p>Všeobecně platí – individuální přístup od vedoucích pracovníků, možnost účastnit se vzdělávacích akcí, které jsou právě pořádány pro onkologické sestry. Na našem pracovišti vždy paní primářka zajišťuje možnost účastnit se Brněnských onkologických dnů. Celoživotní vzdělávání je podporováno i zaměstnavatelem. Možnost konfrontace složitých pracovních situací s klinickým psychologem.</p>
<p>Na našem pracovišti aplikujeme tyto formy profesní podpory: Podpora účasti na</p>

odborných konferencích a seminářích, podpora společných zájmových aktivit sester, pravidelné supervize s psychoterapeutem.

Já za jedinou malou podporu pro své sestry považuji to, že se mi podařilo navýšit počet sester o 1 sestru do nepřetržitého provozu na každou lůžkovou jednotku a další sestru na chemo stacionář. Tímto nemají sestry příliš přesčasových hodin za dovolenou a DPN. A mají tak možnost více odpočívat po náročné práci na oddělení.

*Zdroj: Onkologické sestry, 2010.*

Všechny tři odpovědi na první otázku se shodly v tom, že onkologické sestry potřebují profesní podporu. Dvě z informantek uvedly odůvodnění. Jsou jimi profesní náročnost odborná, fyzická a především psychická. Jedna z informantek uvádí psychickou zátěž do souvislosti s péčí o mladé onkologické pacienty, jejichž počet, bohužel, narůstá.

Formy aplikované profesní podpory jsou podpora kontinuálního vzdělávání (shodly se dvě informantky), konzultace či pravidelné supervize s psychologem/psychoterapeutem, individuální přístup od vedoucích pracovníků, podpora společných zájmových aktivit sester a navýšení tabulkových míst. Zazněl také jeden návrh pro optimalizaci profesní podpory. Informantka zmiňuje týdenní relaxační pobyt v lázních s frekvencí alespoň jednou za 1-2 roky dle odpracovaných let na onkologii.

Téměř všechny zmíněné formy profesní podpory jsou onkologickým sestrám ve FN HK dostupné. Inspirací zůstává pravidelná supervize s psychoterapeutem.

### **3.8. Návrhy a doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK**

Cílem realizovaného výzkumného šetření bylo zjištění, jak se ve své profesi onkologické sestry cítí a co potřebují k tomu, aby ji mohly co nejlépe vykonávat. Hlavními zdroji informací byly kvalitativní dotazníkové šetření a rozhovory.

Dle výsledků obou forem sběru dat a údajů shledávám profesi onkologické sestry jako vysoce zátěžovou po psychické i fyzické stránce. Podpora onkologických sester je naprostou nutností v rámci prevence syndromu vyhoření a udržení fyzického zdraví.

Sestry se vyjadřovaly k profesi jako takové, k organizaci práce, vztahům na pracovišti, k podpoře a motivaci. Mezilidské vztahy na pracovištích, kolegiální klima a celkové klima vnímají sestry většinou pozitivně. Organizaci práce, finanční ohodnocení a pracovní zátěž spíše negativně. Každá z informantek podala nějaký návrh na to, jakým způsobem by se mohla situace zlepšit. Nejčastěji jsou to požadavky na vyšší finanční ohodnocení, poukaz na relaxační/lázeňský pobyt, zachování dodatečné dovolené, zkrácení pracovní doby, racionalizaci administrativy a konzultace s psychologem/psychoterapeutem.

### **3.8.1. Doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK**

- I. Jednat o platech onkologických sester a umožnit jejich navýšení podobným způsobem jako u sester v intenzivní a perioperační péči (kolektivní smlouvou garantovaný zvláštní osobní příplatek).
- II. Zachovat dodatečnou dovolenou i po spuštění provozu centrálního ředění cytostatik.
- III. Prosadit tzv. protistresový rozpis služeb, který by zohlednil délku pracovní doby a odpočinek mezi směnami. Podmínkou je navýšení personálu na každé z lůžkových stanic, kde je sloužen třísměnný provoz.
- IV. Racionalizovat administrativní zátěž sester formou transformace zdravotnické dokumentace zavedením map péče a její kompletní elektronizace. Tím zjednodušit záznam údajů, zpřehlednit a podpořit spolupráci s dokumentací všech členů ošetřujícího týmu. Sekundárně se touto strategií umožní také přehledná kontrola nákladů na vynaloženou péči.
- V. Získat finance na týdenní relaxační/lázeňský pobyt pro onkologické sestry, např. v rámci rozvojového projektu FN HK či grantu.
- VI. Začlenit psychologa/psychoterapeuta do pracovního týmu a umožnit pravidelná individuální či skupinová setkávání. Vhodným modelem psychologické pomoci by mohla být interní týmová supervize. Její velkou předností je

podpora jednotlivých členů týmu, jež v důsledku podpoří a edukuje celý tým. Významně se podílí také na zvyšování úrovně profesionálního chování.

S výsledky výzkumu bylo seznámeno vedení Kliniky onkologie a radioterapie, které je jednotlivým výstupům a doporučením nakloněno. První čtyři doporučení, tj., navýšení finančního ohodnocení onkologických sester, zachování dodatkové dovolené, navýšení tabulkových míst a racionalizace administrativní zátěže jsou témata pro složitá a časově náročná jednání s vrcholovým managementem nemocnice. Páté doporučení, tj., „vzkříšené“ poskytování týdenního relaxačního/lázeňského pobytu pro onkologické sestry, je vnímáno jako předmět jednání na samotné klinice, která se může pokusit získat potřebné finance pro jeho realizaci formou rozvojového projektu FN HK nebo grantu. Šesté doporučení, které se týká pravidelných konzultací personálu s psychologem může být také v režii samotné kliniky. Psycholog na kliniku dochází a bylo by pravděpodobně možné domluvit s ním pravidelné schůzky věnované potřebám ošetrovatelského personálu. Pro všechny typy jednání bude důležitým podkladem podrobná analýza úrovně pracovní zátěže onkologických sester, získaná kvalitativním šetřením.

Zamýšlela jsem se nad vztahem mezi důležitostmi jednotlivých návrhů změn a obtížností jejich implementace.

Návrhy změn č. V. – *relaxační/lázeňský pobyt* a VI. - *psycholog* shledávám jako změny s největší příležitostí. Dále návrh změny č. II. - *dovolená* může být také uskutečnitelný. Zcela nereálnými návrhy změn k jejich realizaci shledávám návrh č. I. – *plat*, č. III. – *personál* a č. IV. – *administrativa*. Důvodem jsou zejména nepříznivá ekonomická situace v rámci krize, která ovlivňuje hospodaření nemocnice a v případě návrhu změny č. IV. – *administrativa* také nízká motivace managementu FN HK pro jednání o znění předloženého návrhu.

Dle výsledků šetření a z vlastního pozorování vím, že návrh změny č. II. – *zachování dodatkové dovolené* je významným motivačním faktorem pro sestry. Velmi často byl sestrami zmiňován také návrh č. V. – *relaxační/lázeňský*, zejména pamětnice na něj rády vzpomínají. Přesto, že návrhy změn č. III. – *personál* a č. IV. – *administrativa* by byly sestrami velmi vítány, jejich realizace je nadmíru složitá. Návrh č. I. – *plat*, sestrami vítaný, ale není naprostou prioritou, je v současné době zcela nerealizovatelný. Pozornost

kliniky by mohla být zaměřena na návrhy č. V. – *relaxační/lázeňský* a VI. – *psycholog*, jejichž implementace může být v její vlastní režii. Stane-li se riziko odebrání dodatkové dovolené skutečným, iniciativa kliniky může významně podpořit také návrh změny č. II. – *zachování dodatkové dovolené*.

Realizovatelná optimalizace motivace onkologických sester zahrnuje především nefinanční složky podpory, tj., odstranění rizika ve vztahu k odebrání dodatkové dovolené, nabídku lázeňského/relaxačního pobytu a konzultace s psychologem.

Projektové řízení, zaměřené na získání potřebných finančních prostředků na znovuoobnovení lázeňských/rekondičních pobytů, by mohlo být koncipováno jako téma *psychoprophylaxe ošetrovatelského personálu Kliniky onkologie a radioterapie FN HK*. Dalšími zahrnutými aktivitami v projektu by mohlo být poskytování pravidelné supervize a služby kolegiálního poradenství (tzv. peer counseling).

### **3.9. Diskuze**

Realizované výzkumné šetření na téma pracovní zátěže a profesní podpory onkologických sester ve FN HK probíhalo od prosince roku 2008 do května roku 2010. Cílem výzkumu bylo podhalit pomyslnou roušku nad zajímavou, avšak náročnou profesí onkologických sester.

Obor onkologie je velmi dynamický, aktuální a rychle se rozvíjející. Mnoho publikací je věnováno nejen jemu, ale i onkologickým pacientům, jejichž počty, bohužel, rok od roku narůstají. Jaké jsou však ty, s nimiž jsou onkologicky nemocní v tak úzkém kontaktu během své léčby? Jak se žije onkologickým sestram? Na tuto otázku jsem hledala odpověď v rámci předložené studie, jež zachycuje profesní životy několika onkologických sester ve FN HK.

Výsledky výzkumu informují o vztahu onkologických sester ke své profesi, charakterizují jejich pracovní podmínky a způsoby profesní podpory. Sestry vyprávěly své příběhy od samotných začátků, od příchodu na onkologii a svých prvních dojmů. Popisovaly svůj vztah k oboru, svá pracoviště, vztahy s kolegy, charakter pracovních povinností, který se v průběhu let významně změnil. S vývojem medicíny přibýlo



vyšetřovacích metod a možností léčby. Díky screeningovým metodám a včasné diagnostice stoupl také samotný počet pacientů. Na lůžkách je mnohem větší obrat nemocných, kteří mají čím dál tím větší naději na úplné vyléčení či alespoň prodloužení a zkvalitnění života s nádorovým onemocněním. Roku 2008 obdržela FN v Hradci Králové akreditaci a to s sebou přineslo značný nárůst administrativní zátěže všech zaměstnanců.

S procesem akreditace souvisí také nová podoba tzv. *adaptačního procesu* nově nastupujících pracovníků, o kterém mnohé informanty hovořily v souvislosti se svými prvními dojmy na pracovišti. Zatímco dříve probíhal proces zaškolení volným a neformálním způsobem, nyní je standardizovaný a jeho průběh bývá někdy stresující. Podléhá vnitřnímu předpisu FN HK, který vychází z plnění národních akreditačních standardů. „Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň“ (SAK ČR, 2010:Standard 60). Jednotlivá kritéria zahrnují seznámení se s pracovištěm, s pracovní náplní, s vnitřními předpisy, s postupy a činnostmi, jež má pracovník prokázat před tím, než je bude samostatně vykonávat (SAK ČR, 2010). Vnitřním předpisem FN HK je také definována délka adaptačního procesu (AP) pro jednotlivé kategorie zaměstnanců. U kategorie NLP jsou rozlišováni: Absolventi s délkou AP od 3 do 12ti měsíců a NLP s odbornou praxí s délkou AP 2-6 měsíců (Vnitřní předpisy FN HK, SM\_8/MET\_5, 2009). Dle potřeby lze AP prodloužit.

Informantky deklarovaly svůj vztah k oboru, jež se dá charakterizovat jistou ambivalencí. Na jedné straně je obor obohacuje svojí rozmanitostí a širokým lidským rozměrem, na straně druhé je vyčerpává svojí náročností, zejména psychickou. Jako nejnáročnější klasifikují péči o umírající, zvláště jsou-li to mladí pacienti. Péče o umírající a spolupráce s jejich rodinami jsou klasifikovány jako nejnáročnější ošetrovatelské činnosti v onkologii (Fairbrother, Paice, 2005).

Zamýšlely se nad vztahem práce a rodiny, nad tím, co mají na své práci rády, co mají rády méně a co by případně změnily. Ve vztahu k pracovním podmínkám sestry nejčastěji poukazovaly na nedostatek času na pacienty, jež souvisí s náročností ošetrovatelské péče, s podhodnocenými počty tabulkových míst ošetrovatelského personálu a s neefektivní organizací práce. Dalším faktorem nedostatku času byla sestrami zmiňována velká

administrativní zátěž. Sestra je povinna vést záznam o ošetrovatelské péči, tzv. ošetrovatelskou dokumentaci, která spolu s lékařskou dokumentací tvoří ucelenou zdravotnickou dokumentaci pacienta. Zdravotnická dokumentace je definována legislativou (Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění změn a doplňků; § 67b, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění). Její ošetrovatelská část musí obsahovat „záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu“ (Vnitřní předpisy FN HK, SM\_65, 2009:8). Zatímco lékaři FN HK vedou lékařskou dokumentaci v elektronické podobě, sestry ještě tuto možnost nemají. Podoba ošetrovatelské dokumentace spočívá v ručním vyplňování mnoha předtištěných formulářů. Hned v úvodu hospitalizace, při přijetí, vyplňuje sestra šest formulářů. Pokud pacient uvádí nějaké komplikace (bolest, onemocnění diabetem, nehojící se rána), množství formulářů narůstá. Problémem je také zaznamenávání téže informace několikrát a opakovaně do různých částí dokumentace. Např., má-li pacient při příjmu k hospitalizaci bolesti, musí sestra provést o této skutečnosti záznam hned čtyřikrát! Nejprve do ošetrovatelské anamnézy, poté do plánu péče, záznamu o vývoji stavu a v konečné fázi provede zhodnocení vývoje bolesti do záznamu sledování bolesti. Riziko pochybení v záznamu do dokumentace přepisováním jedné a téže informace několikrát narůstá. O časové náročnosti a iracionální administrativní zátěži pro sestry ani nemluvě.

V závěru šetření sestry diskutovaly o stávající profesní podpoře, o motivaci a předkládaly návrhy, jak ji nejlépe zefektivnit a přizpůsobit svým potřebám, jež přímo souvisejí s vyšší pracovní zátěží.

Výstupem výzkumu je několik návrhů a doporučení pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK. Návrhy se týkají zlepšení finančních podmínek, zachování dodatkové dovolené, navýšení tabulkových míst ošetrovatelského personálu, racionalizace administrativy, znovuoobnovení lázeňských/relaxačních pobytů a zavedení pravidelných konzultací s psychologem. Zlepšení finančních podmínek onkologických sester a navýšení personálu jsou návrhy v současné době nerealizovatelné vzhledem k ekonomické krizi, jež postihla hospodaření nemocnice. Podobně je tomu také s racionalizací administrativy, jež by spočívala v transformaci zdravotnické dokumentace, v její plné elektronizaci a to je také finančně značně nákladné. Realizovatelnými návrhy

mohou být zachování dodatekové dovolené, pravidelné konzultace s psychologem a znovuoobnovení lázeňských/relaxačních pobytů.

Profese onkologických sester je velmi specifická a charakter jejich pracovní zátěže výjimečný. Smyslem mého sdělení je na tuto skutečnost upozornit a předat dál zjištěné informace o potřebách, přáních a vizích těch, jež tuto profesi vykonávají. Byla bych velmi ráda, aby výsledky výzkumu neupadly v zapomnění a našly prostor pro svoji implementaci do reálné praxe, pro kterou jsou určeny.

Pomyslné hranice této regionální studie mohou být v budoucnu rozšířeny a téma profesního života onkologických sester ve FN HK obohaceno o komparaci s jinými pracovišti v České republice i v zahraničí.

## 4. ZÁVĚR

Ráda bych diplomovou práci věnovala všem onkologickým sestřám a jejich rodinám. Zvolily si náročnou, avšak nesmírně zajímavou a obohacující profesi. Sama jsem jednou z nich a kdybych se znovu rozhodovala, neměnila bych. Podobný názor zazněl také z úst mnoha informantek, během rozhovorů, které jsem s nimi vedla. V literatuře o onkologických sestřách se dočteme o jisté bipolárnosti charakteru této profese. Na jedné straně stojí její výjimečná psychická, odborná i fyzická náročnost, na straně druhé pak dynamičnost, hloubka poznání, ohromný lidský rozměr a prospěšnost. Sestry by neměnily. Mají svoji profesi rády.

Pamětnice vzpomínají na své první krůčky onkologií před dvaceti lety. Měly skromné materiálně-technické podmínky, velmi omezené možnosti léčby, chyběly screeningové metody. Pacienti mnohdy přicházeli „pozdě“, s pokročilým nádorovým onemocněním. Ošetřovalo se velké množství závažných a nehojících se nádorových defektů. Nebyl pomocný ošetřovatelský personál. Přesto, sestry-pamětnice vzpomínají na své začátky s jistou dávkou nostalgie. Hovoří o výborném pracovním kolektivu, s úsměvem na tváři vyprávějí o různých společných aktivitách (podzimní houbaření, dovolené, čarodějnické slavnosti, mikulášská, oslava jubileí). Přes náročnou práci měly na sebe čas.

Čas plynul. Pokroky v medicíně jsou skokové, technika na sebe nenechala také čekat. Znásobily se možnosti léčby chemoterapií, vstoupila nová biologická léčba, nové ozařovací techniky s maximálně přesným zaměřením nádoru. Screeningové metody přivádějí na onkologii stále větší počet pacientů. Jejich onemocnění je zachyceno v časném stádiu a mají vysoké šance na úplné vyléčení. Charakter pracovních činností onkologických sester se změnil. Klasické ošetřování nemocných a uspokojování jejich základních potřeb získalo nový rozměr. Přidala se zdravotnická technika, nová farmakoterapie, standardizace a akreditace, administrativa, zvýšený obrat pacientů, zrychlené tempo činností. Najednou je málo času...

Pro všechny povinnosti moderního zdravotnictví je málo času na ty, pro něž byl celý systém stvořen – na pacienty. Ti onkologičtí to vnímají velmi citlivě. Sestry se dostaly do

konfliktu rolí. Na jedné straně pracují pod tlakem stále rychleji se kupících povinností, na straně druhé vnímají své pacienty, kteří na jejich čas trpělivě čekají. Vkrádá se stres.

Vyprávění sester dostává jiný ráz. Objevuje se téma pracovní zátěže, únavy a vyčerpání. Sestry najednou nemluví tolik o tom, co je, ale soustředí se na to, co by mohlo být. Sdělují svá přání a vize. Všechny mají společného jmenovatele: „Aby bylo lépe“. Přály by si především více času a klidu na svoji práci, více odpočinku a relaxace. Zamýšlejí se nad tím, jak toho docílit? Mezi nejčastěji zmiňované návrhy patří zlepšení organizace práce, navýšení počtu personálu, racionalizace administrativy, znovuoobnovení lázeňských/relaxačních pobytů a možnost pravidelných konzultací s psychologem.

Mají svoji práci rády: „...Člověk by to bez toho ani nemoh dělat“. Vědí, co potřebují pro to, aby ji mohly dělat co nejlépe. Stačí se jich na to jen zeptat. Udělala jsem to. Výsledkem mé práce jsou návrhy pro optimalizaci profesní podpory onkologických sester ve FN HK, k nimž jsem dospěla pečlivou analýzou získaných dat z výpovědí laskavých informantek, jež mi je byly ochotny poskytnout. Za to jim všem velmi děkuji!

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

## Literatura

Alacacioglu et al. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*. 2009, Vol. 18, pp. 543-548. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Armstrong, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 800 s. ISBN: 978-80-247-1407-3

Buerhaus et al. State of the oncology nursing workforce: Problems and implications for strengthening the future. *Nursing Economic\$*. 2001, Vol. 19, No. 5, pp. 198-208. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Fairbrother, Cheryl A., Judith A. Paice. Life's Final Journey: The Oncology Nurse's Role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2005, Vol. 9. No. 5, pp. 575-579. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Gallagher, R., D. K. Gormley. Perceptions of Stress, Burnout, and Support Systems in Pediatric Bone Marrow Transplantation Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009, Vol. 13, No. 6, pp. 681-685. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Gambles, M., S. M. Wilkinson, C. Dissanayake. What Are You Like? A Personality Profile of Cancer and Palliative Care Nurses in the United Kingdom. *Cancer Nursing*. 2003, Vol. 26, No. 2, pp. 97-104. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Gladkij, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN: 80-7226-996-8

Havrdoová, Z., M. Hajný et al. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN: 978-80-7262-532-1

Havrdová, Z. *Studijní texty ze supervize pro studenty Katedry řízení a supervize FHS UK v Praze*. [online]. 2009. [cit. 14-01-2009].

Dostupné z: <http://studijnitexty.krszs.info/index.php?page=texty/supervize-studijni-text/text-supervize/ii-ucel-supervize-druhy-a-formy/2-ucel-supervize-a-o-cem-je>

Hawkins, P., R. Shohet. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN: 80-7178-715-9

Hayes, C. et al. Retaining Oncology Nurses: Strategies for Today's Nurse Leaders. *Oncology Nursing Forum*. 2005, Vol. 32, No. 6, pp. 1087-1090. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN: 978-80-7367-485-4

Hinds et al. A comparison of the stress-response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*. 1994, Vol. 17, No. 1, pp. 61-71. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Hogan, P., L. Moxham, T. Dwyer. Human resource management strategies for the retention of nurses in acute care settings in hospitals in Australia. *Contemporary Nurse*. April 2007, Vol. 24, Issue 2, pp. 189-199. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Hrstková, D., A. Riegerová. Psychoterapeutická podpora personálu na Onkologickém oddělení v Krajské nemocnici v Liberci. *Onkologická péče*. 2004, Roč. 8, č. 3, s. 22-23. ISSN: 1214-5602

Jo Bush, N. Compassion Fatigue: Are You at Risk? *Oncology Nursing Forum*. January 2009, Vol. 36, No. 1, pp. 24-28. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Kalfossová, M. H. Kdo pečuje o pečující? *Onkologická péče*. 2000, roč. 4, č. 2, s. 11-12. ISSN 1214-5602.

Kimball, B., E. O'Neil. Health Care's Human Crisis: The American Nursing Shortage. 2002. *The Robert Wood Johnson Foundation*. [online]. [cit. 2010-03-25].

Dostupné z: <http://www.rwjf.org/files/publications/other/NursingReport.pdf>

Korandová, E. Pracovní spokojenost, podmínka stabilizace onkologických sester. *Zprav. Čes. Asoc. Sester*. 1999, č. 8, s. 35-37.

Kubečková, O. 2000. „Projekt zvyšování kvality péče – příprava na akreditaci nemocnic – práce primárních sester v case managementu“. In Univerzita Palackého, LF UP, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Sborník příspěvků 2. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Velká Bystřice, 6.-7.9.2000*. Olomouc: s.n., s. 58-61.

Lynn Wieck, K., J. Dols, S. Northam. What Nurses Want: The Nurse Incentives Project. *Nursing Economic\$*. May-June 2009, Vol. 27, No. 3, pp. 169-177. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Marková, E., I. Eislerová. 2000. „Řídící proces na úrovni staničních sester“. In Univerzita Palackého, LF UP, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Sborník příspěvků 2. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Velká Bystřice, 6.-7.9.2000*. Olomouc: s.n., s. 77-81.

Medland, J., J. Howard-Ruben, E. Whitaker. Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in the Workplace. *Oncology Nursing Forum*. 2004, Vol. 31, No. 1, pp. 47-54. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Neupauerová, G., M. Košč. Pracovní zátěž u lékařů a zdravotních sestier onkologických oddelení na Slovensku. *Pracovní lékařství*. 2002, Roč. 54, č. 3, s. 120-124. ISSN 0032-6291.

Ondriová, I., B. Kollárová. Psychická a fyzická zátěž onkologických sestier. *Sestra*. 2005, Roč. 4, č. 12, s. 16. ISSN 1335-9444.

Strauss, A., J. Corbin. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. 228 s. ISBN: 80-85834-60-X



Škrla, P. Aplikovaný model řízené péče v onkologickém ošetrovatelství. *Onkologická péče*. 2001, Roč. 5, Č. 3, s. 11-16. ISSN 1214-5602.

Škrla, P., M. Škrlová. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion s. r. o., 2003. 477 s. ISBN: 80-7172-841-1

Toofany, S. Team building and leadership: the key to recruitment and retention. *Nursing management*. 2007, Vol. 14, No. 1, pp. 24-27. [online].

Dostupné z internetové databáze EBSCO: <http://web.ebscohost.com>.

Wintnerová, J. Úskalí práce sestry na hematoonkologickém oddělení. *Sestra*. 2003, Roč. 13, Č. 2, s. 10-11. ISSN 1210-0404.

### **Analyzované dokumenty**

Dodatek č. 2 Kolektivní smlouvy FN HK na období 1.4. 2009-31.3. 2010.

Zdroj: Intranet FN HK.

Dodatek č. 3 Kolektivní smlouvy FN HK na období 1.4. 2009-31.3. 2010.

Zdroj: Intranet FN HK.

Kolektivní smlouva FN HK na období 1. 4. 2009 – 31. 3. 2010.

Zdroj: Intranet FN HK.

Kolektivní smlouva FN HK na období 1.4. 2010 – 31.3. 2011.

Zdroj: Intranet FN HK.

Onkologické sestry. [email]. 11. března 2010 19:01. [cit. 9. května 2010].

Průzkum spokojenosti zaměstnanců.

Zdroj: Intranet FN HK.

Vnitřní předpisy FN HK. SM\_65: Vedení zdravotnické dokumentace ve FN HK. 2009.

Zdroj: Intranet FN HK.

Vnitřní předpisy FN HK. SM\_66: Způsoby používání FKSP. 2009.

Zdroj: Intranet FN HK.

Vnitřní předpisy FN HK. SM\_8/MET\_5: Adaptační proces zaměstnanců FN HK. 2009.

Zdroj: Intranet FN HK

Vnitřní předpisy FN HK. SM\_8/MET\_6: Pracovní hodnocení a plán osobního rozvoje zaměstnanců. 2008.

Zdroj: Intranet FN HK.

### **Webové stránky**

ČSÚ, /Český statistický úřad/. 2009. *Průměrná hrubá měsíční mzda*. [online]. Praha: ČSÚ [cit. 27.04.2010].

Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/i/tab\\_1\\_pmz/\\$File/cpmzcr030910\\_1.xls](http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/i/tab_1_pmz/$File/cpmzcr030910_1.xls)

Hestia, občanské sdružení. 2009. *Potřeby pečujících – psychohygienu a supervize*. In. *Vzdělávací modul pro pracovníky v oblasti sociální péče*. [online]. Praha: Hestia [cit. 14.01.2009].

Dostupné z: <http://www.hest.cz/ruzne/HrdaSupervize.doc>

*Historie Fakultní nemocnice v Hradci Králové*. [online]. [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=14>

*Klinika onkologie a radioterapie FN HK. Z historie*. [online]. [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz/onkol/?id=2>

MZČR, /Ministerstvo zdravotnictví České Republiky/. 2009. *Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR. Tisková konference MZČR dne 24.4.2009*. [online]. Praha: MZČR [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr\\_1295\\_868\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr_1295_868_1.html)

MZČR, /Ministerstvo zdravotnictví České Republiky/. 2009. *Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR. Tisková konference MZČR dne 24.4.2009*. [online]. Praha: MZČR [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr\\_1295\\_868\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr_1295_868_1.html)

*Program kvality FN HK.* [online]. [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=115>

SAK ČR, /Spojená akreditační komise České republiky/. 2010. *Národní akreditační standardy pro nemocnice, dotisk + errata – změny platné od 1.3. 2010.* [online]. Praha: SAK ČR [cit. 8.5. 2010].

Dostupné z: [http://www.sakcr.cz/akreditace\\_doc.php](http://www.sakcr.cz/akreditace_doc.php)

ÚZIS ČR, /Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR/. 2009. *Incidence nádorových onemocnění v ČR.* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

ÚZIS ČR, /Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR/. 2007. *Incidence nádorových onemocnění v ČR.* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 10.08.2009].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

ÚZIS ČR, /Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR/. 2009. *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2008.* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 27.04.2010].

Dostupné z: [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200)

## **Zákony**

Nařízení vlády č. 137/2009Sb., kterým se stanoví katalog prací ve veřejných službách a správě

Novela ze dne 11.1.2010, kterou se mění Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

Vyhláška č. 114/2002 Sb., o fondu kulturních a sociálních potřeb, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění změn a doplňků

Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, § 67b

Zákon č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. Projekt diplomové práce

Příloha 2. Příklad generické mapy péče (osnova)

Příloha 3. Diagnostický plán.

Příloha 4. Dotazník a vybrané odpovědi.

## **Příloha 1. Projekt diplomové práce.**

Jméno studenta: Mgr. Andrea Nečasová

Jméno vedoucího DP: Mgr. Petr Vrzáček

Imatrikulační ročník: 2008

Osobní číslo: 96984880

Předběžný název DP: Pracovní zátěž onkologických sester a možnosti jejich profesní podpory ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

### **Vstupní diskuse problému:**

Mnoho bylo již sděleno a napsáno o pacientech bojujících s onkologickým onemocněním. Málo je však známo o tom, jak žijí a pracují ti, kteří se o ně starají. Jak se ve své profesi cítí ty, jež jsou s onkologickými pacienty v nejužším profesním kontaktu? Pokusím se zjistit, jaká je realita pracovního života onkologických sester v rámci Východočeského komplexního onkologického centra. Budu se zajímat o to, jakou formu profesní podpory mají, jak se ve své práci cítí, co by rády změnily. Cílem mé diplomové práce bude identifikovat všechny stávající formy profesní podpory onkologických sester ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a navrhnout jejich optimalizaci tak, aby odpovídala co nejlépe charakteru jejich pracovní zátěže.

**Pracovní hypotéza:** Stávající forma profesní podpory onkologických sester ve FN HK je nedostatečná vzhledem k jejich vysoké psychické i fyzické pracovní zátěži.

Formulaci pracovní hypotézy předcházela osobní zkušenost a pilotní výzkumná studie, kterou jsem zrealizovala na Klinice onkologie a radioterapie FN v Hradci Králové v létě roku 2009. Osobní zkušenost je podložena mým profesním působením na jedné z lůžkových stanic kliniky, kde pracuji jako staniční sestra. Po třech letech své sesterské praxe na onkologii vyhodnocuji míru psychické i fyzické zátěže ošetrovatelského personálu jako extrémně vysokou. Možností profesní podpory pro onkologické sestry není

mnoho, vnější motivace personálu klesá, s únavou a vyčerpaností klesá i motivace vnitřní. V pilotní studii, která měla formu standardizovaného dotazníku s otevřenými otázkami, sestry otevřeně hovoří o vysoké pracovní zátěži a jisté míře frustrace, která pramení z nízkého finančního ohodnocení a z restriktivní politiky ředitelství FN HK vůči benefitům, které onkologické sestry měly a o které postupem času přicházejí.

**Cíl diplomové práce:** Na základě zjištěných informací se pokusím navrhnout optimalizaci možností profesní podpory onkologických sester ve FN HK tak, aby stabilizovaly spokojenost ošetrovatelského personálu a zvýšily jejich motivaci.

### **Struktura diplomové práce:**

1. Část teoretická – personální řízení, motivace zaměstnanců, specifika motivace onkologických sester (příklady z ČR, Evropy, světa), rizika pracovní zátěže onkologických sester
2. Část praktická – výzkum ve FN v Hradci Králové; doporučení, jak motivaci ošetrovatelského personálu na onkologii zlepšit

### **Pracovní postup a výzkumné metody:**

#### A.1. Analýza současné situace

- pracovní zátěž onkologických sester ve FN v Hradci Králové
- stávající formy profesní podpory ošetrovatelského personálu na onkologii ve FN HK
- spokojenost sester na pracovišti a saturace jejich potřeb
- způsoby a formy profesní podpory onkologických sester v jiných zdravotnických zařízeních

#### A.2. Výzkumné metody

- pilotní studie – strukturovaný dotazník s otevřenými otázkami
- rozhovory – vyhodnocení výsledků a jejich interpretace pomocí kvalitativní metody *zakotvené teorie*
- vlastní pozorování
- dotazování pomocí e-mailu
- studium dokumentů – tištěné zdroje, internetové zdroje

### **B.1. Návrh změny**

- návrh optimalizace forem profesní podpory onkologických sester ve FN v Hradci Králové na základě jejich vlastních návrhů a zjištěných inspirací z literatury a informačních zdrojů z jiných zdravotnických zařízení

### **B.2. Zpětná vazba**

- diskuse výsledků výzkumného šetření a návrhu způsobu motivace onkologických sester ve FN v Hradci Králové s managementem Kliniky onkologie a radioterapie FN HK.

### **Předběžná literatura:**

Armstrong, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 800 s. ISBN: 978-80-247-1407-3

Branham, L. *Jak si udržet nejlepší zaměstnance*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2004. 327 s. ISBN: 80-251-0223-7

Gladkij, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN: 80-7226-996-8

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN: 978-80-7367-485-4

Kotter, J.P. *Vědomí naléhavosti*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2009. 221 s. ISBN: 978-80-7261-193-5

Kotter, J.P. *Vedení procesu změny*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2009. 192 s. ISBN: 978-80-7261-015-0

Kotter, J.P. *Srdce změny*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2003. 200 s. ISBN: 80-7261-095-3

Strauss, A., J. Corbin. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. 228 s. ISBN: 80-85834-60-X



Škrla, P., M. Škrlová. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN: 80-7172-841-1

Ayok, N., D. Boyle. Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009, vol. 13, issue 2, p. 183-191.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Escot, C., et al. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2001, vol. 17, issue 5, p. 273-279.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Grunfeld, E., et al. Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psycho-oncology*. 2005, vol. 14, issue 1, p. 61-69.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Limonero, J. T., et al. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*. 2004, vol. 10, issue 1, p. 29-41.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Medland, J., J. Howard-Reben, E. Whitaker. Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in the Workplace. *Oncology Nursing Forum*. 2004, vol. 31, issue 1, p. 47-54.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Neupauerová, G., M. Košč. Pracovní zátěž u lékařů a zdravotných sestier onkologických oddelení na Slovensku. *Pracovní lékařství*. 2002, roč. 54, č. 3, s. 120-124. ISSN: 0032-6291

Ochoa, I.I., A. M. Montano, I. C. Heredia. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007, vol. 33, issue 3, p. 1-15.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Ondriová, I., B. Kollárová. Psychická a fyzická zátěž onkologických sestier. *Sestra*. 2005, roč. 4, č. 12, s. 16. ISSN: 1335-9444

Pečenková, J., L. Strnad, D. Milka. Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetřovatelství*. 1999, roč. 1, č. 1, s. 12-14. ISSN: 1212-723X

Rybářová, M., J. Pečenková. Zvládání zátěžových situací u dětských hematoonkologických pacientů. *Ošetřovatelství*. 2001, roč. 3, č. ½, s. 36-40. ISSN: 1212-723X

Škrla, P. Aplikovaný model řízení péče v onkologickém ošetřovatelství. *Onkologická péče*. 2001, roč. 5, č. 3, s. 11-16. ISSN: 1214-5602

Wilkinson, S.M. Stress in cancer nursing: does it really exist? *Journal of Advanced Nursing*. 1994, vol 20, issue 6, p. 1079-1084.

Dostupný z: <http://web.ebscohost.com>

Podpis studentky:

Podpis vedoucího práce:

**Příloha 2. Příklad generické mapy péče (osnova).**

<b>MAPA PÉČE</b>		<b>Zdravotnické zařízení:</b>			
<b>DRG:</b> <b>PHD*:</b>		<b>Oddělení:</b>			
<b>Informace o pacientovi:</b>					
<b>Kritická cesta</b>	<b>Den 1</b>	<b>Den 2</b>	<b>Den 3</b>	<b>Den 4</b>	<b>Propuštění</b>
<b>Ošetrovatelský proces</b>					
<b>Diagnostika, konsilia</b>					
<b>Zákroky/výkony procedury</b>					
<b>Medikace</b>					
<b>Dieta</b>					
<b>Pohybový režim</b>					
<b>Výuka</b>					
<b>Plánované propuštění</b>					

\*Průměrná hospitalizační doba

Zdroj: Škrla, Škrlová, 2003.

**Příloha 3. Diagnostický plán.**

<b>Událost/aktivita</b>	<b>Očekávané výstupy</b>	<b>Cílová skupina/ účastníci</b>	<b>Doba trvání Datum konání</b>
Pracovní schůzka s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie FN HK	Dojednání a obsah diagnostiky a praxe	Já + vrchní sestra	45 min. 2. 12. 2008
Pracovní schůzka s vedoucí praxe řízení	Dojednání a obsah diagnostiky a praxe	Já + vedoucí praxe řízení	45 min. 5.12.2008
Informační schůzka se staničnými sestrami Kliniky onkologie a radioterapie	Přestavení obsahu diagnostiky a praxe řízení; seznámení staničních sester se záměrem; výzva ke vzájemné spolupráci	Já + staniční sestry	50 min. 10. 12. 2008
Pracovní schůzka s onkologickými sestrami obou lůžkových pracovišť kliniky	Seznámení onkologických sester se záměrem; motivace pro spolupráci	Já + onkologické sestry – obě lůžkové stanice	Leden 2009 + průběžně stále
Pracovní schůzka s onkologickými sestrami ambulantního provozu	Seznámení onkologických sester se záměrem; motivace pro spolupráci	Já + onkologické sestry – specializované ambulance	Leden 2009 + průběžně stále
Pozorování	Jak vypadá typický pracovní den na daném pracovišti? Chování a přístup jednotlivých sester. Funguje týmová spolupráce?	Já + všichni členové pracovních týmů: ambulance, stacionář, lůžkové stanice	Leden 2009 + v průběhu celého dg. procesu

Analýza dokumentů	Podrobné studium legislativních změn ve vztahu ke stabilizaci sester v ČR; Studium vnitřních předpisů a dokumentů FN HK týkajících se personální politiky a podpory zaměstnanců; studium internetových zdrojů	Já	Leden 2009 + průběžně stále
Pracovní schůzka s vrchní sestrou Kliniky onkologie a radioterapie	Neformální rozhovor s otevřenými otázkami; jaké možnosti podpory onkologických sester klinika realizuje?	Já + vrchní sestra	60 min. 25. 5. 2009
Pracovní schůzka se staničními sestrami	Předání dotazníků pro onkologické sestry k vyplnění	Já + staniční sestry	20 min. 26. 5. 2009
Analýza zjištěných informací, návrhy, diagnostika organizace	Výsledky diagnostiky organizace	Já	Červen – červenec 2009
Pracovní schůzka s vrchní sestrou kliniky	Seznámení vrchní sestry s výsledky diagnostiky a diskuse nad návrhem změn	Já + vrchní sestra	120 min. 2. 8. 2009
Pracovní schůzka se staničními sestrami	Seznámení staničních sester s výsledky diagnostiky a diskuse nad návrhem změn	Já + staniční sestry	100 min. 3. 8. 2009
Sepsání závěrečné diagnostické zprávy	Napsání závěrečné diagnostické zprávy	Já	Srpen 2009

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2009.*

#### Příloha 4. Dotazník a vybrané odpovědi.

<i>Na onkologii pracuji</i>	<i>1-3 roky</i>	<i>4-10 let</i>	<i>více jak 10 let</i>
15 informantek uvedlo více jak 10 let; 6 informantek 4 – 10 let a 4 informantky 1 – 3 roky			
<b>1. Můžete popsat Váš typický den na pracovišti?</b>			
(7-9 h) Kontrola stavu pacientů, nové skutečnosti, změny medikací.			
(10-14 h) Intenzivní péče svěřených pacientů, medikace, výživa, prevence dekubitů, převazy, edukace, odchody pacientů, příjmy.			
(14-18 h) Medikace.			
Ranní káva, předání směny – pak zmatek a chaos díky lékařům a rozsáhlé dokumentaci, do konce směny.			
Nelze jednoznačně charakterizovat, neboť každý den je odlišný.			
Ráno přijdu dříve do práce, posnídám, poté přejdu na ambulanci, zadám pacienty do počítače, plním ordinace lékaře, odebírám krev, píši žádanky, říkám pacientům, kde co najdou – (vyšetření, budovy), uklízím výsledky, uklízím ordinaci a jdu domů.			
Každý den je trochu jiný, ale hlavně ranní směna je náročná spoustou ordinací, převazů, příjmů a propuštění. K tomu podávání chemoterapie, neméně náročná je i administrativní část, protože u onkologických pacientů najdeme téměř všechny potíže.			
Pracuji na ambulanci, náplň práce nebudu popisovat. Mohlo by se zdát, že je každý den stejný, ale bohužel, skutečnost je jiná. Každý den se setkáváme s novými osudy.			
<b>2. Když pohlédnete zpět, můžete popsat to nejtěžší, s čím jste se musela při vstupu na onkologii vyrovnat?</b>			
Vysoká mortalita i mladých lidí, dlouhé umírání, ne vždy důstojné, špatná péče o pozůstalé.			
Klídek po bývalém pracovišti. Stará budova, pokoje o 6-ti lůžkách, více... Špatné sociální zázemí pro nemocné. Skromné vybavení, zaostalé ve zdravotních pomůckách.			

Věděla jsem, do čeho jdu.
Velká utrpení nemocných.
S kolektivem.
Častá úmrtí pacientů, těžké stavy spojené s rozpadem částí těla.
Velmi mladí pacienti s touto diagnózou, koordinace práce při velkém počtu pacientů, změna stylu života vzhledem k nočním směnám, „umělé“ prodlužování života, prášky pacientů na silné bolesti, smrt pacientů, hlavně těch, kteří umírají dlouze.
Nejtěžší byla neznalost oboru, léků, název <i>cytostatikum</i> byl zcela cizí. Naučit se neprožívat tragédie a smutné osudy tak, jako by se to týkalo mých blízkých.
S tím, že jsem si jeden den přivedla jako pacienta svého manžela.
<b>3. Co Vás k onkologii „přivedlo“?</b>
Vysoký výskyt tohoto onemocnění v rodině.
Přechod z 1 směny na 3 směnný provoz + zkrácená pracovní doba. Pestrost ze všech oborů.
Velké výhody, např., delší dovolená, rizikové příplatky, 1 x za rok možnost pobytu v lázních.
Nadšení pro nádorovou buňku a možnost nějaké realizace.
Náhoda, nebylo jinde místo. Začala jsem pracovat ve svých 21 letech.
Ovlivnily mě opakované praxe na onkologii během studia, poměrně široká rozmanitost problémů diagnóz onkologických pacientů, onkologie jako interní obor, přístup personálu na onkologii nejen ke mně, ale i k pacientům.
Když jsem dostala nabídku pracovat na onkologii, rozhodující byl vyšší plat.
Volné místo na hematoonkologii ve FN HK.
<b>4. Představte si, že máte onkologii jako obor doporučit své kolegyni, která se rozmýšlí, kam půjde pracovat ... Co byste jí řekla?</b>
Nutností je velmi silná motivace. Je to obor velmi těžký; je dobré, aby tam pracovala sestra s větší praxí. Mnoho mezioborových činností (ORL, gynda, pegy, porty), umírání

+ smrt jako běžná součást léčby.

Půjdete-li do HK, běžte raději na interní kliniku. Bude to to samé s menší psychickou zátěží, s větším klidem a financemi.

Jedná-li se o absolventku, tak bych zásadně nedoporučila. Tato práce je psychicky a fyzicky velmi náročná.

Jestli chceš vidět změny osobností, myslím v dobrém, potom jsou naši pacienti v tomto nej ...

Je to velmi náročný obor po psychické stránce a náročný na zapracování po odborné stránce.

Kdybych měla dceru, nepřála bych si, aby tady dělala. Přála bych jí jednodušší život.

***5. Rozhodne-li se kolegyně kladně a nastoupí na onkologii, popište, jak ji práce na onkologii „změní život“?***

Velká psychická a fyzická zátěž; pro velkou únavu málo času na rodinu, přátele a kulturu. 3-směnný provoz – minimum prostoru pro koníčky.

Rozhodně nebude chodit včas domů, bude-li chtít mít dobře odvedenou práci.

To nelze jednoznačně říci, protože jsme každá jiná.

Často se tu člověk setkává s těžkými osudy, bolestí, umíráním a smrtí. Až do té doby, než tu začal pracovat tyto záležitosti tak intenzívně nevnímal, byly vzdálené. Změnil žebříček hodnot tak, že si víc váží svého zdraví a zdraví blízkých, vzhledem k tomu, co vidí u lidí ve svém věku.

Změnil se hodně. Hodně lidského neštěstí spojeného s onkologickou diagnózou ji nenechá klidnou a na lůžkové části moc pozitivního neuvidí. Hodně pacientů sem přichází zemřít.

Život Vás změní velmi. Každá normální nemoc Vás vyděsí a hned ve všem vidíte onkologické onemocnění. Toho se již nikdy nezbavíte.

***6. Co byste poradila onkologickým sestrám, jak by mohly nejlépe skloubit své povolání s osobním a rodinným životem?***



Nemám zdání, sama hledám vhodný model již léta. Výhodou je milující a velmi tolerantní rodina, bez ní to nejde.
Nefixovat se na pacienty, nedělat z nich přátele rodiny, nepožadovat žádné protislužby – oddělení a šmytec.
Najít pochopení u svého partnera.
Dobré rodinné zázemí a nepodceňovat relaxaci.
Skloubí ho těžce. Musí mít velké pochopení svých blízkých. Sestra přichází po službě psychicky i fyzicky vyčerpaná.
<b><i>7. Čeho si na své práci nejvíce vážíte?</i></b>
Sama sebe.
Vážím si pomoci těžce nemocným na sklonku jejich života.
Že mě lidé „berou“.
Tuto práci mám ráda, jinak bych nemohla na onkologii pracovat.
Důvěry pacientů, kterou nechci zklamat.
Mám dojem, že mě mají pacienti rádi a že dokážu alespoň maličkou chvíli vyloudit malý úsměv na rtech. Naši pacienti se totiž vůbec nesmějí.
<b><i>8. Jaké přednosti a pozitiva byste uvedla ve vztahu k Vašemu pracovnímu kolektivu?</i></b>
Je to druhá rodina, velká soudržnost v krizových situacích, ochota pomoci kolegyni v nouzi, (PN, atd.).
Kladný a milý přístup k nemocným. Dobré interpersonální vztahy, přátelskost, vysoké pracovní nasazení.
Vzhledem k náročnosti naší práce je kolektiv vždy výborný.
Spolehlivost a ochota ke spolupráci všech kolegyň.
Většinou mám dobrou náladu a snažím se vždy vyhovět.
Protože se setkáváme s tolika lidským neštěstím, je kolektiv lepší než na mnohých jiných pracovištích.
Já osobně si myslím, že náš kolektiv je dobrý i přes velký věkový rozdíl.

**9. Co byste na kultuře Vašeho pracovního kolektivu nejraději vylepšila?**

Více času na volnočasové aktivity, moci nosit jiné uniformy, veselejší.

Zvýšení iniciativy ošetřovatelek o nemocné (vlastní nápaditost).

S naším kolektivem jsem spokojená.

Aby každá byla přidělena na ten úsek a na takovou práci, kterou zvládá.

Protože nám stále přibývá pracovních povinností, nemáme čas se setkávat jako kolektiv mimo pracoviště.

Občas větší snahu pomoci si navzájem. U některých větší zájem o pacienta jako o člověka a o jeho úplně nejzákladnější potřeby.

**10. Jakým způsobem jsou onkologické sestry ve FNHK podporovány svým zaměstnavatelem?**

Žádným. Špatná organizace práce, z toho vyplývající obrovský stres. Málo volného času na odpočinek - dobré by byly rekondiční pobyty. Neznalost onkologické problematiky.

Administrativní zátěž.

FKSP – stejně jako z jiných klinik.

Z dřívějších výhod zůstala delší dovolená a rizikové příplatky (nižší než na jiných odděleních).

O nic víc než ostatní sestry ve FN a někdy méně než u jiných pracovišť.

Hrazení vzdělávacích akcí.

Sestry podporovány nejsou. Jenom přibývá povinností, příkazů a zákazů ... také stresu.

Náš zaměstnavatel si váží naší práce. Dočteme se to i v novinách.

**11. Jak by měla adekvátní podpora onkologických sester zaměstnavatelem vypadat?**

Méně hodin v týdnu, více volna, rekondiční pobyty (lázně, atd.), větší pochopení a znalost naší práce.

Lázeňské relaxační pobyty.
Zkrácená pracovní doba, dodatková dovolená, vyšší rizikové příplatky, vyšší preventivní péče.
Uvítala bych možnost RHB + relaxačních pobytů.
Možnost relaxace a odměn.
Je to obor, který se velmi liší od ostatních. Počínaje, např., povinným rekondičním pobytem a konče, např., tlakem na ministerstvo o zvýhodnění sester na onkologii, jako mají vojsko, policie.
Peněžní adekvátní odměna (výplata). Vážít si práce podřízených, umět pochválit, osobní ohodnocení.
Více sester, (6 pacientů) na jednu sestru. Zkrácení pracovní doby z 8,5 na 6,5 hod. Zvýšené finanční ohodnocení za vysoké psychické zatížení sester. 1 x za rok rekondiční pobyt v lázeňském zařízení.
Měl by jim určitě přispívat víc na penzijní připojištění, protože nám hrozí předčasný odchod do důchodu z důvodu dřívějšího vyčerpání.
<b><i>12. Když se Vás někdo zeptá, čím jste a kde pracujete, jaká je nejčastější jeho reakce na Vaši odpověď?</i></b>
Lidé se děsí, někteří mne litují. Všichni ale vědí, že je to práce velmi těžká, přesto společensky výrazně nedoceněná, nikdo by ji nedělal.
To není pěkné oddělení.
Nejčastější odpověď je: Jak to můžeš dělat? Tím je myšlena psychická i fyzická náročnost této práce.
Tam bych nedělala, to musí být hrozný.
Na onkologii to musí být náročný. Tam se asi často setkáváte s umíráním a smrtí. To tě teda obdivuji.
Jak to můžeš dělat!
To je na nich vidět, že to je takové veřejné TABU.

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2009.*

## SLOVNÍK DŮLEŽITÝCH JMEN A POJMŮ

**Axiální kódování** – soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.

**Centrální kategorie** – ústřední jev, kolem kterého se integrují všechny ostatní kategorie

**Dimenze** – umístění vlastnosti na nějaké škále.

**Kategorie** – třída pojmů; tato třída je objevena, když se při vzájemném porovnávání pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu, pod abstraktnější pojem nazývaný kategorie.

**Kódování** – proces analýzy údajů.

**Mapy péče** – synonymy jsou *caremaps*, *kritické cesty*, *critical pathways*, *multidisciplinární plány péče*, *rozhodující cesty péče* nebo *standardizované plány péče*. Mapy péče jsou multidisciplinárním nástrojem pro řízení péče pacientů, jsou vypracovány pro specifickou diagnózu (DRG), proceduru či zákrok. Každý den očekávané hospitalizace je rozpracován v plán, jenž zahrnuje diagnostiku, zákroky, medikaci, dietu, ošetrovatelské intervence, pohybový režim, výuku a plánované propouštění. Ošetrovatelské intervence jsou načasovány za účelem dosažení specifických cílů.

**Otevřené kódování** – proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů.

**Pojmy** – pojmová označení přidělená jednotlivým událostem, případům a jiným výskytům jevu.

**Peer Counseling** – kolegiální poradenství; účelná metoda kolegiální pomoci založená na principu sdílení podobné zkušenosti zahrnující vzájemnou podporu a hledání řešení.

**Řízená péče** - (angl. Managed care) se vyznačuje snahou získat kontrolu nad narůstajícími náklady ve zdravotnictví a nad kvalitou péče. Jejími nástroji jsou, např., mapy péče, management rizik, plánované propouštění pacientů, management případů či utilizační management (řízení zdrojů).

**Selektivní kódování** – proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí.

**Supervize** – organizovaná příležitost k sebereflexi; jedna z forem podpory profesionálního růstu s cílem zvyšovat svoji profesionální kompetenci.

**Vlastnosti** – znaky nebo charakteristiky náležející kategorii.

**Zakotvená teorie** – metoda induktivního návrhu teorie pomocí dat

## **SEZNAM ZKRATEK**

**AP** – adaptační proces

**DF/PCC** - Dana-Farber/Partners Cancer Center

**EU** – Evropská unie

**FKSP** – Fond kulturních a sociálních potřeb

**FNHK** – Fakultní nemocnice v Hradci Králové

**MZČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**NLP** – nelékařský zdravotnický personál

**NZP** – nižší zdravotnický personál

**POD** – personál pod odborným dohledem

**PSS** – pomaturitní specializační studium

**PZP** – pomocný zdravotnický personál

**SAK ČR** – Spojená akreditační komise České republiky

**SZP** – střední zdravotnický personál

**THP** – technicko-hospodářský pracovník

**USA** – Spojené státy americké

**USD** – Americký dolar

**ZPBD** – zdravotnický pracovník bez odborného dohledu

**ZPOD** – zdravotnický pracovník pod odborným dohledem

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Volné připomínky všeobecných sester k tématu nedostatku sester.....	51
Tabulka 2. Volné připomínky všeobecných sester k tématu vysoké pracovní zátěže a nasazení.....	52
Tabulka 3. Grafické znázornění kategorií, jejich vlastností a dimenzí.....	69
Tabulka 4. Centrální kategorie, její vlastnosti a dimenze.....	85
Tabulka 5. E-mailové dotazování .....	86