

Obsah:

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část.....	9
2.1	Pojem fluktuace.....	9
2.2	Příčiny fluktuace.....	9
2.2.1	Motivátory a demotivátory.....	10
2.2.1.1	Role profesionální sestry.....	17
2.2.1.1.1	Vnímání role sestry veřejností.....	18
2.2.1.1.2	Změna vnímání role sestry veřejností.....	20
2.2.1.1.3	Příklad ze zahraničí – Austrálie.....	24
2.2.2	Syndrom vyhoření.....	25
2.2.3	Osobní důvody.....	27
2.3	Možnost prevence fluktuace.....	28
2.3.1	Střední management.....	30
2.3.2	Personální management.....	31
2.3.2.1	Péče o zaměstnance.....	35
2.3.3	Prevence na úrovni státu.....	37
2.4	Důsledky fluktuace.....	40
2.4.1	Odborné důsledky.....	40
2.4.2	Ekonomické důsledky.....	41
3	Metodika výzkumné části.....	43
3.1	Cíle práce.....	43
3.2	Pracovní hypotézy.....	43
3.3	Charakteristika zkoumaného souboru.....	43
3.4	Užité metody.....	44
4	Výsledky výzkumu.....	46
4.1	Vyhodnocení fluktuace na vybraných odděleních.....	46
4.2	Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření.....	46
4.3	Přehled řízených rozhovorů s vedoucími pracovníky.....	85
4.3.1	Shrnutí rozhovorů s vedoucími pracovníky.....	89

4.3.2	Porovnání informací získaných z rozhovorů a dotazníkového šetření.....	91
5	Diskuse.....	94
6	Závěr.....	101
7	Seznam použité literatury.....	104
8	Seznam použitých zkratk.....	107
9	Seznam příloh.....	108

1 Úvod

Ve své práci se zabývám problematikou fluktuace všeobecných sester (dále jen „sestra“) na odděleních intenzivní péče. Dané téma jsem si zvolila především proto, že ho pokládám v dnešní době za stále aktuální. Z vlastní zkušenosti si totiž jsem vědoma, že sester je skutečně nedostatek a že mladé sestry často již v brzké době po zapracování opouští náročné sesterské povolání a hledají si nové zaměstnání zcela mimo svůj vystudovaný obor. Domnívám se, že je důležité uvědomit si, že problematika nespokojenosti a následné fluktuace sester není jen problémem jejich zaměstnavatelů, ale samozřejmě celé společnosti, jejíž postoj k této profesi se mění jen velmi pomalu a obtížně. Fluktuace má samozřejmě i ekonomický dopad, kdy stát vynakládá finanční prostředky na vzdělání v oboru všeobecná sestra. V momentě, kdy se vystudovaná sestra svému povolání nadále nevěnuje, jsou vynaložené finanční prostředky zjevně promarněné.

Ačkoli je profese všeobecné sestry velice náročná, což již přiznávají i mnozí lékaři, je naší společností stále nedoceněná. Na všeobecné sestry pracující na intenzivních lůžkách se pohlíží vzhledem k vysoce specializovaným úkonům a bohatému technickému zázemí alespoň s určitou dávkou respektu, ale práce sester na ostatních odděleních typu např. interního či léčeben dlouhodobě nemocných je často spíše haněna.

Ve zdravotnických zařízeních se management zajímá především o kvalitní péči o pacienty a jejich bezpečný pobyt v nemocnicích, což je bezesporu správné, nicméně zde chybí odpovídající zájem také o sestry, které tuto péči poskytují.

Prostřednictvím této práce jsem tedy mimo jiné chtěla dát sesterskému personálu prostor pro vyjádření vlastních pocitů v souvislosti s vykonáváním své profese a nastítnit tak její odraz na osobní a rodinný život.

V teoretické části práce jsem si za cíl stanovila zmapovat současný stav fluktuace, její příčiny a možnosti prevence. V praktické části zjišťuji motivátory a demotivátory sester, pohled vedoucích pracovníků na fluktuaci v rámci svých oddělení a také uvádím stav fluktuace ve vybraném zdravotnickém zařízení.

2 Teoretická část

2.1 Pojem fluktuace

Pojem fluktuace je používán v přírodních vědách, ale také v sociologii a ekonomii. Výraz pochází z latinského *fluctuare*, což znamená „houpat se na vlnách“ nebo „pohybovat se sem a tam“ (1). V managementu lidských zdrojů můžeme fluktuaci definovat jako odchod pracovníka z organizace ze subjektivních příčin bez ohledu na to, zda bude jeho místo následně obsazeno (2).

Fluktuaci můžeme rozlišovat přirozenou, ke které dochází úmrtím pracovníka, jeho odchodem do starobního či invalidního důchodu nebo na mateřskou dovolenou. Dále rozeznáváme fluktuaci v rámci organizace (např. pracovní povýšení) a nakonec odchody pracovníků do jiných organizací (2).

Zaměstnanec, který zaujímá negativní postoj k pracovišti a negativně hodnotí jednotlivé aspekty své práce, můžeme označit jako potencionálního fluktuanta (3).

Každé zdravotnické zařízení by mělo sledovat vlastní míru fluktuace, kterou můžeme v souvislosti s personálním plánováním také vypočítat podle jednoduchého vzorce ($\text{počet absentujících pracovníků} \times 100 / \text{počet pracovníků celkem}$) (4).

Podrobnější přehled však lze získat vytvořením tabulky odchodů a nástupů pracovníků společně s tabulkou důvodů ukončení pracovních poměrů v jednotlivých letech. Součástí by měl být i graf znázorňující počet ukončení pracovních poměrů k průměrnému ročnímu přepočtenému počtu zaměstnanců (4).

Do výpočtů se ovšem nedoporučuje zahrnovat již zmíněnou přirozenou fluktuaci (5).

Je důležité fluktuaci vnímat z pohledu celkového kontextu, kdy se nemusí vždy jednat o negativní jev. Optimální úroveň doporučené fluktuace je obecně udávána v rozsahu 5 – 7 %. Průměrná míra fluktuace v České republice pak dosahuje cca 15 %, dle různých zdrojů až 25 % (6).

2.2 Příčiny fluktuace

Za nejčastější příčiny jsou považovány (2, 6, 7)

- Nekvalitní výběr zaměstnanců.
- Nedostatečná loajalita zaměstnanců.
- Ztráta motivace, stres, syndrom vyhoření (viz kap. 2.2.1 a 2.2.2).
- Osobní důvody (viz kap. 2.2.3)

Pokud se zamyslíme nad uvedenými příčinami, je zřejmé, že řadu z nich je možné ovlivnit nebo jim dokonce předejít. Především je důležité zapracovat na motivaci a informovanosti zaměstnanců (8). Podrobněji se budu příčinám fluktuace věnovat v následných subkapitolách.

2.2.1 Motivátory a demotivátory

Za příčinu fluktuace můžeme označit také demotivaci zaměstnanců. Na zmíněné demotivaci se podílí řada faktorů:

- *Nespokojenost s náplní práce, pracovními podmínkami a vlastním pracovním prostředím:* demotivátory jsou zde samotná obtížnost práce, funkčnost technického vybavení, nedostatek pomůcek a materiálu, sociálně hygienické podmínky práce, organizace práce, pracovní režim a přesčasy (9, 10).
- *Sociální problematika v organizaci:* nedostatečný zájem organizace o rozvoj zaměstnanců a o zaměstnance vyžadujících zvláštní pozornost (změněná pracovní schopnost, ženy v souvislosti s mateřstvím apod.), nejasná perspektiva organizace, nedostatečný zájem o zlepšování životních podmínek zaměstnanců (9, 10).
- *Pracovní seberealizace:* nemožnost využívání získané kvalifikace či jiných nabytých schopností, prostředí potlačující rozvoj jedince (9, 10).
- *Pracovní přetížení, noční směny:* pracovní přetížení je na mnoha pracovištích zapříčiněno právě nedostatkem sester a nepřizpůsobením počtu pacientů vzhledem k jejich nedostatku. Dalším faktorem

komplikující práci sester může být ze strany lékařů i pověřování úkony, které jsou mimo kompetence sester. Jedná se o odborné ale i administrativní výkony. Na straně druhé jsou sestry pověřovány úkoly spadajícími do náplně práce pomocného personálu (9, 10).

- *Fyzická i psychická náročnost povolání:* každá zdravotní sestra, pracovně spokojená nebo již demotivovaná, je vystavena velké zátěži. Do oblasti *fyzické zátěže* patří zatížení statické (stání při výkonech, vizitách aj.) a dynamické (vyřizování, přecházení aj.). Dále je to zatížení kosterního a svalového aparátu, riziko infekce, nepříjemné podněty (exkrementy, otevřené rány) či kontakt s dezinfekčními přípravky. Z oblasti *psychické* je to pak nutnost neustálého pozorování a reagování na změny pacientova stavu, nároky na paměť, častá nutnost improvizace, konfrontace s bolestí a smrtí, zacházení s intimitou druhého člověka, působení bolesti druhým lidem a konečně strach z vlastní chyby (10).
- *Inzultace ze strany lékařů, pacientů a rodinných příslušníků:* dalším úskalím sesterského povolání je potřeba spolupráce a zvládnání interpersonálních potíží (soupeření, problémy s financováním provozu, konfliktní zájmy), které v těsně pracujících zdravotnických týmech vznikají. Komplikované jsou především vztahy k nejbližším spolupracovníkům – lékařům. Sestry si často stěžují na nevhodné chování, přehlížení a nepochopení, což vede k jisté nervozitě a napětí v jejich spolupráci. Chybí jim rovněž ocenění a pochvala. Lékaři se také často odreagovávají od svých stresů právě na sestřích, což ovšem platí i pro pacienty a jejich rodinné příslušníky (9, 10). U nich může být nevhodné chování vůči sestřím způsobeno více faktory – např. hospitalismus, strach, bolest, neinformovanost, ale i vlastní povaha.
- *Nesnášelnivý kolektiv:* prostředí, kde se zaměstnanec necítí dobře a kde si nerozumí s kolektivem, je skutečně demotivující, kdy situace může končit frustrací, podrážděností, zhoršenou kvalitou pracovních výkonů, absentérstvím a nakonec odchodem ze zaměstnání.

- *Nedostatečná komunikace a přístup managementu k zaměstnancům:* komunikace nemusí být narušena pouze uvnitř kolektivu ale samozřejmě i ve vztahu k nadřízeným pracovníkům. Problém může být i v nezájmu o zaměstnance, nepřiznání uznání, pochvaly. Záleží také na zvolení vhodného přístupu k zaměstnancům, monitorace jejich práce, vytýkání chyb apod. Důležitá je také dostatečná informovanost zaměstnanců o záležitostech organizace, budoucnosti samotného oddělení apod. Vedoucí pracovníci musí být také schopni vyslechnout názory a připomínky svých zaměstnanců, nebát se je řešit a případnou realizaci změn skutečně provést (8, 16).
- *Nedostatečné ohodnocení odvedené práce (nejen finanční):* Nejsilnějšími demotivátory a tedy i motivátory zaměstnanců bývají peníze. Nemusí se jednat pouze o čistě peněžní odměny, ale i o různé zaměstnanecké výhody či nabídku jednoho dne roční dovolené navíc. Stále však platí, že finanční ohodnocení není jediným demotivem či motivem a pouhé jeho navyšování není tedy absolutním řešením fluktuace sester. Finanční ohodnocení zaměstnanců je sice významné v každé době, nicméně v současnosti k tomu přistupuje i zisk společenské prestiže, možnosti individuálního zviditelnění a ocenění (8, 16).
- *Nutnost celoživotního vzdělávání a vzdělání obecně:* Neodmyslitelnou součástí působení ve zdravotnictví jsou nároky na neustálé vzdělávání se, které se zvláště u sester stále zvyšují. Demotivujícím jsou mnohdy i poplatky za registraci a za následné kurzy či semináře, jež řada sester absolvuje pro získání kreditů. Přitom není výjimkou, že sestry nejsou s kvalitou úrovně těchto kurzů mnohdy spokojeny. Myslím, že každá organizace by také měla nechat sestry vyjádřit se o vlastní představě celoživotního vzdělávání – o jaké přednášky či kurzy by měly zájem, jaká témata je zajímají nebo potřebují doplnit apod.
- *Malá atraktivita profese:* ve společnosti je profese sester stále spojována zejména s neestetickými až odpudivými výkony, což je na jednu stranu

pravda, ovšem nemyslím, že by to nějakým způsobem snižovalo jejich důležitost a potřebnost. Málo atraktivní je tato profese pro uchazeče také pro již zmíněné finanční ohodnocení a náročnost povolání, kdy si „každý“ raději zvolí takové povolání, kde za podobný plat odvádí méně zodpovědnou a dovolím si říci lehčí práci.

Všechny výše uvedené skutečnosti mohou způsobit ztrátu iniciativy, produktivity či kvality práce, kdy dále může nastoupit absentérství a fluktuace. Takové prostředí ovšem celkově narušuje organizační kulturu a vede k organizační depresi (2, 11, 12, 13).

V letech 2004 – 2005 probíhal pod záštitou Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně výzkumný projekt pro zmapování situace postavení sester po vstupu do Evropské unie. V rámci výzkumu byla sledována i celková spokojenost sester s prací. Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejdůležitějším faktorem vyvolávající nespokojenost sester s prací neboli demotivátorem je špatné finanční ohodnocení.

Dalšími demotivátory jsou dle výzkumu v pořadí od nejdůležitějších po méně důležité:

- Nedocnění práce nadřízenými.
- Nedostatek ošetřovatelského personálu.
- Špatné vztahy na pracovišti.
- Vysoký podíl administrativy.
- Špatná organizace práce.
- Nedostatečné ohodnocení práce pacienty.
- Vysoká míra nekvalifikované práce (9).

S demotivátory úzce souvisí i samotná motivace a motivátory.

Pojem motivace je odvozen z latinského slova „movere“, což znamená „hýbati, pohybovati“ (14).

Motivaci lze definovat jako schopnost ovlivnit chování jednotlivce či skupiny. Přesněji se jedná o podněcování zaměstnanců k dobrovolnému podávání optimálních výkonů (13).

To, jak je jedinec motivován se projevuje v přístupu k pracovním úkolům. K neuspokojivým výkonům přitom dochází, pokud je pracovník motivován nedostatečně, ale i nadměrně. Vzhledem k tomu, že člověk má ke každému pracovnímu úkolu nějaký vztah, je také vždy nějak motivován, a to pozitivně či negativně (14).

Ve spojení motivace a úkolu má úkol motivující úlohu, kdy je za jeho splnění očekávána určitá odměna, kterou může být i vyhnutí se trestu. Příkladem je právě pracovní činnost, kdy naprostá převaha lidí pracuje pro získání peněz na uspokojování potřeb. Se zadáváním úkolů tedy souvisí i určité vnější pobídky označované jako motivátory (15).

Pro dosažení motivace a zároveň pracovní spokojenosti na dobré úrovni je potřeba, aby zaměstnanec měl pocit osobního pracovního úspěchu, kdy ví, že ze sebe vydává to nejlepší a je za to náležitě odměněn. Zaměstnanec má dále mít svou práci pod kontrolou a mít pocit, že se stále pracovní rozvíjí. Pracovní spokojenost zaměstnanců by neměla být vedením přehlížena, jelikož přímo ovlivňuje kvalitu pracovních výsledků a napomáhá snižovat podíl chyb (3).

Motivační teorie dle psychologa F. Herzberga zahrnuje faktory základní a motivační.

Mezi základní faktory patří:

- *Plat a zaměstnanecké výhody:* význam peněz a výhod je pro každého zaměstnance podmíněn vlastní sociální a ekonomickou situací v souvislosti i s životní úrovní společnosti. Dále záleží na osobnosti pracovníka, jeho životním stylu, pohlaví, věku a systému hodnot. Plat je také veřejností vnímán jako ukazatel prestiže a sociálního statutu. Horší životní úroveň spojenou s platovým ohodnocením lze čekat u sester rozvedených či ovdovělých (3, 9, 13).
- *Postavení na pracovišti, atmosféra na oddělení:* jedná se o faktory významně ovlivňující celkovou pracovní spokojenost ve skupině, zvláště

pokud jsou pracovní výsledky a uspokojení pracovních potřeb jedince na skupině závislé. Nespokojenost se situací na pracovišti není mnohdy vyvážena ani výraznými prospěchy ze zaměstnání.

- *Politika zdravotnického zařízení, jistota zaměstnání.*
- *Kvalita soukromého života.*
- *Optimální pracovní podmínky, pracovní doba.*

Podle F. Herzberga je při neuspokojení těchto faktorů docela nemožné úspěšně motivovat zaměstnance.

Důležité motivační faktory:

- *Zajímavá pracovní náplň:* v otázce fluktuace nemusí být rozhodující „pouze“ zajímavost pracovní náplně, ale i míra dobrovolnosti při výběru povolání. Jednoduše řečeno, zda jedinec vykonává práci, ke které má blízko a které se chtěl věnovat. Význam náplně práce může stoupat s věkem.
- *Úspěch a jeho veřejné uznání:* myslím, že většina lidí skutečně touží - ať už skrytě či otevřeně po úspěchu a jeho ocenění a pokud se tak nestane může to vést k frustraci zaměstnance.
- *Odpovědnost a tím i vyšší sebevědomí:* souvisí i s potřebou úspěchu.
- *Kariérní postup:* pomáhá uspokojit potřebu seberealizace (3, 13).

Na pracovní spokojenosti se podílí další řada faktorů:

- *Věk:* u mladších lidí časem slábne jejich pracovní elán a to i díky konfliktu reality s očekáváním. Situaci tak mohou řešit odchodem na jiná pracoviště. U starších zaměstnanců může být problémem neschopnost dostatečné flexibility, což může pracovník pociťovat jako frustrující a situaci řešit odchodem na méně náročné pracoviště (3, 13).
- *Vztah pracovníka k současnému zaměstnání:* zda jej považuje za definitivní či pouze přechodné.

- *Využívání schopností a dovedností:* uplatnění vědomostí a zkušeností. Zde má roli i náročnost práce – pokud ji zaměstnanec vnímá jako nízkou, může se cítit nevyužitý a tím také nespokojený a nedoceněný.
- *Osobnostní faktory:* emocionální vyrovnanost, extroverze x introverze, povahové rysy, temperament, očekávání, postoje, plány, potřeby, úroveň frustrační tolerance.
- *Celková úroveň vzdělání, inteligence (3).*

V rámci již zmíněného výzkumného šetření sester (9) vyplynulo, že za nejdůležitější faktor spokojenosti tedy motivátor je považována dobrá organizace práce.

Dalšími motivátory jsou dle výsledků výzkumu v pořadí od nejdůležitějších po méně důležité:

- Dobré pracovní vztahy.
- Různorodost pracovních úkolů.
- Finanční ohodnocení (9).

Rozhodující roli v oblasti motivace zaujímá sestra manažerka. „Pravidlem je skutečnost, že sestry na oddělení nelze motivovat a energetizovat, pokud sestra manažerka sama motivovaná není.“¹ (13).

V rámci motivace se doporučuje věnovat dostatek času výchově nových zaměstnanců, stávající zaměstnance pak požádat o názory a nápady při plánování budoucnosti oddělení. Dále jsou důležité pravidelné porady a oslavy zaměstnanců oddělení. Sestry mají mít právo vyjádřit své názory „nahlas“, a to i kritiku na vedoucí pracovníky. Před nápravou pracovníků je třeba zamyslet se nad funkčností samotného systému (13).

Názory manažerů na formu adekvátní motivace se mohou lišit od představ zaměstnanců. Vyplyvá to i z výzkumného šetření, které probíhalo v nemocnici Prostějov v roce 2005. Výzkum zjišťoval a následně porovnával žebříčky priorit

¹ Škrla, P.; Škrlová, M. Kreativní ošetrovatelský management. Str. 278.

motivačních faktorů pracovního prostředí z pohledu zdravotních sester a z pohledu jejich zaměstnavatele. Výsledky ukazují, že zdravotní sestry považují za nejdůležitější *jistotu pracovního místa, mzdu, péči o pacienty, spolupráci v provozu, uznání osobních výsledků a vztahy k nadřízeným*. Z hlediska zaměstnavatele (nemocnice) je však nejvyšší prioritou péče o pacienty, image zařízení, přístup k informacím, moderní technické vybavení, spolupráce v provozu a pracovní podmínky. Pro úspěšnou motivaci zaměstnanců je tedy třeba zvolit si správné motivační cíle, jejichž dosažení poskytne uspokojení (16).

2.2.1.1 Role profesionální sestry

Předešlá kapitola má souvislost i s obsahem role sester společně s jejím vnímáním laickou i odbornou veřejností.

Role zdravotní sestry se v relativně krátkém časovém období velmi změnila. Sestra se postupně stává samostatným pracovníkem, kdy ošetřovatelství neznámá již jen zajistit ordinace lékaře a základní ošetřovatelskou (především fyzickou) péči. Tyto úlohy jsou a nepochybně stále budou hlavní funkcí ošetřovatelství, ale vznikají a rozšiřují se i nové odpovědnosti a tím i nové kompetence (10, 17).

Mezi nové očekávané vědomosti patří například i znalosti ve vztahu k sociálním problémům, které stále více obklopují a provázejí nemoc a zdraví jedince či skupiny (18).

Naplňování role sestry ztěžuje také fakt, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Znamená to, že zdravotníci mají pro svou práci přesně stanovené normy a standardy, uplatňují je ovšem ve zcela jedinečných situacích, které práce ve zdravotnictví přináší. Dalším komplikujícím faktorem je vícenásobná podřízenost sesterského personálu. Tím se myslí podřízenost lékařů i ošetřovatelskému managementu. Nejedná se ovšem o podřízenost v právním smyslu slova, jsou to spíše tzv. zvyková práva, která ovšem i dnes mají svůj vliv.

Dnešní společnost od sester očekává větší odbornou fundovanost, samostatnost a zodpovědnost. Na druhé straně jim však postoj kooperujících profesí a samotných pacientů mnohdy jejich novou roli ztěžují nebo přímo znemožňují (10).

Role sestry jako zaměstnance se odvíjela již od způsobu výuky, kdy instruktorky vyžadovaly od studentek přísnou poslušnost, disciplínu, loajalitu a dodržování pravidel a směrnic. Tímto vznikaly sestry, které byly vzornými pracovníci, ale které se nepodílely na rozhodování. Nemohly tedy ovlivnit pracovní prostředí ani svoji vlastní praxi (13).

Současná sestra plní role ošetřovatelky, pomocnice, zprostředkovatele, edukátorky, obhájkyně práv pacientů a především nositele změn. Sesterský personál se podílí na zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin, zvyšuje efektivitu zdravotní péče a zároveň zlepšuje postoje občanů a zákonodárců k ošetřovatelskému povolání. Profesionální role sestry se prolínají, přičemž se navzájem nevyklučují (18).

2.2.1.1.1 Vnímání role sestry veřejností

Myslím, že je zcela přirozené, že role sester a jejich image se mění s časem a v každé kultuře jsou vnímány jinak.

Na začátku byla sestra spojována s představou „anděla milosrdenství“. Můžeme říci, že tento pohled pomohla vytvořit i Florence Nightingaleová, která byla však především průkopnicí odborného profesionálního ošetřovatelství, výzkumnou pracovnící a vnímavou sestrou, jež se nebála bojovat proti nepochopení ze strany lékařů (13).

Po první světové válce se z „anděla milosrdenství“ stala „dívka pro všechno“, tedy oddaná, skromná, vždy ochotná služebná. Sestry v tehdejší době získávaly své vzdělávání v nemocnicích, kde zároveň působily jako levná pracovní síla.

Během druhé světové války je sestra „hrdinkou“ s jasně definovanou rolí a možností racionálního rozhodování (13).

Nakonec nastupuje představa „matky“, neboli obětavé, sympatizující, pasivní ženy. Její postavení bylo v tehdejší americké společnosti poměrně vysoké, což ovšem ustoupilo v době, kdy ji sdělovací prostředky začaly prezentovat jako sexuální objekt. Díky médiím byla sestra veřejností vnímána jako nespolehlivá, sebestředná, frivolní žena (13).

Osobně tuto představu považuji za problém i současné doby, kdy televizní ukázky nezodpovědných sester, které v lepším případě tráví pracovní dobu v kantýně či hůře v pokoji lékařů, uráží a devalvují práci kvalitních sester, kterých jak věřím, je většina. Další těžko vymýtitelnou představou v očích nejen laické, ale i odborné veřejnosti je již zmiňovaná „dívka pro všechno“, která nejen že posluhuje pacientům a lékařům, ale především tak činí bez řeči a jakékoli kritiky.

Role a image sester ve vyspělých zemích se začaly měnit kolem roku 1980 (13). Změna nastala díky informacím získaným z výzkumů sester, růstu vzdělávacích institucí a také díky tomu, že laická veřejnost lépe porozuměla důležitosti funkce sester ve zdravotnictví.

Přes svou zvyšující se autonomii však české sestry stále pracují v prostředí, které vyžadovalo a odměňovalo postoj podřízenosti. Odmítání zdravotnických zařízení začleňovat sestry do procesu rozhodování představuje hlavní zdroj konfliktů a nespokojenosti. Vinu můžeme hledat na straně byrokratického systému a bohužel i přežitého způsobu myšlení (13).

Pohled na sestru rozlišujeme interní a externí. Vnitřní představa znamená individuální pohled sestry na sebe samu a na ošetřovatelství jako profesi. Vnější představu o roli sester a ošetřovatelství zahrnuje pohled laické veřejnosti, médií, politiků, lékařů a samotných zdravotnických škol, které sestry vychovávají (13).

Mastiliaková (18) uvádí, že ve společnosti existují tři možné představy o sesterském personálu:

- Představa sestry jako náhrada milující, pečující a utěšující matky, která své pracovní úkoly plní jako poslání a jedná především na základě instinktu.
- Představa sestry, která v rámci nařízení lékaře plní zručně a efektivně některé úkoly v oblasti diagnostiky a léčení nemocí.
- Představa sestry jednající a rozhodující se samostatně na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů pacienta.

Z uvedených představ se ukazuje, že role sestry jako profesionálního odborníka není stále zcela oddělena od postavení a role ženy. V současnosti podoba sestry jako profesionála zahrnuje emocionální stránku a společenskou důležitost profese. Dále zahrnuje technickou kompetenci, profesionální znalosti a vytvoření nezávislého úsudku a názoru (18).

Na roli sester a ošetrovatelství pochopitelně různě pohlíží zástupci pojišťoven, ředitelé nemocnic, ostatní členové zdravotnického týmu nebo samotní pacienti. Liší se i jejich očekávání (13).

Profesionální ošetrovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální dovednosti, znalosti a postoje, které musí mít vědecký základ.

Profil sestry jako profesionála, který má široké vzdělání na vysokých školách tvoří základ i pro splnění požadavků budoucnosti. Tím je myšlen například vývoj a nová organizace zdravotních a sociálních služeb (18).

Profil profesionálního ošetrovatelství je charakterizován určitým stupněm napětí mezi současnou situací a novými, výrazně náročnějšími požadavky na kvalifikaci a osobnost sestry. Většina sester získala kvalifikaci ve starém systému, kdy si nutnost a hloubku změny často nestačily plně uvědomit (18).

Na prezentaci sester a samotného ošetrovatelství mají nesmírný vliv sdělovací prostředky, včetně knižní či filmové tvorby.

A jak se dnes vnímají sestry samotné? Ukázkou může posloužit průzkum amerických vědců, kteří se zajímali o to, jak sestry vnímá veřejnost, lékaři a jak se sestry vnímají samy. Pro hodnocení ošetrovatelství užívala veřejnost pojmy jako empatie, starostlivost, soucit. Lékaři nejčastěji používali slova jako efektivní, kompetentní a odpovědné. Sestry se pak hodnotily slovy přepracované, nedocenené, uspěchané, stresované, utlačované. Sestrám tedy zdravé sebehodnocení a sebedůvěra spíše chybí, což je jistě chyba (13).

V každém případě však „naše“ sestry musí usilovat o image co nejpříznivější, srovnatelnou s prezentací sester v ostatních vyspělých zemích Evropy (13).

2.2.1.1.2 Změna vnímání role sestry veřejností

České ošetřovatelství nepochybně potřebuje radikální změnu zahrnující novou, progresivnější prezentaci ošetřovatelství jako profese a sestry jako rovnocenné partnerky v týmu zdravotníků. Žádná změna však nevznikne sama, sestry si ji tedy u nás musí vybojovat, podobně jako musely sestry v ostatních vyspělých zemích např. ve Velké Británii.

Podle studií, které ovšem doposud proběhly pouze v rozvinutých západních zemích, se jasně ukazuje, že názor veřejnosti se i přes nevhodnou prezentaci médií mění. Sestry jsou skutečně veřejností vnímány jako profesionálky ve svém oboru. Ze studií také vyplývá, že změny ve vzdělávání studentů, v přístupu sester k pacientům a politicky motivované kroky ošetřovatelských asociací konečně začínají přinášet výsledky. V zemích s vyspělými ekonomickými systémy priority sester zahrnují profesionální image, edukaci, kontrolu ošetřovatelské praxe, podporu professionalism, certifikaci ve specializovaných oblastech praxe, výzkum a management. Priority týkající se veřejnosti se zaměřují především na reformu zdravotnictví, lépe řečeno na způsoby a strategie, jimiž se do této reformy mohou zapojit i sestry. Patří sem i strategie, jak přispět k větší informovanosti pacientů a jak sestry mohou výukou podpořit odpovědnost veřejnosti a její zájem o zdraví a zdravý životní styl (13).

Co tedy mají udělat české sestry pro stejné postavení a uznání sester ve vyspělých zemích? Podle průkopnic ošetřovatelské teorie Rogersové, Tracyové a Strasenové je v první řadě důležité, aby sama sestra věřila ve svou práci. Pokud má o sobě či o ošetřovatelství negativní představu, je třeba, aby zaměřila své úsilí na změnu sebe sama. Tato změna musí začít již na zdravotnických školách, kdy se mají studentky vést k tomu, že ošetřovatelství je nejen zaměstnáním, ale i kariérou. Učitelé na těchto školách by měli být vybíráni tak, aby byli pro své studenty vzorem. S tím souvisí i fakt, že pokud si české sestry budou stále jen stěžovat a i nadále se chovat jako podřízená skupina bez vlivu, k pozitivní změně zřejmě nedojde. Sestry musí být přesvědčeny o tom, že tvoří významnou profesionální skupinu, která je schopná převzít odpovědnost za svou profesi a své životy bez ohledu na nepříznivé současné okolnosti (13).

Největší vliv na tvoření image ošetřovatelství má efektivní komunikace. Ta zahrnuje samotné základy jako je upravený zevnějšek, chůze, gesta, mimika, způsob

stání a sezení. Dále je pro sestru důležitá schopnost a ochota naslouchat, kdy je důležité vnímat i pacientovy neverbální projevy. S tímto souvisí i empatický přístup a chování vyjadřující respekt vůči pacientům a jejich rodinám. V žádném případě se nejedná o lehký úkol. Ne všichni lidé, s kterými se sestry potkávají v pracovním procesu, jsou totiž příjemní či alespoň slušní. Teprve v těchto situacích se plně projeví profesionalita každé sestry.

Zdravou sebedůvěru, sebeúctu a víru v ošetrovatelství opět napadají nepříznivé faktory jako je nespravedlivé finanční ohodnocení, nedostatečná autonomie, nevděk pacientů či managementu. Přesto je důležité o dosažení těchto hodnot usilovat.

Z hlediska verbální komunikace je důležité, aby sestra k pacientovi mluvila způsobem a slovy, které jednak pochopí a i lépe zapamatuje.

Nezbytným nástrojem pro dosažení již uvedených cílů je získání odborného vzdělání. Dále by se sestry měly účastnit i profesionálních akcí typu seminářů, symposií či kongresů. Předpokládána je i aktivní účast, což i posílí vlastní sebedůvěru.

Prezentace médií má být aktivně monitorována. V západních zemích existuje profesní tým sester, jež média monitoruje a okamžitě reaguje na jakýkoliv článek, film nebo knihu, které nějakým způsobem zlehčují práci, znalosti či osobnost sester.

Všechny sestry by měly být sjednoceny v profesní organizace, jež mají hájit jejich práva, podporovat jejich image a vypěstovat ve svých členech zdravou sebedůvěru v sebe a svou profesi.

Je jasné, že nelze s výsledky změn čekat na novou generaci sester se správnými představami. Musí se tedy vytvořit strategie, která má podporovat sestry ve všech nemocnicích a odděleních, především formou zlepšené komunikace, ohodnocení a odměn. Poté může přijít na řadu oslovení veřejnosti.

Pro dosažení a udržení image sestry profesionálky je nezbytné:

- Čestnost a laskavost, úsměv.
- Přijímat konstruktivní kritiku a nenechat se zviklat kritikou destruktivní.
- Vždy dodržet své sliby.
- Seznámit se s možnostmi redukce stresu.

V současné situaci je třeba si uvědomit následující:

- Každá sestra nese odpovědnost za zlepšení image sester.
- Účast sester v profesních organizacích je třeba posílit. Vhodné je začít už tím, že sestry pochopí potřebu členství a potřebu politicky se angažovat.
- Profesní organizace mají najít způsob, jak zapojit sestry do klinického výzkumu, protože práce sester nemůže být podložena pouhými tradičními přístupy.
- Sestry musí být zapojeny do publikační činnosti a pořádání veřejných přednášek či seminářů. Je zde efekt zviditelnění a získání důležitějšího místa ve společnosti.
- Sestry mají mít vystupování hodné respektu laické i odborné veřejnosti.
- Veškeré aktivity sester je nutné dokumentovat a častěji zveřejňovat.
- Je potřeba monitorace médií ve způsobu prezentace sester.
- Nezbytná je revize učebnic pro sestry, které mají odrážet vhodnou image sester.
- Je třeba vytvářet výuková střediska v rámci nemocnic, kde sestry mohou využít moderní ošetrovatelské informatiky, moderních výukových nástrojů a pomůcek aj. pro získání potřebných informací a znalostí k výše uvedeným aktivitám.
- Profesně si sestry musí udržovat co nejvyšší standard.
- Pacienti a jejich příbuzní musí vnímat a znát hodnotu ošetrovatelské péče.

Na závěr je důležité si uvědomit, že ačkoli je tradiční myšlení jistou zátěží pro potřebné změny, na straně druhé jsou tradice a symboly silnými nástroji k udržení skupin a společenství. Florence Nightingaleová a její zažehnutá lampa jako symbol profesionálního ošetrovatelství je dnes často považována za archaismus. Vzhledem k výše uvedenému by však staré symboly ošetrovatelství měly být nahrazeny novými. Bez nich totiž může dojít ke ztíženému stmelení sester a vytvoření tak jasné představy ošetrovatelství (13, 18).

2.2.1.1.3 Příklad ze zahraničí – Austrálie

Ani ve vyspělé zemi jakou je Austrálie, nemělo ošetřovatelství a tedy ani sestry samotné lehkou cestu k uznání a dnešnímu vlivu ve společnosti. Tamní sestry se ovšem nebály za své cíle bojovat a uvědomily si, že pokud opravdu chtějí dosáhnout něčeho zásadního, je nezbytným krokem účast v politickém dění. Tento krok se jim vyplatil.

Mezi jejich četné úspěchy patří jistá reforma ve vzdělávání sester. Můžeme říci, že systém vzdělávání v Austrálii zůstal relativně nezměněn více než 100 let od dob Florence Nightingaleové. Během posledních tří desetiletí se však úlohy, odpovědnost a očekávání sester významně změnila a jen uspíšily nutné změny. Vzdělávání má nově především podporovat kritické myšlení a rozvíjet individuální potenciál studenta. Hlavní potřebou ošetřovatelství bylo držet krok s měnícími se znalostmi a technologií v medicíně a popsat jejich vztah k ošetřovatelské praxi. V roce 1984 bylo rozhodnuto, že vzdělávání sester bude zcela přeneseno do vysokých škol. V roce 1993 tento systém začal plně fungovat. Univerzity se staly také místem k rozšiřování znalostí sester v oblasti výuky výzkumu a také v oblasti stimulace výzkumu na základě praxe a výzkumu v oblasti aplikovaného klinického ošetřovatelství. Další rozvoj tohoto trendu je zásadní pro rozvoj ošetřovatelství. Sestry si našly své místo i v oblasti tzv. Case managementu (19). Case management vychází z modelu primárního ošetřovatelství a je definován jako hodnocení zdravotního stavu, plánování a poskytování služeb s cílem plnit potřeby několika konkrétních pacientů. Maximalizuje individuální péči a jedná se o komplexní model, který není omezený pouze na nemocniční prostředí. Sestra má systematické znalosti o pacientovi. Case management tedy směřuje ke zlepšení organizace služeb s ohledem na individuální potřeby klienta a jeho blízkých, přenáší vyšší díl zodpovědnosti na pracovníky přímo poskytující péči. Dále zlevňuje a v zájmu klienta i organizace zefektivňuje služby atd. Pracuje se např. se zásadami typu zaměření se na zdravé stránky klienta, fungující vztah klienta a case managera, asertivní intervence, volba a přání klienta, podpora pozitivní změny či využití možnosti podpory i mimo tradiční služby (20, 21). Vedoucí sestra v Novém jižním Walesu stojí v čele národního programu a společně pak předsedají národní pracovní skupině

pro uskutečňování myšlenky case managementu. Australské sestry mají v rámci tohoto programu pomáhat k zajištění maximální kvality péče pro pacienty.

Počátky odborů australských sester rovněž nebyly jednoduché. Před rokem 1980 byly sestry poslušnou skupinou pracovníků a jejich zaměstnavatelé byli rázně proti nárokům Australské federace sester (ANF) na změnu. Během posledních dvou desetiletí mají australské sestry větší podíl v rozhodování a odborové organizace byly uznány jako legitimní prostředek ochrany a prosazování jejich zájmů. Odborové organizace se mimo jiné zaměřily i na platové podmínky nově vysokoškolsky vzdělaných sester a jejich platy vzrostly výrazně rychleji než platy obecně ve společnosti. Sestry získaly také lepší společenské postavení ve srovnání s ostatními Australankami.

Dále se sestry zaměřily na skutečnost, že v Austrálii se stále vyskytuje jisté procento domorodých obyvatel, jejichž zdravotní stav je bohužel stále srovnatelný s obyvateli nejzaostalejších zemí třetího světa. Sestry jsou dnes v čele politiky rozvoje pro domorodé zdraví.

Tuto malou ukázkou z úspěchů australských sester jsem do své práce zařadila především proto, abych dokázala, že pozitivní změna je možná, jen se ji nesmíme bát uskutečnit. Budiž nám organizace a síla zahraničních sester kolegyň inspirací (19).

2.2.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je dalším zdrojem vysoké fluktuace pracovníků ve zdravotnictví, kdy v mnoha případech může vést k úplnému odchodu ze zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že sestry tráví s pacienty podstatně více času než většina ostatního zdravotnického personálu, jsou vystaveny vyššímu stresu a tedy také ohroženy vznikem syndromu vyhoření.

První známky o syndromu vyhoření pocházejí z roku 1974 – 1975 (10). Syndrom vyhoření je proces, který se může objevit v průběhu kariéry pomáhajících profesí. Jedná se o stav vyčerpání a citové vyprahlosti (22). Je projevem nadměrného stresu, který je výsledkem i stále rostoucích nároků na zdravotníky z hlediska globalizace, dovedností s technikou, zvládání neustálých změn, informovanosti aj (9). Vyhoření můžeme vidět i jako sociální problém, vždy se totiž jedná o důsledek práce

s lidmi a má dopad v sociální sféře. Syndrom vyhoření není jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání fyzické, emocionální a psychické je při něm popisováno (10).

Z oblasti psychické je při syndromu vyhoření:

- Výrazný pocit především duševního vyčerpání, dochází k utlumení celkové aktivity, převažuje spíše depresivní ladění, pocity smutku a beznaděje.
- Těžce prožíván je pocit marnosti vynaloženého úsilí a jeho nízké smysluplnosti.
- Iritabilita nebo v některých případech interpersonální senzitivita.
- Postižený je přesvědčen o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, objevuje se u něj sebelítost, pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, negativismus a redukce na rutinní postupy (23).

Z fyzických obtíží se objevuje:

- Celková únava, apatie, poruchy spánku.
- Bolesti hlavy a svalů, poruchy krevního tlaku.
- Bolest u srdce, změna srdeční frekvence, dýchací a zažívací potíže.
- Zvýšené riziko vzniku jakékoli závislosti (23).

Na úrovni sociálních vztahů je patrný:

- Celkový útlum sociability a nezáměr o hodnocení od druhých lidí.
- Redukce mezilidských kontaktů (často právě se všemi osobami, které mají nějaký vztah k profesi).
- Nechuť k vykonávané profesi, nízká empatie, narůstání konfliktů (vznikající spíše ve smyslu nezájmu a lhostejnosti ve vztahu k okolí) (23).

Mezi stadia syndromu vyhoření patří:

1. Nerovnováha mezi požadavky zaměstnání a schopnostmi jedince jim dostát.

2. Krátkodobá bezprostřední odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, únavy, tenze, vyčerpání.
3. Změny v chování a postojích, tendence neosobního jednání, defenzivní chování.

Rizikovými faktory vzniku syndromu vyhoření jsou např. vysoké až nadměrné požadavky na výkon, již samotný život v současné populaci, příslušnost k profesi, kde je častý kontakt s lidmi, chronický stres, původně vysoké pracovní nadšení, perfekcionismus a empatie, nízké sebepojetí, chronické přesvědčení o neadekvátním uznání v profesi i v životě aj. (23).

U profesí pracujících s lidmi je proto velmi důležité zachovávat si od svých klientů jistý odstup. Doporučuje se nepotlačovat své pocity, ale naopak o nich mluvit a probrat je. V pracovním dni je vhodné dodržovat přestávky na regeneraci a umět oddělovat pracovní život od osobního (23).

Změna zaměstnání může někdy od syndromu vyhoření pomoci, častěji si však lidé přenášejí své vyhoření na nové pracoviště. Nejsou schopni se aktivně zapojit do pracovního týmu. Pocity marnosti, úzkosti a ztráta sebevědomí mohou přetrvávat i řadu měsíců, což je navíc umocňováno stresem z nového pracoviště a nových úkolů. Postižený pak nemůže najít své místo v týmu, získává negativní postoj k práci a ke spolupracovníkům. Krize se tak dále prohlubuje (22).

„Tam, kde se objevuje syndrom vyhoření, klesá konkurenceschopnost zdravotnického zařízení, pacient se zde necítí dobře, nedůvěřuje zdravotnickému personálu a vyhledává jiné zdravotnické zařízení.“² (22).

2.2.3 Osobní důvody

Mezi příčiny fluktuace se řadí také tzv. osobní důvody. Zcela pochopitelně není ze strany zaměstnavatele možné tyto důvody k odchodu plně zvrátit, ale domnívám se, že je přesto potřeba o nich vědět a zamyslet se nad nimi. Nejčastěji se z osobních důvodů vyskytují:

² Váňa, P.; Hepnerová, J. Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb zdravotníků. Str. 24.

- *Rodinné důvody*: rozvod, sňatek či změna pracoviště partnera a s tím související změna bydliště.
- *Žena na mateřské dovolené*: nevytvoření vhodných podmínek pro práci při mateřské dovolené a zajištění dětí (absence školek, úprava pracovního úvazku či pracovní doby).
- *Nezvládnání pracovních povinností*: zaměstnanec si sám uvědomí svou nedostatečnou kvalifikaci či pracovní nedostatečnost (případně jejich kombinaci).
- *Životní podmínky zaměstnance*: získání bytu ve vzdálené oblasti od místa pracoviště a nezvládnutí dojíždění do práce.
- *Zdravotní stav pracovníka*: nemožnost vykonávat práci z nově vzniklých zdravotních důvodů, zdravotní důvody u člena rodiny pracovníka.
- *Nespokojenost s náplní práce*: práce na konkrétním pracovišti se zaměstnanci zdá již nudná, stereotypní, nepodnětná a vidí nedostatek příležitostí k osobnímu rozvoji.
- *Zaměstnanec považuje současné místo pouze za dočasné, kdy ho vidí pouze jako zdroj získání zkušeností / praxe a po jejich nabytí pracoviště opouští.*
- *Odchod na studia.*
- *Výhodnější pracovní nabídka (24).*

2.3 Možnost prevence fluktuace

Pro každou organizaci, tedy i pro zdravotnická zařízení, je podstatné určit si vlastní optimální míru fluktuace. Tuto míru je pak třeba pravidelně sledovat a vyhodnocovat, především z hlediska důvodů odchodů. Pokud by byl patrný prudký nárůst fluktuace, je nutné danou situaci ihned řešit.

Především je vhodné provést detailnější rozbor fluktuace, její strukturu, společné znaky a samozřejmě nejfrekventovanější oddělení společně s jejich vedoucími pracovníky z hlediska fluktuace. Dále můžeme vzít v úvahu historický vývoj fluktuace, minimálně 3 – 4 roky nazpět. Na základě zjištění je vhodné stanovit klíčové faktory

fluktuace a míru jejich ovlivnitelnosti. V rámci řešení je možné využít služeb externího poradce (5).

Každý zdravotnický pracovník se má především pohybovat v takovém systému, který mu v průběhu jeho výkonu povolání umožní dobře se pro svou práci vycvičit a následně si svou činnost dobře zorganizovat. Důležitý je také dostatek podpory a to nejen ze strany vedení ale i v rámci pracovního kolektivu. V pracovním prostředí má panovat dobrá týmová spolupráce, slušnost a umění naslouchat. Každý zaměstnanec má vědět, na koho se v případě problému může obrátit. Základem úspěchu v prevenci fluktuace a zvýšení motivace je efektivní komunikace. Ve správně fungujícím zařízení je důležité, aby všichni zaměstnanci znali cíle zdravotnického zařízení a pravidla, které v něm fungují. Každý má mít dostatek informací pro svou práci a znát postoje organizace v aktuálních záležitostech. V rámci prevence fluktuace je možné navýšit počty pomocného personálu tak, aby sestry vykonávaly pouze kvalifikovanou činnost. Nutné je zabránit přetěžování sester, nabídnout sestřím profesní růst v rámci zajímavých pracovních pozic.

Důležité jsou i adaptační projekty a podpora návratu sester. Samostatnou otázkou je také vzdělávání sester a jeho úprava (11).

Je potřeba si uvědomit, že uvedená opatření budou jistě finančně nákladná, proto je na místě na samém počátku plánování změn říci, jaká opatření si můžeme dovolit zrealizovat a v jakém časovém období. Mezi nezbytné kroky v rámci prevence fluktuace také nejčastěji patří změna systému výběru a adaptace zaměstnanců, kdy při samotném výběru zaměstnanců je vhodné zjišťovat jejich schopnost flexibility. Dále, jak již bylo zmíněno, je na místě přehodnotit systém hodnocení, odměňování, motivace a celoživotního vzdělávání zaměstnanců. Organizace musí také zapracovat na komunikaci a zvážit investice na zlepšování pracovního prostředí (5).

Pro fungování těchto všech opatření je nutná i prevence na úrovni jednotlivce. Každý zaměstnanec by se měl cíleně bránit proti stresu a syndromu vyhoření, jenž s ním souvisí. Příkladem je umět využít volný čas, tedy nezaobírat se jen prací, ale mít i vlastní zájmy a dopřát si klid a odpočinek (22, 25).

2.3.1 Management v ošetrovatelství

Management v ošetrovatelství má především za cíl kvalitu služeb a kvalitní personál. Management a ošetrovatelství se vzájemně doplňují, jelikož bez efektivního řízení není možné poskytovat kvalitní péči.

Management v ošetrovatelství aplikuje jednotlivé úrovně řízení v ošetrovatelství a využívá pojmový aparát obecného managementu. V širším smyslu považujeme za manažera v ošetrovatelství každou sestru, která při standardní práci s pacientem a jeho rodinou musí ovládat základní manažerské dovednosti. V užším slova smyslu považujeme za manažery v ošetrovatelství pouze sestry vykonávající řídicí funkce na úrovni tří řídicích úrovní – ředitelka ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční či úseková sestra. V dalším textu práce bude pojem sestra manažerka vnímán právě v tomto užším smyslu (20).

Řekla bych, že základní rolí sestry manažerky je vytvořit motivující a pozitivní pracovní prostředí. Systém řízení personálu a pracovního procesu má být konstruktivní, nikoli obstruktivní. Dle Škrly nevhodný systém řízení odpovídá za 85 % problémů v oblasti nízké produktivity, kvality a špatných mezilidských vztahů. Mezi další zásady patří pravidlo „neslibovat, co nemůžeme splnit“, jasná a srozumitelná komunikace, budovat na oddělení pocit sounáležitosti, neodkládat rozhodování v jakékoli oblasti, dát svým sestram najevo respekt a důvěru. Také je důležité zajímat se o svůj personál, ale stále udržovat profesionální odstup a nepodporovat na oddělení pomluvy, šíření fám a vyjadřování ocenění či díky ještě před splněním zadaného úkolu.

Dále má sestra manažerka věnovat pozornost svým zaměstnancům. Už při přijímání nových zaměstnanců si má všimnout povahových vlastností jako např. iniciativa, ctižádost či optimismus a pokud možno si podle nich vybírat. Nově přijatí zaměstnanci mají mít pocit, že jsou v novém prostředí vítáni a žádáni. Názor na nové zaměstnance si není dobré tvořit předem, ale založit ho na jejich kvalitě a výkonnosti. Je důležité umět naslouchat svým zaměstnancům, jejich názorům ohledně plánování budoucnosti a chodu oddělení. Vyjádřit svůj názor by měl mít možnost každý zaměstnanec, a to i když je kritický právě k práci managementu.

Při výskytu problémového zaměstnance je nutné situaci řešit ihned (13). Vedoucí pracovníci mají znát předpoklady svých podřízených a má existovat systém pravidelných zpětných vazeb na všech úrovních vedení. Nezbytné je spravedlivé zacházení se zaměstnanci, tedy nepraktikovat zvýhodňování některých zaměstnanců a společné prožívání jejich úspěchů. Velmi pozitivně ze strany vedení je vnímána pochvala (2, 8).

V polovině 80. let 20. století vzniká nová koncepce sdíleného řízení. Podstatou koncepce je zařazení řadového personálu do spolurozhodování, kdy každý má sdělit svůj názor či návrh na řešení problému. V dnešní době se tedy od manažerů již očekává i schopnost pomoci svým zaměstnancům být v pracovním procesu úspěšní a nejen kontrolovat jejich výkony. Mezi další povinnosti manažerů jistě patří plnit cíle organizace, udržovat poskytovanou kvalitní péči v rámci finančních možností, zvyšovat nejen motivaci zaměstnanců, ale také schopnost svých podřízených přijímat změny (26).

Na závěr je třeba říci, že v podstatě veškeré řízení v oblasti ošetřovatelství je velmi náročné. Náročnost vyplývá již ze skutečnosti, že zaměstnanci ve zdravotnictví mají různou praxi a různé vzdělání (26).

2.3.2 Personální management

Vzhledem k časté záměně významu personálního řízení a řízení lidských zdrojů popíši jejich základní odlišnosti. Personální management se zaměřuje především na jiné než řídicí pracovníky a snaží se ovlivnit liniový management, zatímco řízení lidských zdrojů se jistě týká řídicích pracovníků více a jde tedy mnohem více o integrované aktivity liniového managementu. Řízení lidských zdrojů oproti personálnímu managementu zdůrazňuje význam rozvoje organizační kultury. Dalším uvádným rozdílem je myšlenka, že tradiční personální řízení nebylo nikdy skutečně zapojeno do strategických oblastí podniku. Řízení lidských zdrojů je prohlašováno za ústřední strategickou aktivitu vyššího managementu., kterou rozvíjí, vlastní a zabezpečuje management jako celek na podporu zájmů organizace, které slouží.

Za shodné rysy lze uvést, že strategie personálního řízení i řízení lidských zdrojů vychází z podnikové strategie. Dále společně uznávají, že linioví manažeři jsou odpovědní za řízení lidí. Uznávají respektování jednotlivce, vyváženost potřeb organizace a jednotlivce, rozvoj zaměstnanců. Shodují se i ve své nejpodstatnější funkci, kterou je přizpůsobování lidí stále se měnícím požadavkům organizace (27).

Můžeme říci, že hlavním účelem personálního řízení je umožňovat managementu stále zkvalitňovat individuální a kolektivní přínosy lidí ke krátkodobému i dlouhodobému úspěchu podniku, tedy řídit lidi způsobem, který povede ke zvýšení výkonnosti organizace. Týká se všech manažerů a vedoucích týmů. Personalisté mají jejich pracovní proces zdokonalovat, rozvíjet a být schopni poskytnout radu a pomoc. Personální management se má především zaměřit na vytvoření motivujícího pracovního prostředí, rozvíjení lidských potenciálů, řízení změn, posílení vzájemných vztahů a podporu týmové práce uvnitř organizace (27).

Personální útvar z hlediska chování samotných pracovníků má svůj díl odpovědnosti v oblasti míry stability a fluktuace pracovníků, míry absence a množství časových ztrát v důsledku sporů. Zmíněná částečná odpovědnost za případné problémy lze prokázat měřením a zjištěním problémových oblastí majících vztah ke kvalitě rad nebo služeb poskytovaných personálním útvarem. Kvalita služeb personálního útvaru je do značné míry závislá na kvalitě informací a existující evidence pracovníků. Základem pro získání znalostí o lidských zdrojích, jejich porozumění a další rozhodování a organizování je informační technologie. Příkladem aplikace počítačového personálního informačního systému je evidence pracovníků, plánování lidských zdrojů, získávání a profilování pracovníků, jejich odměňování apod. Počítačové modely mohou také monitorovat a řídit fluktuaci zaměstnanců a provádět také kontrolu absence pracovníků (27).

Mezi hlavní aktivity personálního řízení uskutečňovaného liniovými manažery i personalisty patří vytváření organizace nejen pokrývající všechny požadované aktivity, ale i pružně reagující na změny se zabezpečením efektivní komunikace a rozhodování. Dále vytváří pracovní místa, kdy rozhoduje o obsahu pracovních míst a jejich úkolech a odpovědnosti. Zaměřuje se na výkonnost organizace společně s řízením výkonů,

kdy jde především o dosahování lepších výsledků organizace, týmů i jednotlivců. V neposlední řadě se personální řízení věnuje zabezpečení pracovních zdrojů, rozvoji zaměstnanců a jejich odměňování. Řeší i samotné zaměstnanecké vztahy, správu zaměstnaneckých a osobních záležitostí a také oblast zdraví, bezpečnosti a služeb pro zaměstnance (27).

Pojmem personální politika se rozumí stabilní pravidla přístupu k řízení lidí, která hodlá organizace uplatňovat. Jedná se především o způsob jednání s lidmi a principy očekávaného jednání manažerů při řešení personálních záležitostí. Slouží tedy jako doporučení při vytváření praktických postupů personálního řízení a při rozhodování o lidech. Pomáhá také zajistit, že toto jednání bude v souladu s hodnotami organizace. Personální politika podporuje spravedlnost, slušnost a zásadovost ve způsobu jednání s lidmi. Tzv. celková politika organizace definuje, jak je v ní plněna sociální odpovědnost vůči svým zaměstnancům a jak k nim vyjadřuje vlastní postoje. Mezi hodnoty, které v různých podobách vyznává v rámci souhrnné personální politiky mnoho organizací, patří zejména spravedlnost, ohleduplnost, kvalita pracovního života a pracovní podmínky. Příkladem specifických oblastí personální politiky je (27):

- *Politika zaměstnávání lidí:* zahrnuje plánování lidských zdrojů, získávání kvalitních zaměstnanců, respektování pravidel o stejných příležitostech, sledování problémů se zaměstnáváním etnických menšin, postoj společnosti ke starším zaměstnancům, disciplinární politiku a politiku stížností, sexuálního obtěžování, kouření, alkoholu, drog a AIDS. Dále zde má místo oblast povyšování (vnitřních či zcela nových zaměstnanců), řízení rozmanitosti řady lidí v organizaci a politiku nadbytečnosti, kdy organizace místo propouštění zvolí přemístění a rekvalifikaci zaměstnanců, v nevyhnutelném případě výpověď na odpovídající úrovni.
- *Politika stejných příležitostí:* organizace má poskytovat stejné příležitosti bez ohledu na rasu, pohlaví, vyznání, rodinný stav a snažit se o to i v případě změněné pracovní schopnosti. Cílem je zabránit

diskriminaci, kdy organizace často spoléhají na tzv. pozitivní diskriminaci.

- *Politika řízení rozmanitosti:* liší se od politiky stejných příležitostí a uznává výhody získané z rozdílů. Organizace oceňuje vklad různých vlastností pracovníků na základě jejich kulturních a individuálních odlišností a v zásadě odmítá předpojatost v oblastech povyšování či odměňování aj. (27).
- *Politika odměňování:* týká se např. zabezpečení spravedlivého systému odměňování, dále odměňování podle sazeb na trhu práce a za výkon. Program odměňování zaměstnanců je součástí personálního plánování a tedy i faktorem fluktuace. Faktorem fluktuace je už jen z toho důvodu, že lidé velmi silně vnímají, zda jsou za své pracovní výkony spravedlivě odměňováni. Odměnou za pracovní výkon dnes ale nejsou považovány jen peníze. Jsou to i různé zaměstnanecké výhody, ale i povýšení či formální uznání, pochvaly (4, 26, 27).
- *Politika vzdělávání a rozvoje zaměstnanců:* zahrnuje umožnění trvalého rozvoje dovedností a schopností, příležitost zvýšení kvalifikace a pracovního postupu. Možnost rozvoje mají mít i manažeři.
- *Politika spoluodpovědnosti a zapojování zaměstnanců:* pomáhá k vytváření zájmu všech zaměstnanců na úspěchu organizace.
- *Politika zaměstnaneckých vztahů:* práva zaměstnanců, jejich odbory či sdružení, slouží jako základna pro jednání s odbory.
- *Politika ochrany zdraví a bezpečnosti při práci.*
- *Politika v oblasti sexuálního obtěžování:* definovat obtěžování, považovat jej za hrubý přestupek, stanovení postupu při řešení situace obtěžování, poradenská služba pro postižené.
- *Politika v oblasti kouření:* zda je jeho zákaz, případně vyhrazení místa pro kouření.

- *Politika nové techniky a technologie:* konzultace o zavedení nové techniky a technologie a také o krocích k minimalizaci rizika násilného propouštění z důvodu nadbytečnosti (27).

2.3.2.1 Péče o zaměstnance

Dalším faktorem, který zcela jistě ovlivňuje fluktuaci, je péče o zaměstnance. Mezi argumenty podporující péči o zaměstnance patří zvýšení loajality a motivace pracovníků, dále sociální odpovědnost organizace za vlastní zaměstnance a také zamezení horších pracovních výkonů pro lidské starosti a stres. Organizace navíc zlepšuje touto péčí vlastní pověst a tím tedy pomáhá i ke zvýšenému zájmu o práci ze strany uchazečů.

Péči o zaměstnance rozlišujeme povinnou, která je stanovena zákony, předpisy atd. a smluvní, ta je daná kolektivními smlouvami uzavřenými na podnikové úrovni. Existuje ale i dobrovolná péče o zaměstnance, která je výrazem personální politiky zaměstnavatele. Tato péče je vlastně vyjádřena nabídkou zaměstnaneckých benefitů, např. příspěvky na různé sportovní a kulturní akce, nabídka psychologického poradenství, financování celoživotního vzdělávání aj. Samotnými zaměstnanci jsou také pozitivně přijímány společné mimopracovní akce s kolegy i nadřízenými, které upevňují pracovní morálku a soudržnost (4, 26).

Služby péče o zaměstnance zpravidla zabezpečuje personální útvar, ovšem stále více se prosazuje myšlenka, že svou roli zde mají především bezprostřední nadřízení a vedoucí pracovníci. Je také možné využít pomoc externích agentur provozujících programy pomoci zaměstnancům.

Péče o zaměstnance se týká jednak individuálních či osobních služeb souvisejících s nemocí, úmrtím blízké osoby, problémy v zaměstnání, v rodině a starších nebo penzionovaných zaměstnanců. Dále péče o zaměstnance zahrnuje skupinové služby zaměřené na sportovní a společenské aktivity, pomoc dobročinným organizacím a kluby pro penzionovaný personál. Skupinová péče zahrnuje obvykle také stravovací zařízení. Patří sem také zařízení péče o předškolní děti (jesle, mateřská

školka), které by dle mého názoru byly zejména zdravotníky žádané, ale bohužel v českých nemocnicích zpravidla chybí.

Z hlediska individuální péče je důležité si uvědomit, že prvotní pomoc jedinci má ve výsledné fázi pomoci samotné organizaci. Osobní služby mají být poskytnuty všude, kde je pomoc potřeba a nemůže být poskytnuta jiným zdrojem a také kde jedinec může mít opravdový prospěch z nabízených služeb. Samozřejmostí v oblasti sociální osobní práce je zachování důvěrnosti. V případě zaměstnanců dlouhodobě nepřítomných z důvodu nemoci mají tyto služby zabezpečit pomoc či radu, která pomůže urychlit jejich návrat do práce. Ze sociálních důvodů je možné vyjádřit zaměstnanci podporu formou návštěvy či dopisu vyjadřující účast, přání uzdravení se a nabídku pomoci s potížemi vyplývajícími z jeho situace. Při úmrtí blízké osoby se zaměstnanec nachází ve velmi těžkém období a některé organizace přikládají této službě velký význam. Rodinné problémy se mohou zdát v rámci poskytování služeb organizací poněkud sporné a mají být poskytovány s rozvahou. Zaměstnanci může být např. poskytnuta rada, kde může vyhledat odbornou pomoc při řešení svých obtíží. Problémy v zaměstnání mohou být řešeny buď formou rozhovoru pracovníka se svým nadřízeným, nebo postupem pro řešení stížností. Také je ale vhodná služba konzultanta, se kterým si zaměstnanec může promluvit o nespokojenosti s pracovním kolektivem či jiných negativních pocitech plynoucích ze zaměstnání. U starších a penzionovaných pracovníků zajišťují služby přípravu na odchod do důchodu a také se potýkají s problémy, které mohou starší zaměstnanci ve své práci pociťovat. Je třeba si ale uvědomit, že tyto služby je vhodné poskytovat s rozvahou, aby starší zaměstnanci nevnímali své postavení v organizaci jako nevýhodné nebo se naopak nestali na poskytovaných službách příliš závislí.

Dle Armstronga již zmíněné skupinové služby typu sport a společenské kluby mají být poskytovány pouze tehdy, kdy po nich existuje reálná poptávka a jistě ne pro zvyšování tzv. pracovní morálky. Chybí totiž důkaz, že tomu tak skutečně je.

V oblasti zaměstnávání lidí se zaměstnavatel zpravidla nevyhne stížnostem ze strany svých pracovníků. Efektivním postupem při jejich řešení se v poslední době

zdá být nedirektivní a konzultativní přístup, kdy se doporučuje zaměstnancům naslouchat s porozuměním a sympatiemi a zároveň pozorovat jejich celkové chování. Dále se definuje problém a shrnou se závěry setkání. Jedinec se také pokusí sám navrhnout možné řešení svého problému. Cílem je přijít na jeho podstatu. Zaměstnanec má mít také možnost odvolat se v případě, kdy má pocit, že jeho stížnost nebyla řádně prošetřena a kdy není spokojen s navrhovaným řešením.

Pokud je třeba převádění zaměstnanců na jiná pracoviště v rámci organizace, je nutné postupovat tak, aby nedošlo k dlouhodobému narušení pracovní atmosféry a jiným případným potížím.

Kontrolovat a snižovat je nutné také absentérství zaměstnanců, které jednak působí jako narušitel chodu pracoviště a jednak je samozřejmě drahé. S tím souvisí i dodržování pracovní doby, kterou jsou většinou pověřeni nadřízení pracovníci.

Tyto a další zaměstnanecké záležitosti a problémy vyplývající z nutnosti týmové práce se týkají personálního řízení (27).

2.3.3 Prevence na úrovni státu

Domnívám se, že problematika nedostatku všeobecných sester se týká celé společnosti, a proto je jistě na místě zamyslet se nad možnostmi státu tuto situaci zvrátit. Dle mého názoru je nutné začít od počátku, konkrétně od prezentace sesterského povolání v široké veřejnosti tak, aby se na jeho studium hlásili lidé, kteří o něj mají skutečný zájem. K pozitivní prezentaci zdravotnického povolání je jistě nutné zapojit především média. S tímto souvisí i již zmíněná monitorace prezentace sester médii, která má na úsudek veřejnosti poměrně veliký vliv. Dále se domnívám, že je podstatné, aby získání nezbytného vzdělání pro profesi všeobecné sestry nebylo příliš složité, zdlouhavé a poněkud demotivující, jak se může jevit nyní. Tím ovšem nemyslím snížení úrovně obsahu studia. Naopak bych doporučovala zamyslet se nad studijní náplní jednotlivých oborů (od zdravotnického asistenta až po sestry navazujících magisterských programů) a také nad tím, co od absolventů těchto oborů v praxi očekáváme, tedy jaké vědomosti a dovednosti. Častým úskalím profese sester je systém

celoživotního vzdělávání, konkrétně získávání kreditů. Od sester samotných často slyším stížnosti ohledně nedostatečné nabídky seminářů, které by je skutečně zajímaly, či je považovaly za přínos pro svou praxi. Myslím tedy, že samotný systém celoživotního vzdělávání a tedy i získávání kreditů by si jistě zasloužil jisté úpravy, které se však jistě budou nadále vyvíjet v průběhu času. Bylo by jistě také vhodné zamyslet se nad možnostmi, jak dosáhnout ztotožnění sester s tímto systémem tak, aby pro ně znamenal nikoli neužitečnou a obtěžující záležitost, ale naopak zdroj potřebných a zajímavých informací. Náplně vzdělávacích akcí by měly také obsahovat možnosti naučit se pracovat s vlastními emocemi, bezmocí a vyčerpáním.

Myslím, že v rámci prevence syndromu vyhoření pro udržení stávajícího personálu by bylo vhodné zařídit možnost tzv. krizové intervence pro všeobecné sestry. Dále by jistě napomohla pravidelná nabídka různých rehabilitačních a lázeňských pobytů k regeneraci sil s prodloužením dovolené či placeného volna na tyto pobyty. Zde je ale jistě nutná určitá garance státu. Vzhledem k tomu, že pro sestry v pokročilejším věku může být jejich práce již vyčerpávající, odcházejí na méně náročné pracovní pozice. Zde by mohla napomoci nabídka pracovních míst s menším pracovním vypětím, delší dovolené, kratší a flexibilnější pracovní doby. Nutná je ovšem i investice do mladších pracovníků, např. možnost kratšího pracovního úvazku, nabídka servisu hlídání dětí, možnost rekvalifikačních projektů, zajištění lepších pracovních podmínek, apod. s cílem jejich udržení v profesi. Pro značnou fyzickou i psychickou náročnost sesterského povolání je pochopitelně nutné zvolit i odpovídající finanční ohodnocení (28).

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) si dlouhodobý výskyt fluktuace a z toho plynoucí problémy samozřejmě uvědomuje. Věnuje se proto nejzávažnějším příčinám nedostatku sester, za které považuje finanční ohodnocení, dlouhé a duplicitní vzdělávání, postavení ve společnosti, kompetence a pracovní podmínky. Vyplývá to z tiskové zprávy z roku 2009 stejně jako stanovená opatření na jejich řešení:

- Navýšení platů všeobecných sester rozpočtových a příspěvkových organizací od 1.7. 2009 v průměru o 15 % cestou zvýšení tarifů

(u ostatních zdravotníků o 7 %) a úpravou katalogu prací (přesun všeobecné sestry do vyšší platové třídy).

- Změna v „Seznamu zdravotních výkonů“ – navýšení mzdových indexů nelékařů. Plán rozšíření výkonů, které budou placeny zdravotními pojišťovnami stejně jako u lékařů (v Sazebníku výkonů z roku 2010 již jsou jisté schválené výkony a o jiných výkonech probíhá stále jednání).
- Odstranění znevýhodnění sester ve směnném provozu v době pracovní neschopnosti (úprava úhrady nemocenské).
- Snaha o snazší zřízení mateřské školky v rámci nemocnice novelizací vyhlášky o hygienických požadavcích na školky. MZ chystá dotační titul pro státní nemocnice na podporu zřízení a provozování školek pro děti zaměstnanců. MZ také připravuje adaptační proces sester formou vzdělávacích či adaptačních programů.
- MZ se zaměří na sledování spokojenosti zdravotnických pracovníků a na analyzování příčin jejich nespokojenosti. MZ spolupracuje s Českou asociací sester na pozitivní medializaci povolání sester.
- V oblasti vzdělávání byl již v roce 2008 sestrám zjednodušen vstup do specializačního vzdělávání (ihned po škole) a umožněno zkrácení doby studia ve specializačním programu. MZ také mnohonásobně navýšila finanční prostředky na specializační studium a potřeby celoživotního vzdělávání. MZ zahájilo jednání s Ministerstvem financí o snížení částky za vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání z 500 Kč na 100 Kč (v současné době stále platí 500 Kč). Dále MZ provedlo novelizaci vyhlášky o kreditech č. 321/2008 Sb. pro snadnější získání požadovaných kreditů (nyní vyhláška 4/2010 Sb.).
- Dále se MZ zaměřilo na revizi vzdělávacích programů tak, aby mohlo dojít ke zkrácení studia. Vyšší nebo vysokoškolské vzdělání chce MZ zohlednit a zvýšit kompetence sester (29).

Dle tiskové zprávy MZ ČR se na návrzích předchozích řešení podílel tým odborníků z Asociace sester ČR, Asociace nemocnic ČR a zdravotních pojišťoven, který pracoval téměř rok pod vedením Ministerstva zdravotnictví (29). Nemusíme se všemi plně souhlasit nebo mít výhrady, nicméně je jistě pozitivní, že o problémech sester se již přestává mlčet a činí se opatření na jejich nápravu.

2.4 Důsledky fluktuace

Nedostatek především ošetrovatelského personálu je problém celé organizace a zároveň výzvou, aby realizovala aktivity zaměřené na udržení sester.

Jak již bylo řečeno, fluktuace nemusí být vnímána pouze negativně. Díky fluktuaci dochází k přílivu nových lidí s novými nápady, zkušenostmi a podněty pro rozvoje nejen konkrétního oddělení ale i samotného zdravotnického zařízení. Vytváří také příležitosti ke kariéernímu postupu společně se zdravou vnitřní konkurencí (2, 5, 6).

Stále však platí, že ve zdravotnictví, více než v jiném oboru, je nutné mít stabilizovaný počet zaměstnanců. Neustálý nábor nových pracovníků bez potřebných zkušeností může totiž začít skrytě ohrožovat kvalitu péče o pacienty (16).

Kromě ztrát zkušených zaměstnanců patří mezi negativní jevy fluktuace riziko možného úniku citlivých informací z předešlého zařízení, snížení důvěryhodnosti coby potencionálního zaměstnavatele pro kvalitní uchazeče o zaměstnání a především pocity nejistoty u stávajících zaměstnanců a jejich přetížení, s čímž může souviset i následná snížená produktivita.

V oblasti finančních nákladů spojených s vysokou fluktuací dochází ke zvýšení nákladů před odchodem pracovníka, kdy se může snížit jeho výkonnost a naopak zvýšit jeho nemocnost. Dále jsou zde náklady na náborů a výběr zaměstnance a následně také na jeho zapracování (2, 5, 6).

2.4.1 Odborné důsledky

Jak již bylo řečeno, pokud ve zdravotnickém zařízení dochází k velkým ztrátám kvalifikovaných a také zkušených zaměstnanců, může nastat narušení pracovního chodu

na oddělení a pracovní morálky. Pro stávající zaměstnance se udržení pracovního provozu stává stále obtížnější a pracovní povinnosti provádí v časovém stresu, čímž se zcela pochopitelně zvyšuje riziko chyb. Domnívám se, že pokud situace není řešena, může dojít i k momentu, kdy si zaměstnanci začnou svou práci tzv. ulehčovat, tedy neřídí se doporučenými standardy a směrnicemi pro své pracovní činnosti. Vzhledem k tomu, že zde řešíme fluktuaci ve zdravotnických zařízeních, považuji tento důsledek za vůbec nejzávažnější, jelikož to znamená zhoršenou kvalitu poskytované péče o pacienty. Tato situace samozřejmě může nastat i tehdy, kdy sice organizace nové zaměstnance přijímá, ale ti krátce po zaučení odchází. Vynaložená námaha školitele a vlastně i celého oddělení byla tedy zbytečná, což může vést k jejich frustraci a skončit i jejich odchodem z pracoviště.

Zkušenější pracovníci se zpravidla také lépe rozhodují a podávají větší pracovní výkony (30). Noví pracovníci i přes svou snahu mají naopak po určitou dobu nižší produktivitu práce. Pokud tedy je v organizaci spíše převaha nových i třeba již zapracovaných zaměstnanců (ale stále bez dostatečných zkušeností), chybí organizaci získaná odbornost a pracovní zkušenost odejitých pracovníků. Organizace s nízkou fluktuací je tedy více produktivní a má i nižší provozní náklady (30).

2.4.2 Ekonomické důsledky

Je zřejmé, že organizace s vysokou fluktuací pracovníků nemůže dlouho dobře fungovat. Potřebuje totiž nahradit ztráty přijímáním nových zaměstnanců, což pro ni znamená finanční zátěž. Novým zaměstnancům musí zpravidla zajistit zaškolení, připravit je do pracovního procesu a seznámit je s chodem organizace.

Než se nový pracovník zadaptuje, je jeho produktivita práce nižší (30). Domnívám se, že zaučení nových zaměstnanců je náročné i pro jejich školitele, kteří mnohdy nemají na starosti pouhé zaučování, ale sami se podílejí na běžném pracovním provozu. Jak již bylo zmíněno, nedostatek personálu ovlivňuje i stávající zaměstnance a fluktuace se dále zvyšuje. Organizace ztrácí produktivitu a má vysoké provozní náklady. Také může dojít ke snížení její společenské prestiže a negativnímu hodnocení ze strany veřejnosti a tím i ke ztrátě případných uchazečů o pracovní poměr.

Není výjimkou, že organizace se často zaměřují právě na nábor nových zaměstnanců a celkové náklady a důsledky fluktuace jsou často podceňovány (30). Ekonomicky efektivnější by přitom mnohdy bylo soustředit se na udržení stávajícího personálu (viz kap. 2.3).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjištění stavu fluktuace ve vybraném zdravotnickém zařízení v období posledních 5 let.

Cíl 2: Zjistit motivátory a demotivátory všeobecných sester.

Cíl 3: Zmapovat pohled vedoucích pracovníků na problematiku fluktuace a na její případné řešení.

3.2 Pracovní hypotézy

Hlavní hypotéza:

Většina zkoumaných demotivátorů se vyskytuje alespoň u poloviny sester.

Vedlejší hypotézy:

1. Pokud si sestra zvolí své povolání z vlastního přesvědčení, většinou u něj setrvá.
2. Většina sesterského personálu nevnímá možnost zaměstnaneckých výhod jako motivační faktor.
3. Většina sester si myslí, že zavedení dostatečného počtu pomocného personálu by napomohlo ke snížení fluktuace.
4. Zaměstnavatel ve většině případů nehradí celoživotní vzdělávání nezbytné pro obnovení registrace, což vede k fluktuaci sesterského personálu.
5. Vedoucí pracovníci znají příčiny fluktuace svých zaměstnanců.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl proveden v Ústřední vojenské nemocnici v Praze se souhlasem hlavní sestry zdravotnického zařízení a samozřejmě všech zúčastněných výzkumného šetření.

Pro účely dotazníkového šetření jsem zvolila zdravotnický personál na oddělení ICU (intensive care unit = jednotka intenzivní péče), ARO (anesteziologicko - resuscitační oddělení) a Emergency (Pohotovost).

Pro poskytnuté rozhovory jsem oslovila staniční sestru na oddělení ICU A, staniční sestru na oddělení ICU B a vrchní sestru na oddělení ICU + Emergency. Dále jsem oslovila vrchní sestru na oddělení ARO a staničního ošetřovatele na oddělení Emergency.

3.4 Užité metody

Ve své práci jsem použila kombinaci metod kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

V rámci kvantitativního výzkumu zjišťuji průběh fluktuace zdravotnického zařízení na vybraných intenzivních odděleních v období posledních 5 let (2005 – 2009). Pro zpracování údajů jsem použila informace poskytnuté v rámci ústního rozhovoru s pracovníkem personálního oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

K získání potřebných informací od zdravotnického personálu jsem použila metodu dotazníkového šetření, opět se tedy jedná o metodu kvantitativního výzkumu. V úvodní části dotazníku byl respondent obeznámen s účelem mého výzkumného šetření, naprostou anonymitou vyplněného dotazníku a instrukcemi k jeho vyplnění. Následně byl respondent požádán o laskavé vyplnění dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 32 otázek, z toho 27 otázek uzavřených, čtyři polootevřené a jednu otevřenou.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Na oddělení ICU jsem rozdala 65 dotazníků, kdy návratnost činila 56 dotazníků. Z rozdaných 20 dotazníků na oddělení ARO se jich navrátilo 12 a z 25 rozdaných dotazníků na oddělení Emergency se navrátilo 18 dotazníků. Pro následné zpracování údajů jsem tedy shromáždila 86 vyplněných dotazníků.

Pro zmapování pohledu vedoucích pracovníků na problematiku fluktuace jsem použila metodu řízeného rozhovoru, jedná se tedy o kvalitativní výzkum. Rozhovor zahrnoval cca 5 - 6 otázek týkajících se přítomnosti fluktuace na konkrétním oddělení a jejích příčin z pohledu managementu. Dále jsem se v rozhovoru zaměřila na význam

fluktuace pro management a na její řešení. Celkem jsem provedla 5 rozhovorů se souhlasem již zmíněných vedoucích pracovníků.

4 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumného šetření jsou interpretovány pomocí popisné statistiky a vyhodnoceny v grafech, které jsou vytvořeny v programu Microsoft Excel.

4.1 Vyhodnocení fluktuace na vybraných odděleních

Jelikož se ve své práci zabývám fluktuací na pracovištích intenzivní péče, zvolila jsem k jejímu sledování oddělení ICU, ARO a Emergency. Časové rozpětí je 5 let, tedy od roku 2005 – 2009. Zjištěná data jsou uvedena v následné tabulce. (viz tabulka č. 1)

Tabulka č. 1

Sledované období	ICU + Emergency		ARO (včetně anesteziolog.) sestry z operačních sálů	
	Počet sester na začátku roku	Počet odchodů sester / rok	Počet sester na začátku roku	Počet odchodů sester / rok
2005	82	11	52	11
2006	88	6	54	8
2007	107	30	61	8
2008	109	13	64	3
2009	111	10	71	7

Vzhledem k tomu, že počítačový systém, který zpracovává přehled fluktuace na jednotlivých odděleních, nerozlišuje oddělení ICU a Emergency zvlášť, zahrnují data uvedená v tabulce č. 1 sesterský personál z těchto oddělení společně.

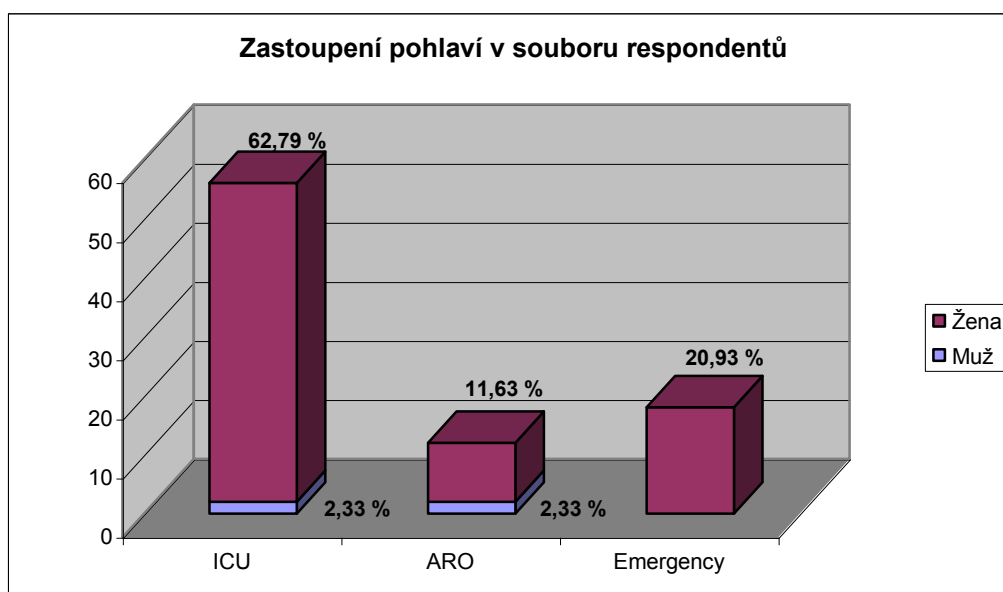
Výsledky týkající se oddělení ARO zahrnují z totožných důvodů sesterský personál anesteziologického i resuscitačního (lůžkového) oddělení.

4.2 Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření

Tabulka č. 2: Zastoupení pohlaví v souboru respondentů. (Otázka č. 1)

Pohlaví	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muž	2	2,33	2	2,33	0	0,00	4	4,65
Žena	54	62,79	10	11,63	18	20,93	82	95,35
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Graf č. 1

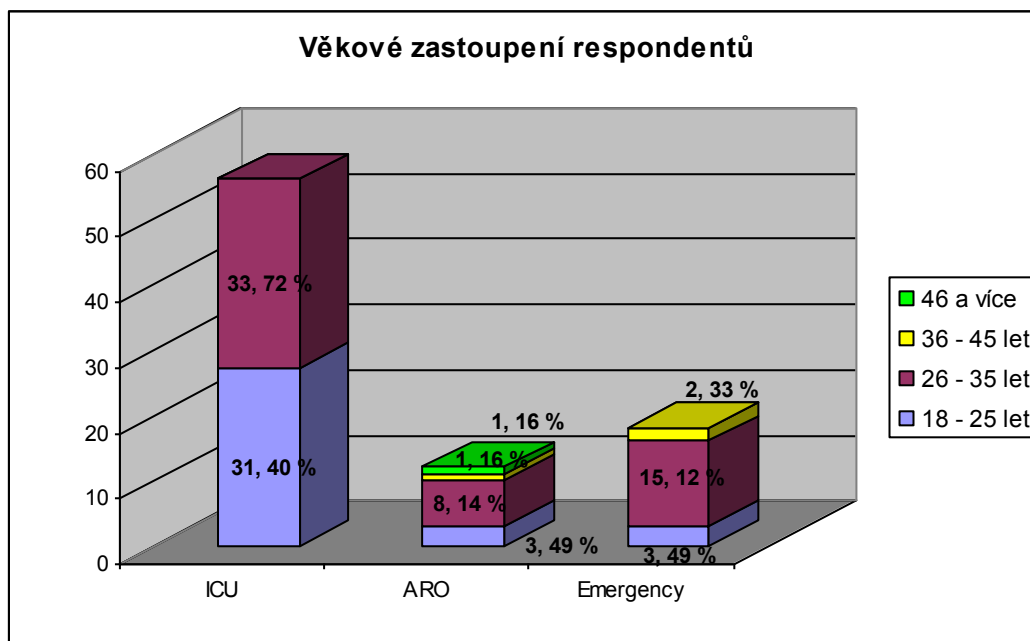


Z oddělení ICU odpovědělo 56 respondentů, z toho 2 muži a 54 žen. Na oddělení ARO odpovědělo 12 respondentů, z toho 2 muži a 10 žen. Na oddělení Emergency odpovědělo 18 respondentů, a to ženského pohlaví. (viz tabulka č. 2, graf č. 1)

Tabulka č. 3: Věkové zastoupení respondentů. (Otázka č. 2)

Věk	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 - 25 let	27	31,40	3	3,49	3	3,49	33	38,37
26 - 35 let	29	33,72	7	8,14	13	15,12	49	56,98
36 - 45 let	0	0,00	1	1,16	2	2,33	3	3,49
46 a více	0	0,00	1	1,16	0	0,00	1	1,16
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Graf č. 2



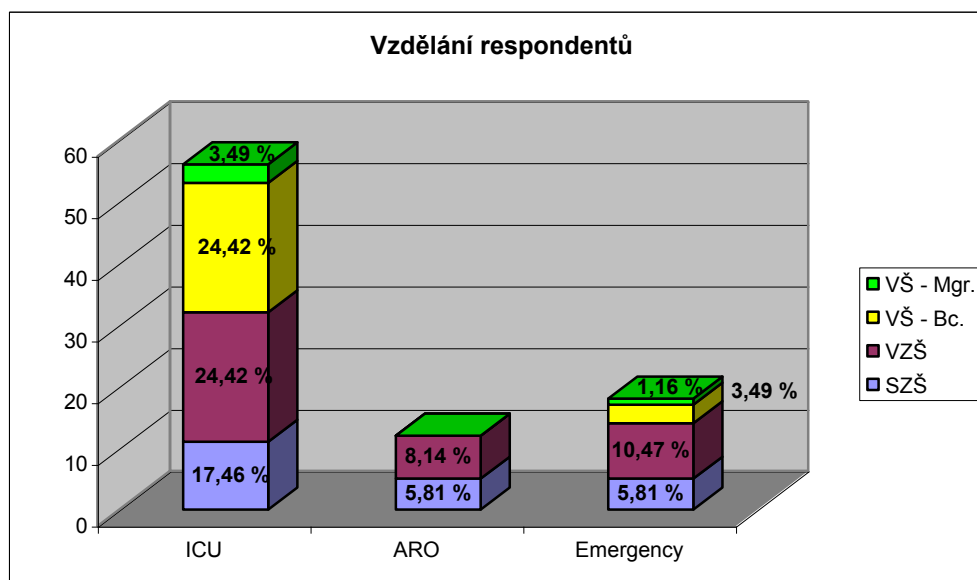
Z výzkumného souboru, který představuje 86 respondentů, se 33 respondentů pohybuje ve věkovém rozmezí 18 – 25 let, 3 respondenti jsou ve věku 36- 45 let

a 1 respondent se nachází v rozmezí 46 a více let. Nejvíce respondentů je ve věkovém rozmezí 26 – 35 let. (viz tabulka č. 3, graf č. 2)

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů. (Otázka č. 4)

Vzdělání	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SZŠ	11	17,46	5	5,81	5	5,81	21	28,57
VZŠ	21	24,42	7	8,14	9	10,47	37	36,51
VŠ - Bc.	21	24,42	0	0,00	3	3,49	24	28,57
VŠ – Mgr.	3	3,49	0	0,00	1	1,16	4	6,35
Σ	56	69,84	12	9,52	18	20,64	86	100,00

Graf č. 3

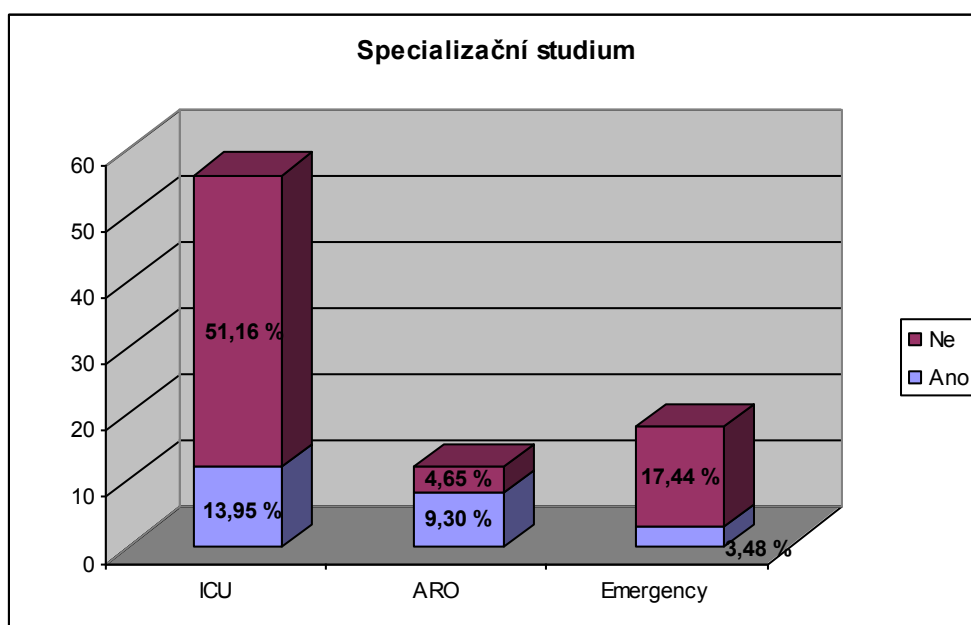


Z celkového počtu 86 respondentů odpovědělo 21 respondentů středoškolského vzdělání (SZŠ), 37 respondentů vyššího vzdělání a 24 respondentů vysokoškolského vzdělání (VŠ) – titul Bc. 4 respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání – titul Mgr. (viz tabulka č. 4, graf č. 3)

Tabulka č. 5: Specializační studium. (Otázka č. 5)

Specializační studium	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	12	13,95	8	9,30	3	3,48	23	26,74
Ne	44	51,16	4	4,65	15	17,44	63	73,25
Σ	56	65,11	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Graf č.4



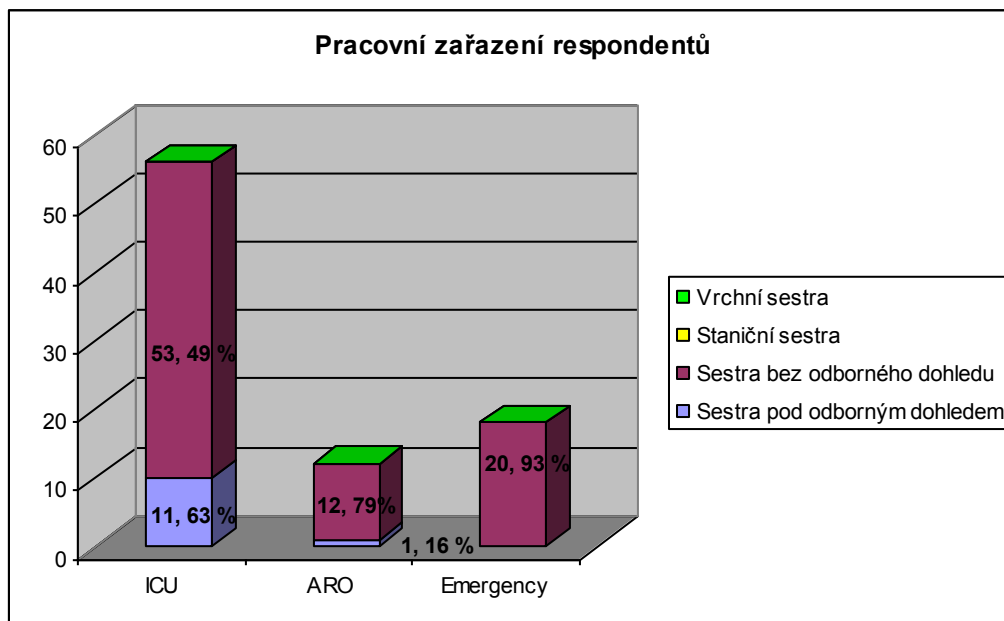
Z celkového počtu 86 respondentů absolvovalo 23 respondentů specializační studium, 63 respondenti nikoli. (viz tabulka č. 5, graf č. 4)

Tabulka č. 6: Pracovní zařazení respondentů. (Otázka č. 6)

Pracovní zařazení	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sestra pod odborným dohledem	10	11,63	1	1,16	0	0,00	11	12,79
Sestra bez odborného dohledu	46	53,49	11	12,79	18	20,93	75	87,21
Staniční sestra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Vrchní sestra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na otázku, která se týkala pracovního zařazení respondentů, odpovědělo 11 respondentů pracujících jako sestry pod odborným dohledem a 75 sester pracujících bez odborného dohledu. (viz tabulka č. 6, graf č. 5)

Graf č. 5

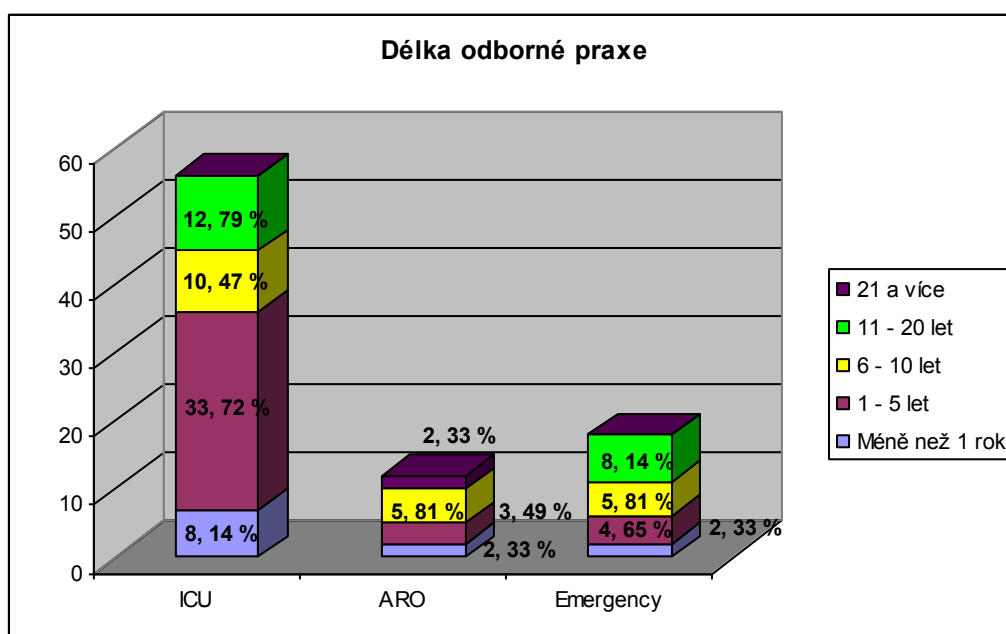


Tabulka č. 7: Délka odborné praxe. (Otázka č. 7)

Délka odborné praxe	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Méně než 1 rok	7	8,14	2	2,33	2	2,33	11	12,79
1 - 5 let	29	33,72	3	3,49	4	4,65	36	41,86
6 - 10 let	9	10,47	5	5,81	5	5,81	19	22,09
11 - 20 let	11	12,79	0	0,00	7	8,14	18	20,93
21 a více	0	0,00	2	2,33	0	0,00	2	2,33
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů pracuje 11 respondentů v oboru méně než 1 rok, 36 respondentů se pohybuje v rozmezí 1 – 5 let, 19 respondentů v rozmezí 6 – 10 let a 18 respondentů v rozmezí 11 – 20 let. Pouze 2 respondenti mají 21 a více let odborné praxe. (viz tabulka č.7, graf č. 6)

Graf č. 6

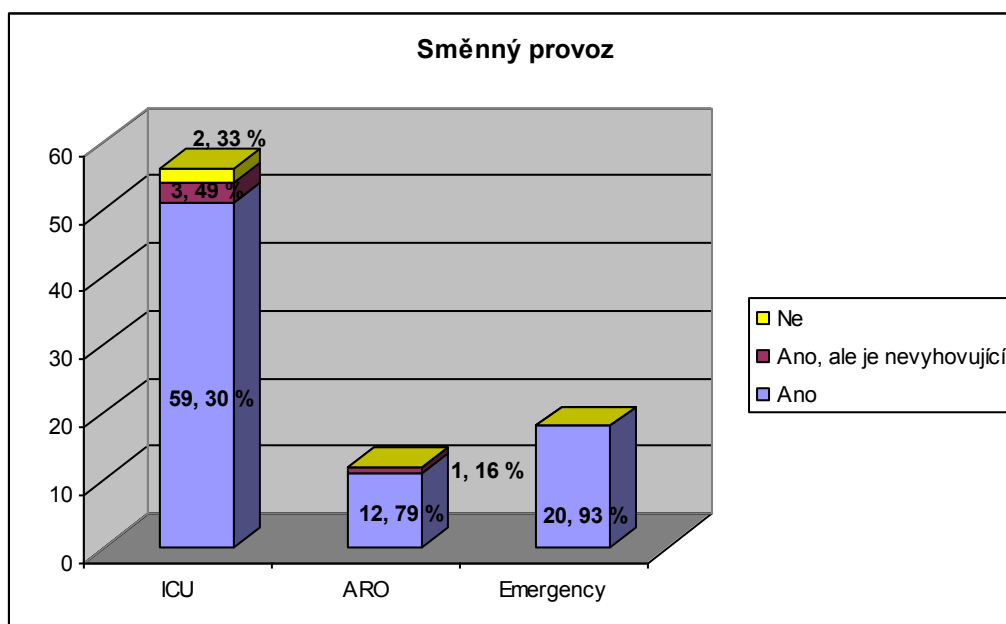


Tabulka č. 8: Práce ve směnném provozu. (Otázka č. 8)

Práce ve směnném provozu	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	51	59,30	11	12,79	18	20,93	80	93,02
Ano, ale je nevyhovující	3	3,49	1	1,16	0	0,00	4	4,65
Ne	2	2,33	0	0,00	0	0,00	2	2,33
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

84 respondentů ve směnném provozu pracuje, z toho je 80 respondentů spokojených, 4 nikoliv. 2 respondenti odpověděli, že ve směnném provozu nepracují. (viz tabulka č. 8, graf č. 7)

Graf č. 7

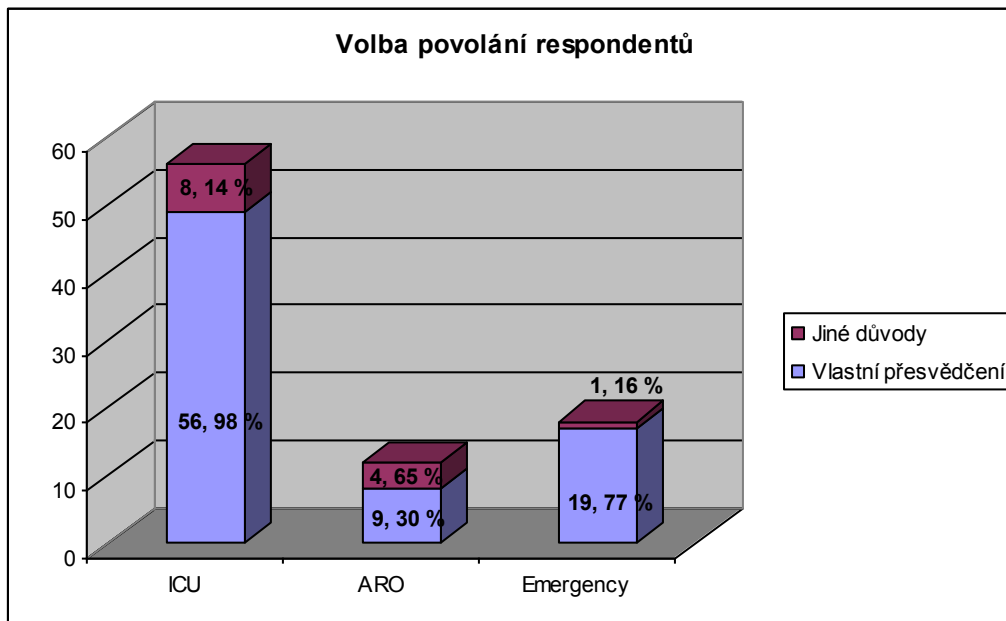


Tabulka č. 9: Volba povolání. (Otázka č. 9)

Volba povolání	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vlastní přesvědčení	49	56,98	8	9,30	17	19,77	74	86,05
Jiné důvody	7	8,14	4	4,65	1	1,16	12	13,95
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na otázku, která se týkala důvodů volby povolání, zvolilo 74 respondentů možnost „z vlastního přesvědčení“, 12 respondentů se rozhodlo na základě jiných důvodů. (viz tabulka č. 9, graf č. 8)

Graf č. 8

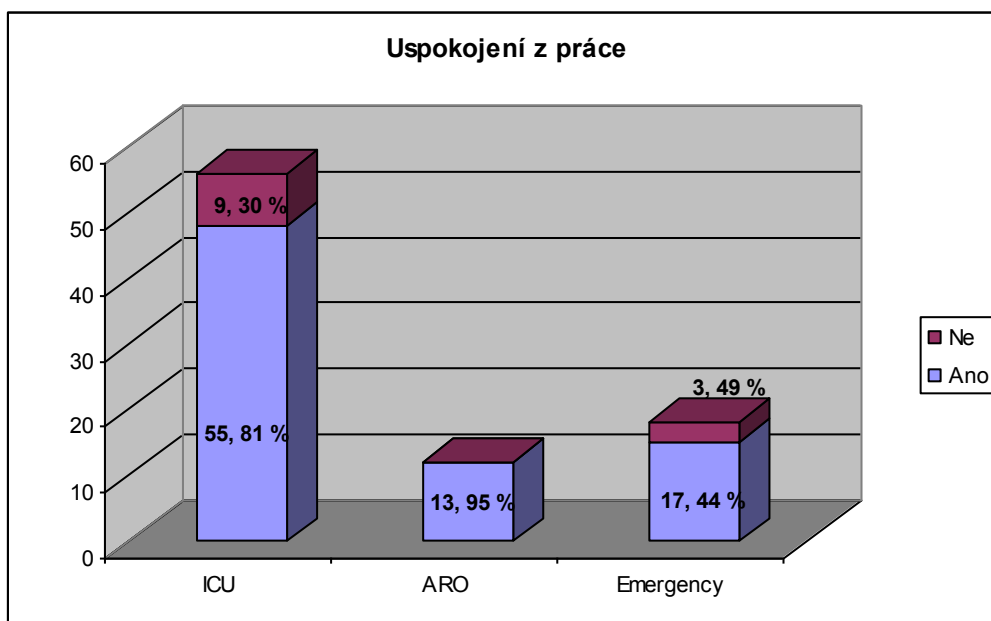


Tabulka č. 10: Uspokojení z práce. (Otázka č. 10)

Uspokojení z práce	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	48	55,81	12	13,95	15	17,44	75	87,21
Ne	8	9,30	0	0,00	3	3,49	11	12,79
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z 86 respondentů jich 75 uvedlo, že uspokojení ze své práce pociťuje, 11 respondentů nikoli. (viz tabulka č. 10, graf č. 9)

Graf č. 9

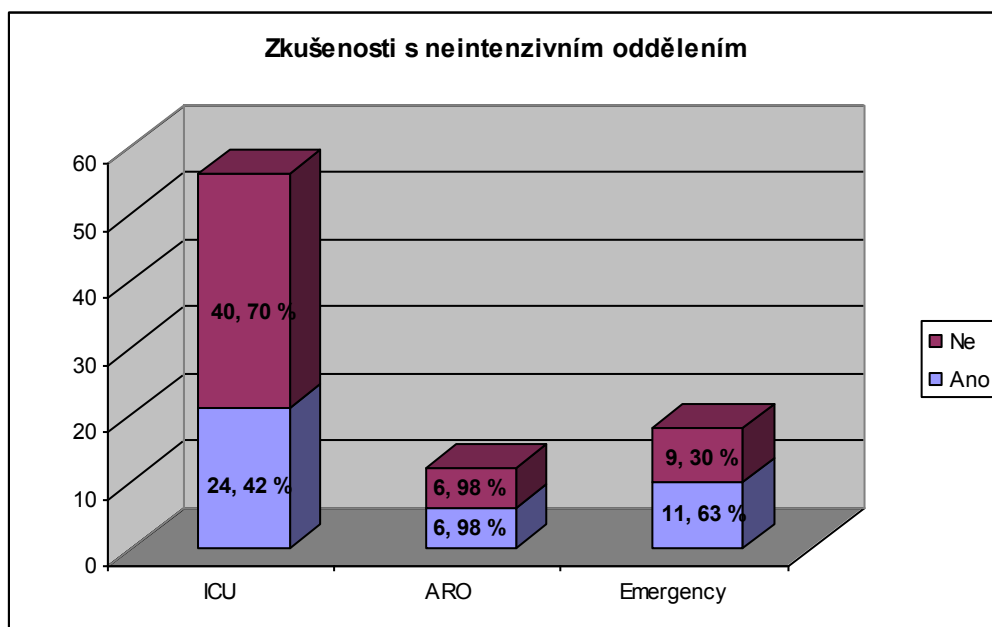


Tabulka č. 11: Zkušenosti s neintenzivním oddělením. (Otázka č. 11)

Zkušenosti s neintenzivním oddělením	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	21	24,42	6	6,98	10	11,63	37	43,02
Ne	35	40,70	6	6,98	8	9,30	49	56,98
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na položku, která se respondentů dotazovala na jejich zkušenosti s neintenzivním oddělením, odpovědělo 37 respondentů kladně, zbývajících 49 respondentů odpovědělo, že zkušenosti s jiným typem oddělení nemají. (viz tabulka č. 11, graf č. 10)

Graf č. 10

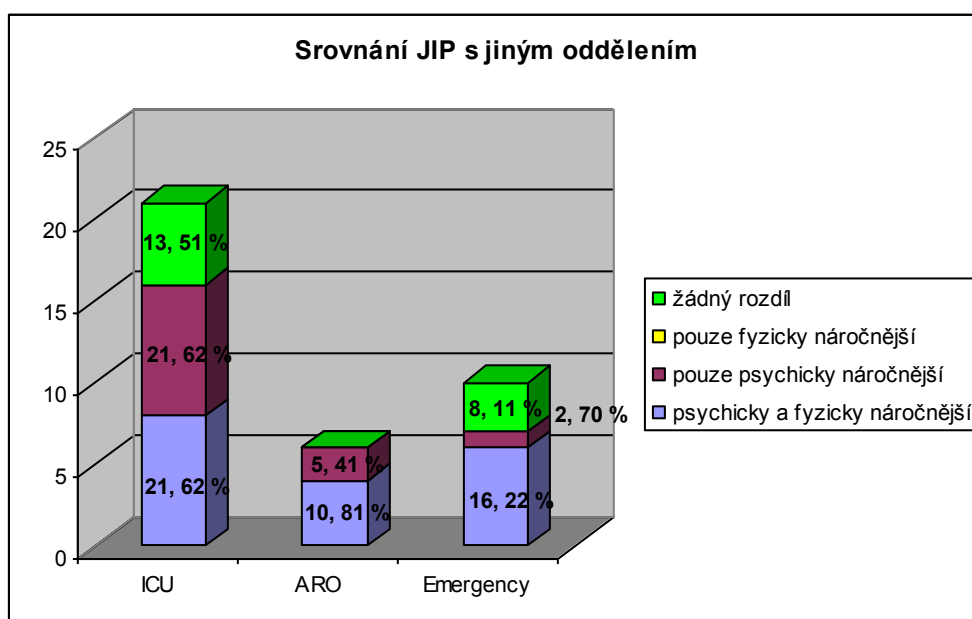


Tabulka č. 12: Srovnání JIP s jiným oddělením. (Otázka č. 12)

Srovnání JIP s jiným oddělením	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Psychicky a fyzicky náročnější	8	21,62	4	10,81	6	16,22	18	48,65
Pouze psychicky náročnější	8	21,62	2	5,41	1	2,70	11	29,73
Pouze fyzicky náročnější	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Žádný rozdíl	5	13,51	0	0,00	3	8,11	8	21,62
Σ	21	56,76	6	16,22	10	27,03	37	100,00

Z 37 respondentů, kteří mohou rozdílnost oddělení posoudit na základě vlastních zkušeností, shledává 18 respondentů práci na JIP psychicky i fyzicky náročnější a 11 respondentů vidí vyšší náročnost pouze v psychické oblasti. 8 respondentů nevidí v práci na JIPU a neintenzivním oddělením žádný rozdíl. (viz tabulka č. 12, graf č. 11)

Graf č. 11

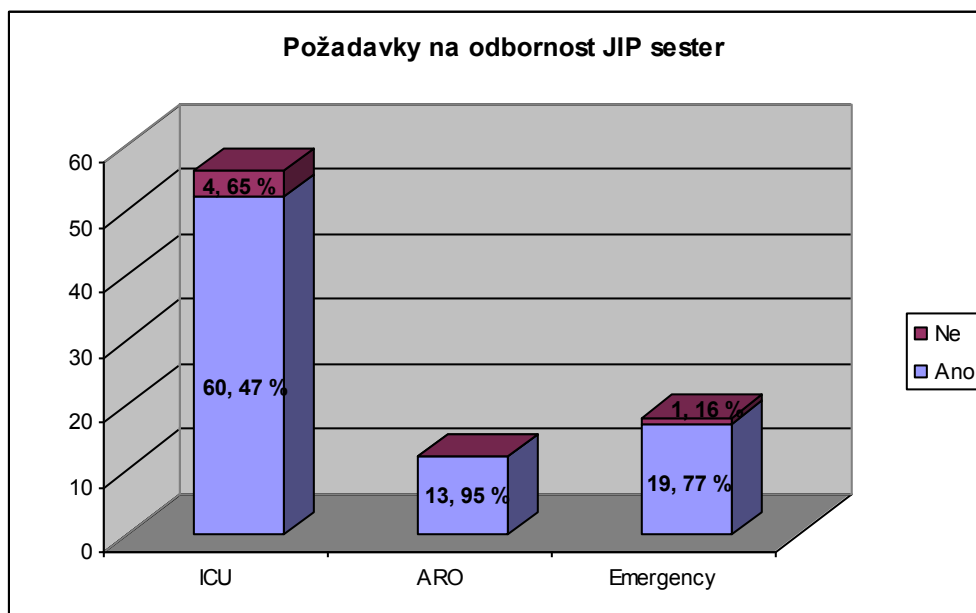


Tabulka č. 13: Vyšší požadavky na odbornost JIP sester. (Otázka č. 13)

Vyšší požadavky na odbornost JIP sester	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	52	60,47	12	13,95	17	19,77	81	94,19
Ne	4	4,65	0	0,00	1	1,16	5	5,81
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Ze souboru 86 respondentů si 81 respondentů myslí, že na sestry, které pracují na JIP, jsou kladeny vyšší požadavky ohledně jejich odbornosti, 5 respondentů tento názor nezaujímá. (viz tabulka č. 13, graf č. 12)

Graf č. 12

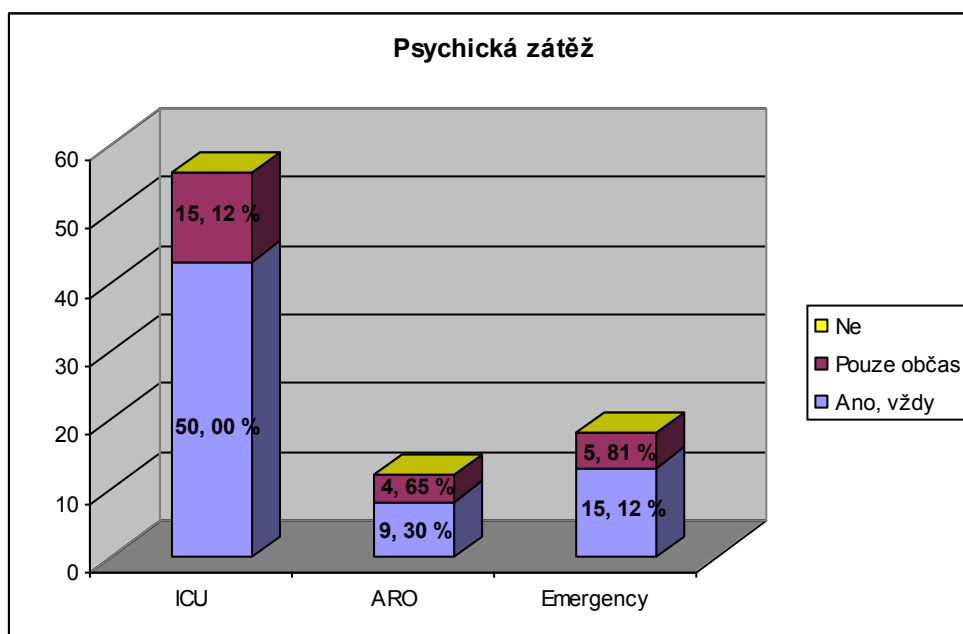


Tabulka č. 14: Psychická zátěž. (Otázka č. 14)

Psychická zátěž	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano, vždy	43	50,00	8	9,30	13	15,12	64	74,42
Pouze občas	13	15,12	4	4,65	5	5,81	22	25,58
Ne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů shledává 64 respondentů své povolání jako psychicky náročné vždy, 22 respondentů ho shledává psychicky náročným pouze občas. (viz tabulka č. 14, graf č. 13)

Graf č. 13

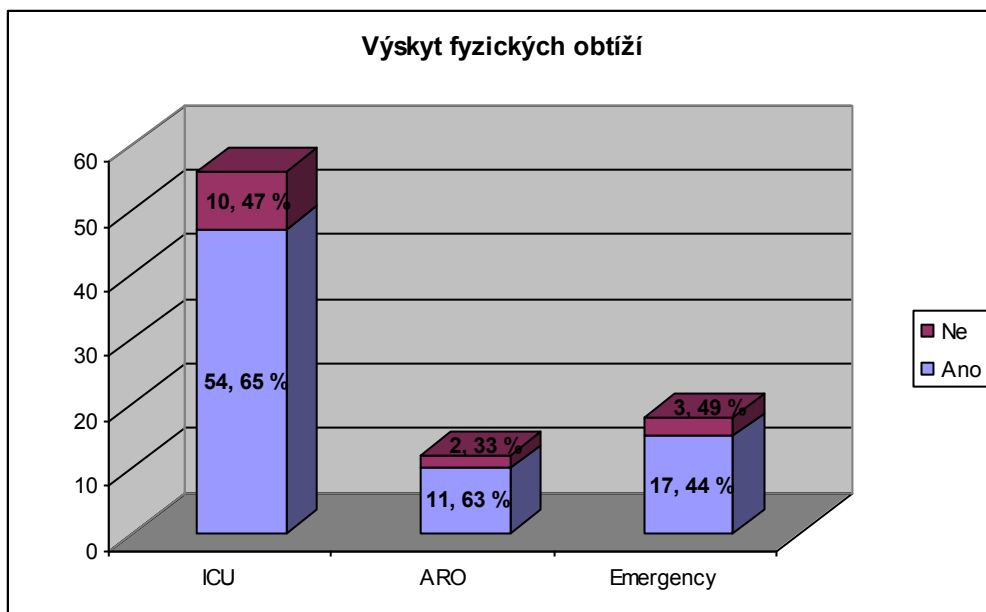


Tabulka č. 15: Výskyt fyzických potíží. (Otázka č. 15)

Výskyt fyzických potíží	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	47	54,65	10	11,63	15	17,44	72	83,72
Ne	9	10,47	2	2,33	3	3,49	14	16,28
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů již zaznamenalo 72 respondentů výskyt fyzických potíží v souvislosti s jejich prací, 14 respondentů fyzické potíže neuvádí. (viz tabulka č. 15, graf č. 14)

Graf č. 14

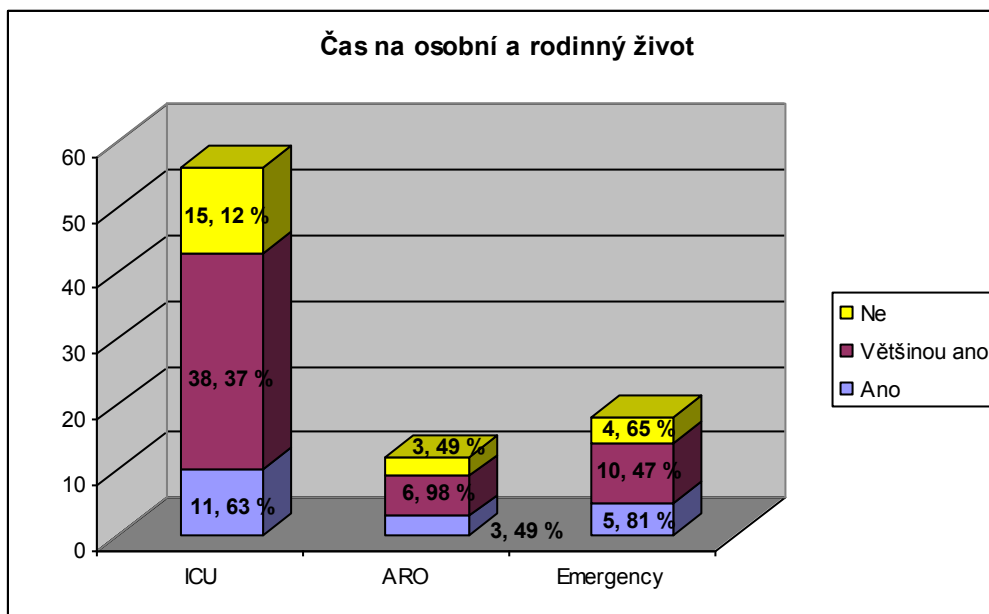


Tabulka č. 16: Dostatek času na osobní a rodinný život. (Otázka č. 16)

Dostatek času na osobní a rodinný život	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	10	11,63	3	3,49	5	5,81	18	20,93
Většinou ano	33	38,37	6	6,98	9	10,47	48	55,81
Ne	13	15,12	3	3,49	4	4,65	20	23,26
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na otázku, která se týkala času respondentů na osobní a rodinný život, odpovědělo 18 respondentů, že ho považuje za plně dostatečný, 48 respondentů ho vnímá dostatečným většinou. 20 respondentů uvedlo, že na osobní a rodinný život dostatek času nemá. (viz tabulka č. 16, graf č. 15)

Graf č. 15

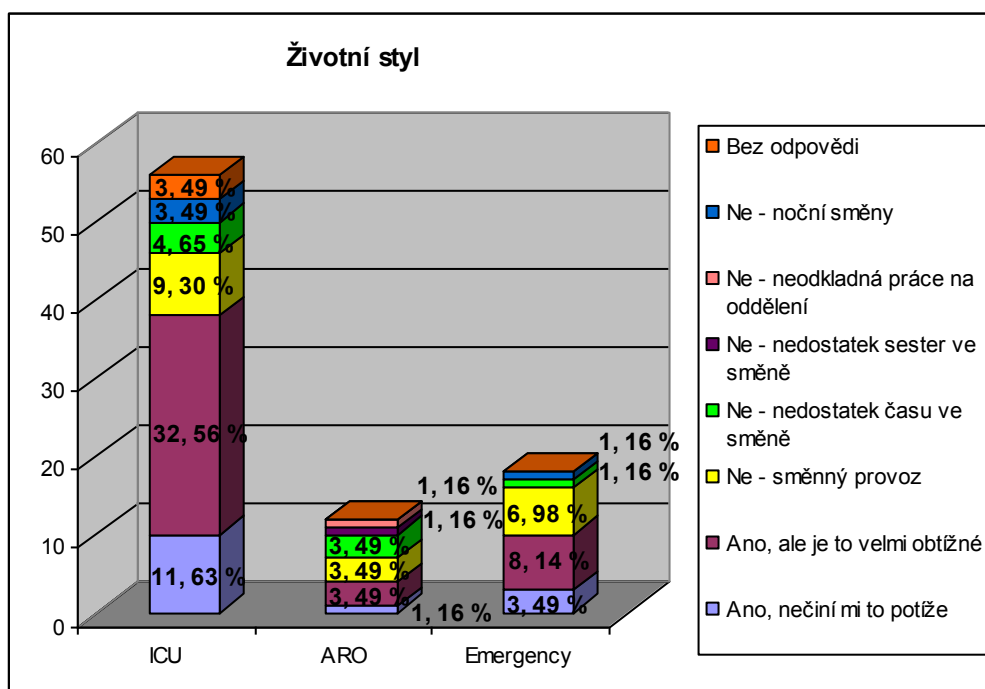


Tabulka č. 17: Životní styl. (Otázka č. 17)

Životní styl	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano, nečiní mi to potíže	10	11,63	1	1,16	3	3,49	14	16,28
Ano, ale je to velmi obtížné	28	32,56	3	3,49	7	8,14	38	44,19
Ne - směnný provoz	8	9,30	3	3,49	6	6,98	17	19,77
Ne - nedostatek času ve směně	4	4,65	3	3,49	1	1,16	8	9,30
Ne - nedostatek sester ve směně	0	0,00	1	1,16	0	0,00	1	1,16
Ne - neodkladná práce na oddělení	0	0,00	1	1,16	0	0,00	1	1,16
Ne - noční směny	3	3,49	0	0,00	1	1,16	4	4,65
Bez odpovědi	3	3,49	0	0,00	0	0,00	3	3,49
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů odpovědělo 14 respondentů, že jim nečiní potíže dodržovat tzv. zdravý životní styl, 38 respondentů se to pak daří jen velmi obtížně. 31 respondentů není schopno tzv. zdravý životní styl dodržovat, z toho 17 respondentů viní směnný provoz, 8 respondentů nedostatek času ve směně a 1 respondent nedostatek sester ve směně. 1 respondent pak za příčinu uvádí častou neodkladnou práci na oddělení, 4 respondenti uvádí noční směny. 3 respondenti příčinu neuvedli. (viz tabulka č. 17, graf č. 16)

Graf č. 16

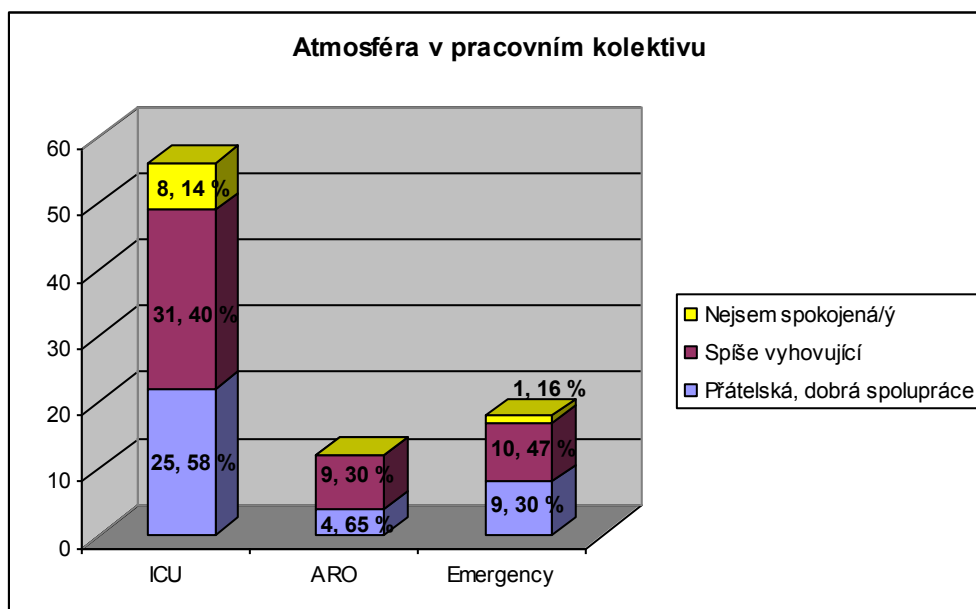


Tabulka č. 18: Atmosféra v pracovním kolektivu. (Otázka č. 18)

Atmosféra v pracovním kolektivu	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Přátelská, dobrá spolupráce	22	25,58	4	4,65	8	9,30	34	39,53
Spíše vyhovující	27	31,40	8	9,30	9	10,47	44	51,17
Nejsem spokojená/ý	7	8,14	0	0,00	1	1,16	8	9,30
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na otázku týkající se atmosféry v pracovním kolektivu odpovědělo 34 respondentů, že ji vnímá jako přátelskou a vyhovující, 44 respondentů ji označilo za spíše vyhovující a 8 respondentů s atmosférou na pracovišti spokojeno není. (viz tabulka č. 18, graf č. 17)

Graf č. 17

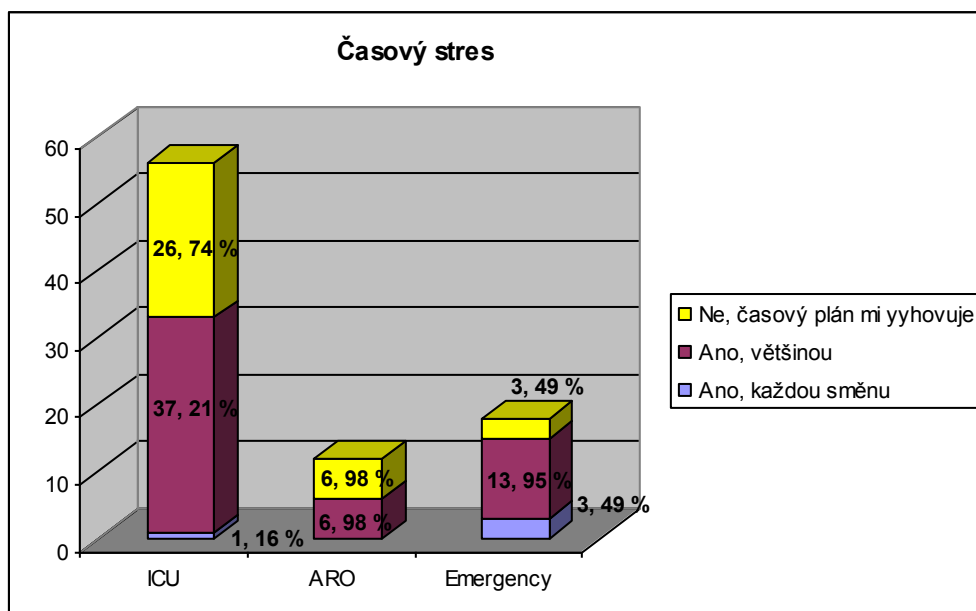


Tabulka č. 19: Časový stres. (Otázka č. 19)

Časový stres	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano, každou směnu	1	1,16	0	0,00	3	3,49	4	4,65
Ano, většinou	32	37,21	6	6,98	12	13,95	50	58,14
Ne, časový plán mi vyhovuje	23	26,74	6	6,98	3	3,49	32	37,21
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů uvedli 4 respondenti, že při plnění svých pracovních úkolů jsou v časovém stresu, 50 respondentů je v časovém stresu většinu služeb. Zbývající 32 respondenti časový stres nepocítují. (viz tabulka č. 19, graf č. 18)

Graf č. 18

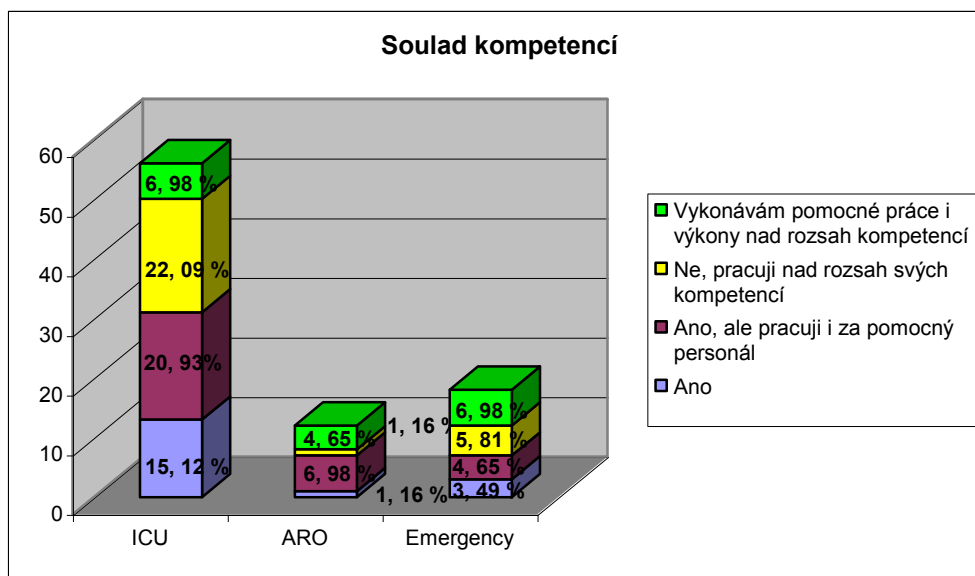


Tabulka č. 20: Soulad kompetencí. (Otázka č. 20)

Soulad kompetencí	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	13	15,12	1	1,16	3	3,49	17	19,77
Ano + pomocné práce	18	20,93	6	6,98	4	4,65	28	32,56
Nad rozsah kompetencí	19	22,09	1	1,16	5	5,81	25	29,07
Pomocné i specializov. výkony	6	6,98	4	4,65	6	6,98	16	18,60
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

17 respondentů odpovědělo, že vykonávají výkony skutečně v souladu se svými kompetencemi, 28 respondentů ke svým pracovním úkolům vykonává i pomocné práce, 25 respondentů provádí výkony nad rozsah svých kompetencí a 16 respondentů uvádí kombinaci pomocných prací a specializovaných výkonů nad rozsah svých kompetencí. (viz tabulka č. 20, graf č. 19)

Graf č. 19

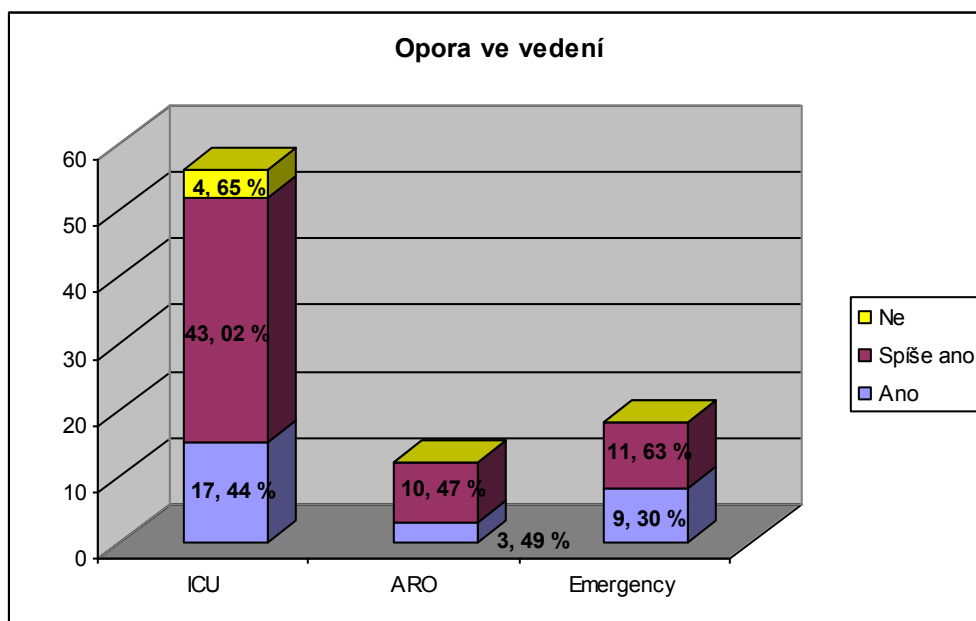


Tabulka č. 21: Opora ve vedení. (Otázka č. 21)

Opora ve vedení	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	15	17,44	3	3,49	8	9,30	26	30,23
Spíše ano	37	43,02	9	10,47	10	11,63	56	65,12
Ne	4	4,65	0	0,00	0	0,00	4	4,65
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

26 respondentů odpovědělo, že ve svých nadřízených oporu má, 56 respondentů zvolilo možnost „spíše ano“ a 4 respondenti ve svých nadřízených oporu postrádají. (viz tabulka č. 21, graf č. 20)

Graf č. 20

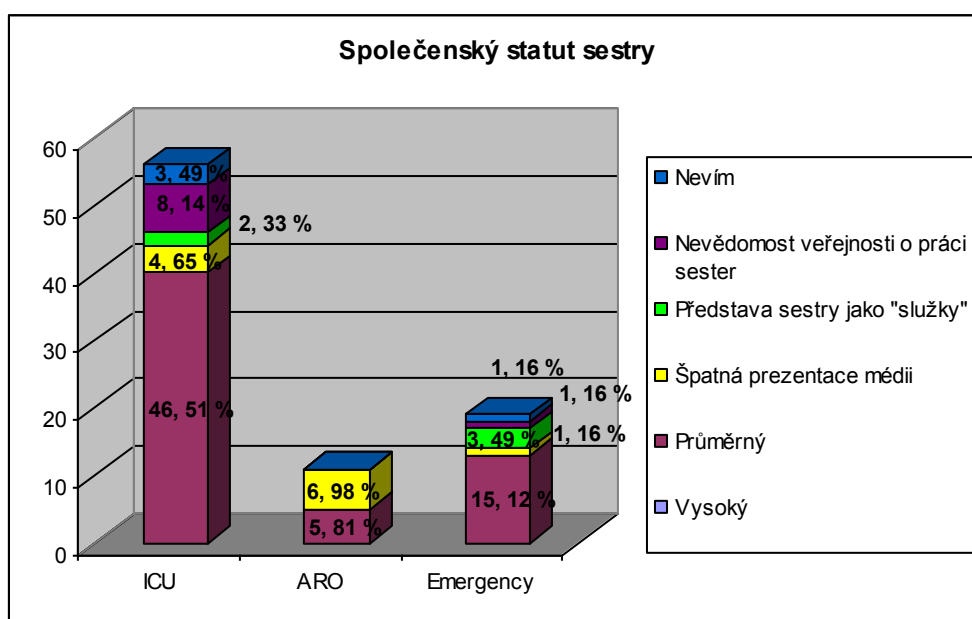


Tabulka č. 22: Společenský statut sestry. (Otázka č. 22)

Společenský statut sestry	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vysoký	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Průměrný	40	46,51	5	5,81	13	15,12	58	67,44
Špatná prezentace médií	4	4,65	6	6,98	1	1,16	11	12,79
Představa sestry jako „služky“	2	2,33	0	0,00	3	3,49	5	5,81
Nevědomost veřejnosti o práci sester	7	8,14	0	0,00	1	1,16	8	9,30
Nevím	3	3,49	0	0,00	1	1,16	4	4,65
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Žádný z respondentů neodpověděl, že hodnotí společenský statut sester jako vysoký. 58 respondentů označilo tento statut za průměrný a 28 respondentů ho označilo za nízký. Z těchto 28 respondentů uvedlo 11 respondentů za příčinu špatnou prezentaci médií, 5 respondentů viní představu v očích veřejnosti sestry jako „služky“ a 8 respondentů nevědomost veřejnosti o pracovní náplni sester. 4 respondenti příčinu neznají. (viz tabulka č. 22, graf č. 21)

Graf č. 21

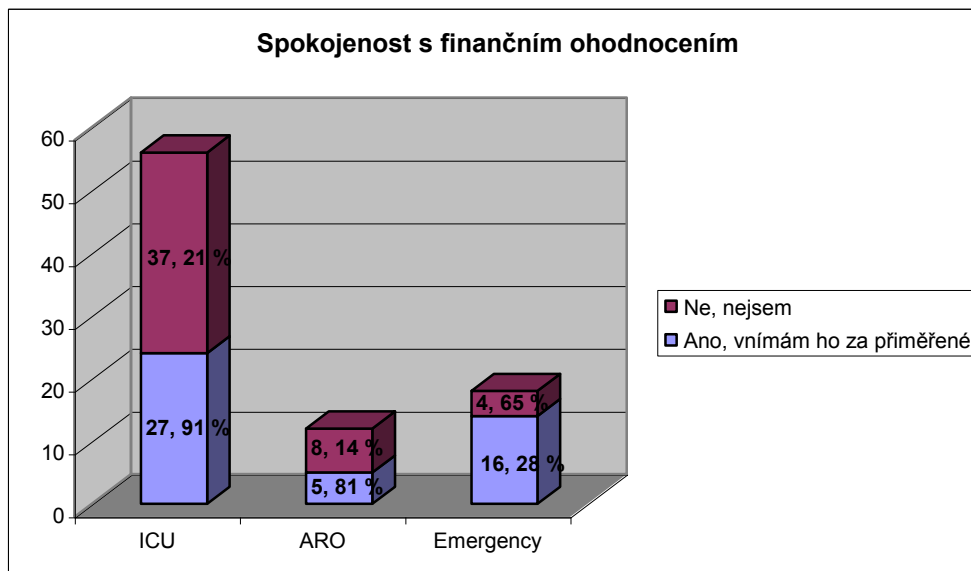


Tabulka č. 23: Finanční ohodnocení. (Otázka č. 23)

Finanční ohodnocení	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano, vnímám ho za přiměřené	24	27,91	5	5,81	14	16,28	43	50,00
Ne, nejsem	32	37,21	7	8,14	4	4,65	43	50,00
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů vnímá 43 respondentů své finanční ohodnocení za přiměřené, stejný počet respondentů ovšem s finančním ohodnocením spokojeno není. (viz tabulka č. 23, graf č. 22)

Graf č. 22

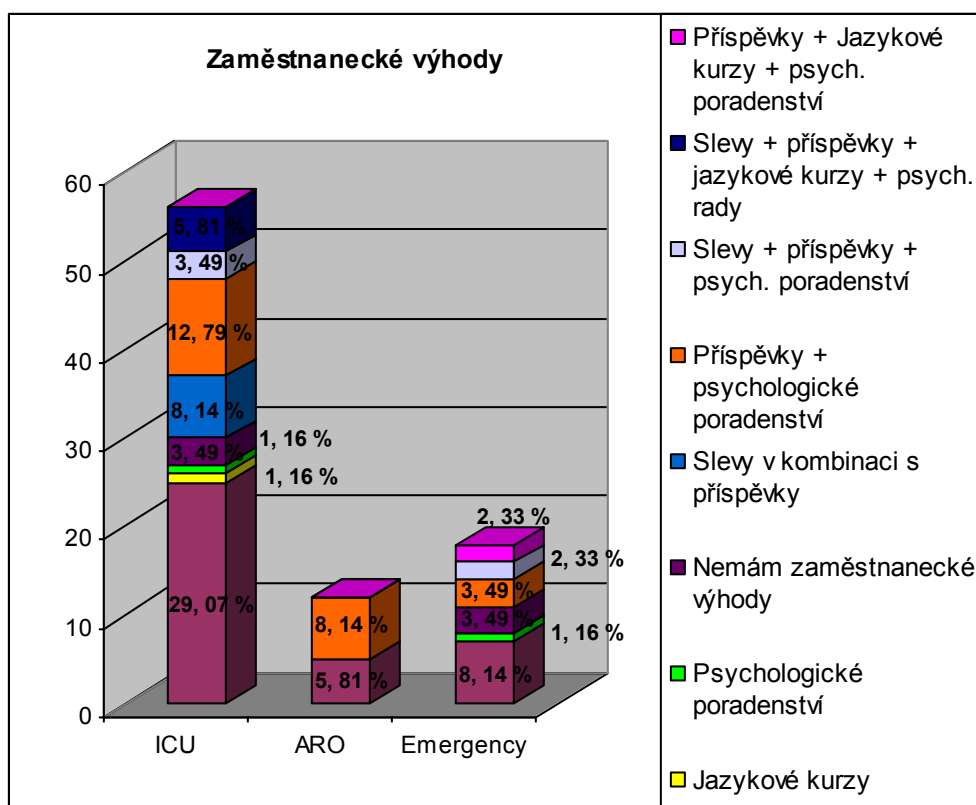


Tabulka č. 24: Zaměstnanecké výhody. (Otázka č. 24)

Zaměstnanecké výhody	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Slevy na vybrané specializované výkony	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Příspěvky (rekreace, penzijní připojištění)	25	29,07	5	5,81	7	8,14	37	43,02
Jazykové kurzy	1	1,16	0	0,00	0	0,00	1	1,16
Psychologické poradenství	1	1,16	0	0,00	1	1,16	2	2,33
Nemám zaměstnanecké výhody	3	3,49	0	0,00	3	3,49	6	6,98
Slevy v kombinaci s příspěvky	7	8,14	0	0,00	0	0,00	7	8,14
Příspěvky + psychologické poradenství	11	12,79	7	8,14	3	3,49	21	24,42
Slevy + příspěvky + psychol. poradenství	3	3,49	0	0,00	2	2,33	5	5,81
Slevy + příspěvky + jazykové kurzy + psychol. rady	5	5,81	0	0,00	0	0,00	5	5,81
Příspěvky + jazykové kurzy + psychol. poradenství	0	0,00	0	0,00	2	2,33	2	2,33
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

37 respondentů z nabídek zaměstnaneckých výhod odpovědělo, že má možnost příspěvků (rekreace apod.), 21 respondentů uvedlo kombinaci příspěvků a psychologického poradenství, 7 respondentů uvedlo slevy na vybrané specializované výkony a příspěvky, 5 respondentů označilo kombinaci slev, psychologického poradenství a příspěvků, dalších 5 respondentů uvedlo kombinaci slev, příspěvků, psychologického poradenství a jazykových kurzů. 2 respondenti uvedli možnost psychologického poradenství, další 2 respondenti odpověděli, že mají možnost příspěvků, jazykových kurzů a psychologického poradenství. 1 respondent označil možnost jazykových kurzů. 6 respondentů odpovědělo, že zaměstnanecké výhody nemají. (viz tabulka č. 24, graf č. 23)

Graf č. 23

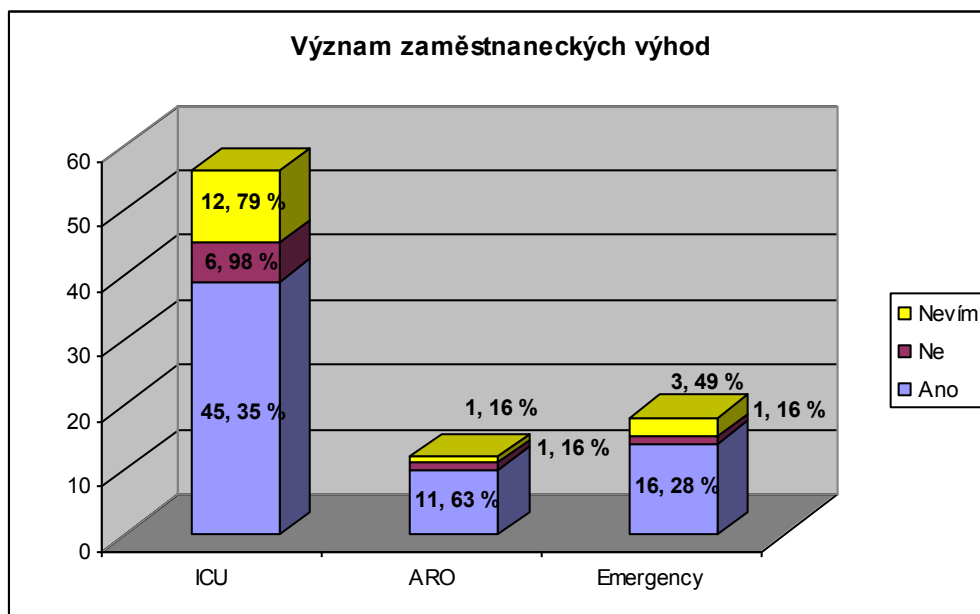


Tabulka č. 25: Význam zaměstnaneckých výhod. (Otázka č. 25)

Význam zaměstnaneckých výhod	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	39	45,35	10	11,63	14	16,28	63	73,26
Ne	6	6,98	1	1,16	1	1,16	8	9,30
Nevím	11	12,79	1	1,16	3	3,49	15	17,44
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů odpovědělo 63 respondentů, že pro ně má možnost užívání zaměstnaneckých výhod význam, 8 respondentů uvedlo, že pro ně nabízené zaměstnanecké výhody význam nemají. 15 respondentů odpovědělo, že význam zaměstnaneckých výhod neumí posoudit. (viz tabulka č. 25, graf č. 24)

Graf č. 24

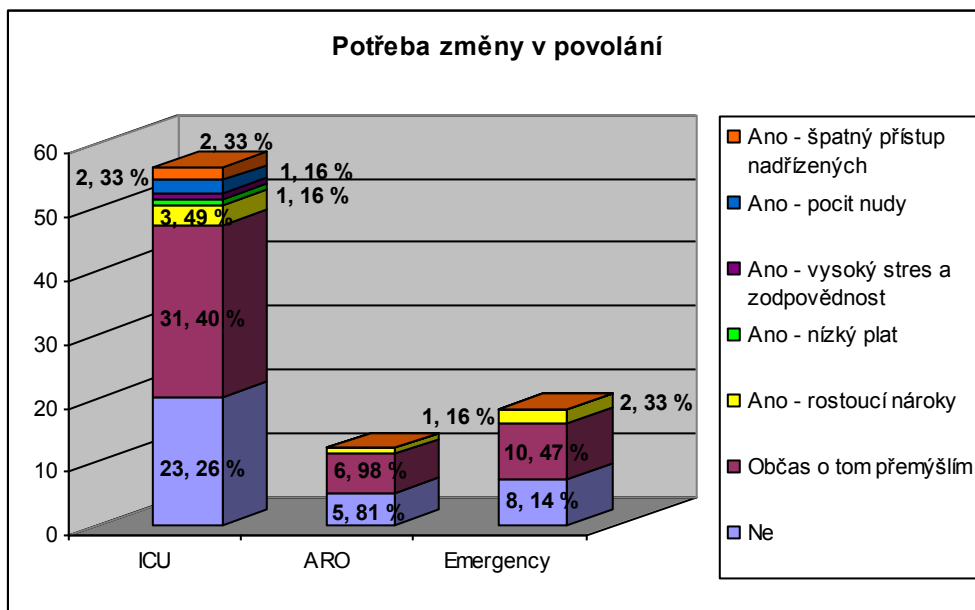


Tabulka č. 26: Potřeba změny povolání. (Otázka č. 26)

Potřeba změny povolání	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ne	20	23,26	5	5,81	7	8,14	32	37,21
Občas o tom přemýšlím	27	31,40	6	6,98	9	10,47	42	48,84
Ano - rostoucí nároky	3	3,49	1	1,16	2	2,33	6	6,98
Ano - nízký plat	1	1,16	0	0,00	0	0,00	1	1,16
Ano - vysoký stres a zodpovědnost	1	1,16	0	0,00	0	0,00	1	1,16
Ano - pocit nudy	2	2,33	0	0,00	0	0,00	2	2,33
Ano - špatný přístup nadřízených	2	2,33	0	0,00	0	0,00	2	2,33
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na otázku týkající se potřeby změny povolání odpovědělo 32 respondentů, že o změně povolání neuvažovalo, 42 respondentů o změně povolání občas uvažuje. 12 respondentů o změně povolání vážně uvažuje, z toho 6 respondentů označilo za příčinu rostoucí nároky, 2 respondenti označili pocit nudy na pracovišti, další 2 respondenti uvedli špatný přístup nadřízených. 1 respondent viní nízký plat a 1 respondent vysoký stres a zodpovědnost. (viz tabulka č. 26, graf č. 25)

Graf č. 25

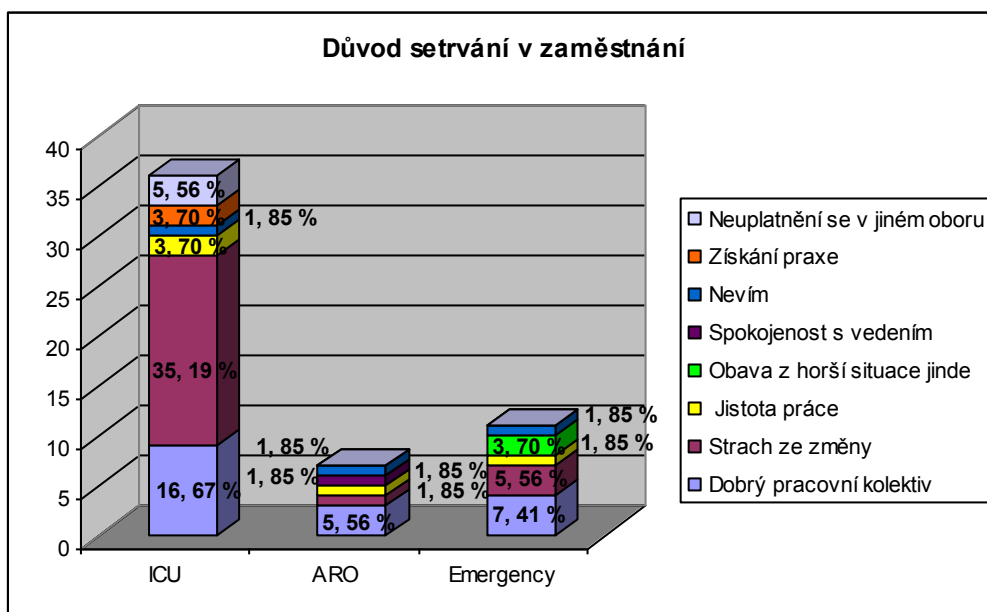


Tabulka č. 27: Důvod setrvání v zaměstnání. (Otázka č. 27)

Důvod setrvání v zaměstnání	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dobrý kolektiv	9	16,67	3	5,56	4	7,41	16	29,63
Strach ze změny	19	35,19	1	1,85	3	5,56	23	42,59
Jistota práce	2	3,70	1	1,85	1	1,85	4	7,41
Obava z horší situace jinde	0	0,00	0	0,00	2	3,70	2	3,70
Spokojenost s vedením	0	0,00	1	1,85	0	0,00	1	1,85
Nevím	1	1,85	1	1,85	1	1,85	3	5,56
Získání praxe	2	3,70	0	0,00	0	0,00	2	3,70
Neuplatnění se v jiném oboru	3	5,56	0	0,00	0	0,00	3	5,56
Σ	36	66,67	7	12,96	11	20,37	54	100,00

Z 54 respondentů, kteří o změně povolání již uvažovali, označilo 16 respondentů za důvod setrvání v zaměstnání dobrý kolektiv, 23 respondentů uvedlo strach ze změny, 4 respondenti uvedli jistotu práce, 2 respondenti mají obavu z horší situace na jiném pracovišti, další 2 respondenti označili za příčinu získání praxe. 1 respondent uvedl jako příčinu spokojenost s vedením a 3 respondenti neodešli z obavy neuplatnění se v jiném oboru. Zbývající 3 respondenti neznají důvod, který jim zabránil v odchodu ze současného zaměstnání. (viz tabulka č. 27, graf č. 26)

Graf č. 26

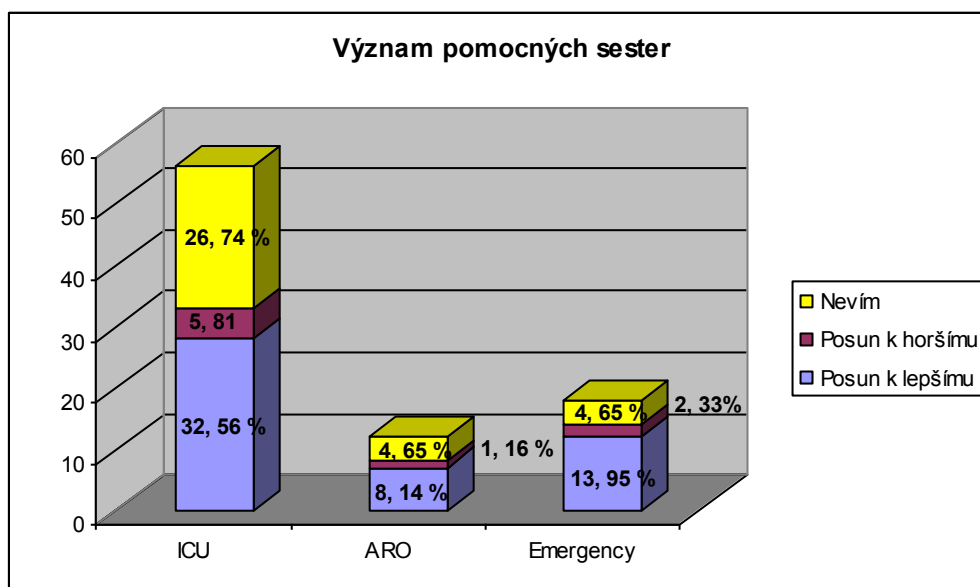


Tabulka č. 28: Význam zavedení více pomocných sester. (Otázka č. 28)

Význam zavedení více pomocných sester	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Posun k lepšímu	28	32,56	7	8,14	12	13,95	47	54,65
Posun k horšímu	5	5,81	1	1,16	2	2,33	8	9,30
Nevím	23	26,74	4	4,65	4	4,65	31	36,05
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Na položku, která se týkala zavedení většího množství pomocných sester na odděleních, odpovědělo 47 respondentů, že by to považovali za posun k lepšímu, 8 respondentů považuje tuto myšlenku za posun k horšímu a 31 respondentů neumí tuto situaci posoudit. (viz tabulka č. 28, graf č. 27)

Graf č. 27

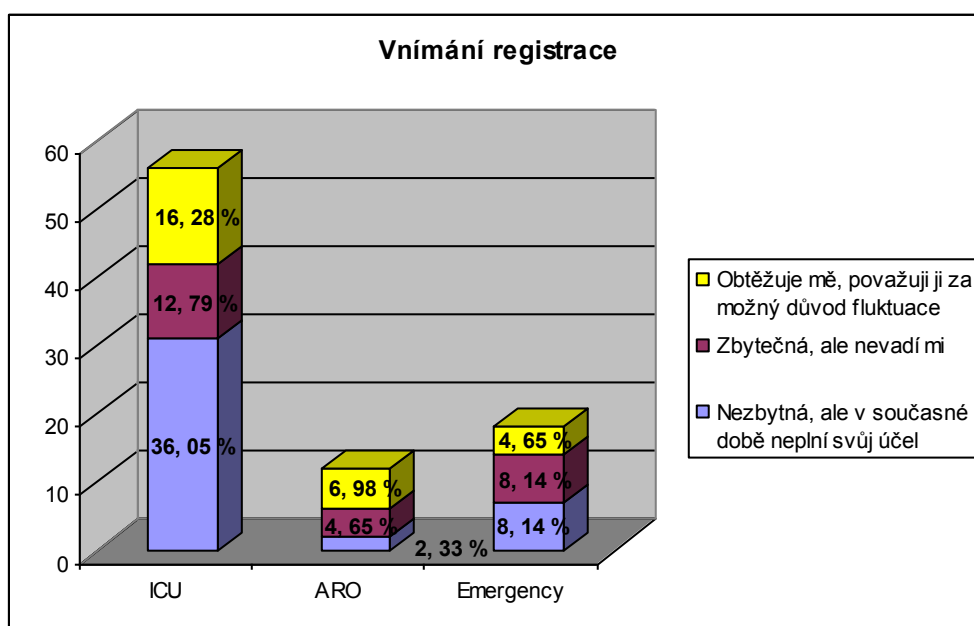


Tabulka č. 29: Vnímání registrace. (Otázka č. 29)

Vnímání registrace	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nezbytná, ale momentálně neplní svůj účel	31	36,05	2	2,33	7	8,14	40	46,51
Zbytečná, ale nevadí mi	11	12,79	4	4,65	7	8,14	22	25,58
Obtěžuje mě, považuji ji za možný důvod fluktuace	14	16,28	6	6,98	4	4,65	24	27,91
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Z celkového počtu 86 respondentů považuje 40 respondentů registraci za nezbytnou, v současné době ale postrádají její účel. 22 respondentů vnímá registraci jako zbytečnou, ale nevadí jim. 24 respondentů registrace obtěžuje a považují ji za možný důvod fluktuace. (viz tabulka č. 29, graf č. 28)

Graf č. 28

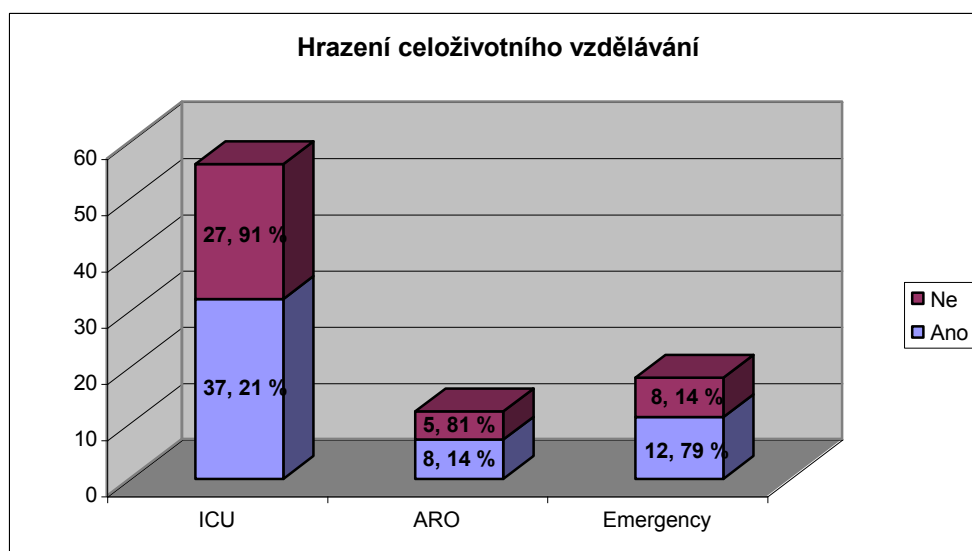


Tabulka č. 30: Hrazení celoživotního vzdělávání. (Otázka č. 30)

Hrazení celoživotního vzdělávání	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	32	37,21	7	8,14	11	12,79	50	58,14
Ne	24	27,91	5	5,81	7	8,14	36	41,86
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

50 respondentů odpovědělo, že jim zaměstnavatel celoživotní vzdělávání hradí, 36 respondentů uvedlo, že nikoli. (viz tabulka č. 30, graf č. 29)

Graf č. 29

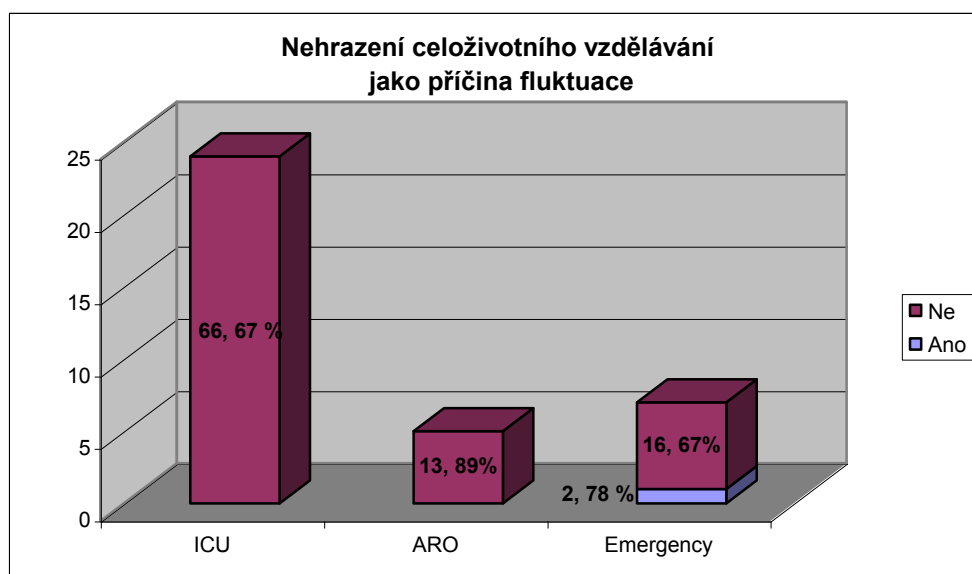


Tabulka č. 31: Nehrazení celoživotního vzdělávání jako příčina fluktuace. (Otázka č. 31)

Nehrazení celoživotního vzdělávání jako příčina fluktuace	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	0	0,00	0	0,00	1	2,78	1	2,78
Ne	24	66,67	5	13,89	6	16,67	35	97,22
Σ	24	66,67	5	13,89	7	19,44	36	100,00

Na otázku, zda je nehrazení celoživotního vzdělávání zaměstnavatelem pro respondenty důvodem k odchodu, odpověděl 1 respondent kladně, 35 respondentů uvedlo, že nikoli. (viz tabulka č. 31, graf č. 30)

Graf č. 30

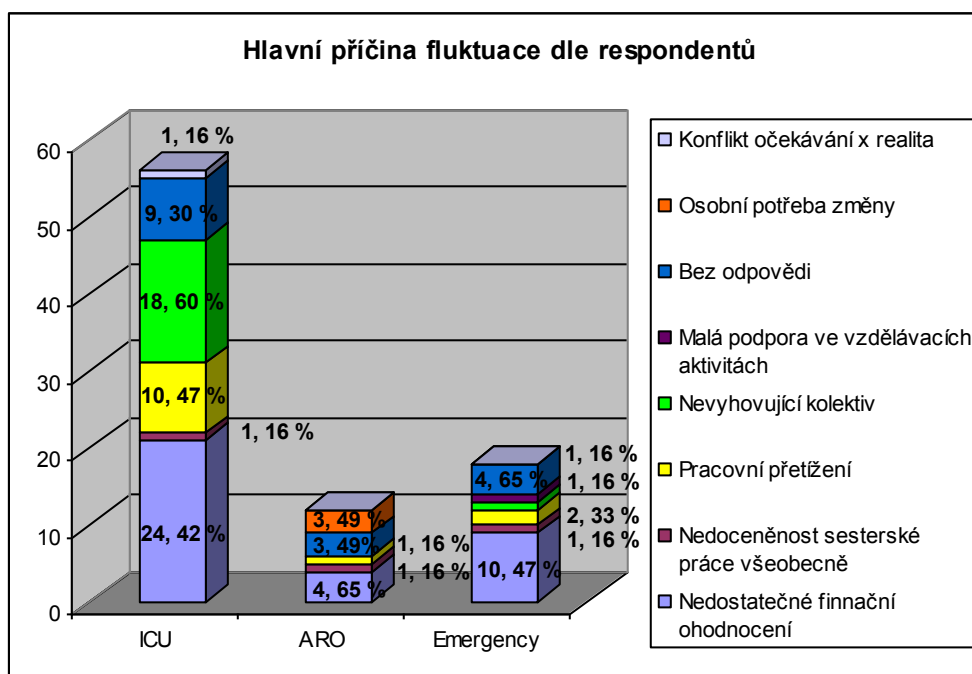


Tabulka č. 32: Hlavní příčina fluktuace dle respondentů. (Otázka č. 32)

Hlavní příčina fluktuace dle respondentů	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nedostatečné finanční ohodnocení	21	24,42	4	4,65	9	10,47	34	39,53
Nedocenenost sesterské práce všeobecně	1	1,16	1	1,16	1	1,16	3	3,49
Pracovní přetížení	9	10,47	1	1,16	2	2,33	12	13,95
Nevyhovující kolektiv	16	18,60	0	0,00	1	1,16	17	19,77
Malá podpora ve vzdělávacích aktivitách	0	0,00	0	0,00	1	1,16	1	1,16
Bez odpovědi	8	9,30	3	3,49	4	4,65	15	17,44
Osobní potřeba změny	0	0,00	3	3,49	0	0,00	3	3,49
Konflikt očekávání x realita	1	1,16	0	0,00	0	0,00	1	1,16
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

Jako hlavní příčinu fluktuace označilo 34 respondentů nedostatečné finanční ohodnocení, 17 respondentů uvedlo nevyhovující kolektiv, 12 respondentů uvedlo pracovní přetížení a 3 respondenti označili za příčinu nedoceněnou práci sester všeobecně. Další 3 respondenti uvedli osobní potřebu změny. 1 respondent uvedl jako příčinu malou podporu ve vzdělávacích aktivitách a 1 respondent vidí problém ve střetu očekávání s realitou při nástupu do zaměstnání. 15 respondentů ponechalo tuto otázku bez odpovědi. (viz tabulka č. 32, graf č. 31)

Graf č. 31



Tabulka č. 33: *Nejlepší řešení fluktuace dle respondentů. (Otázka č. 33)*

Nejlepší řešení fluktuace dle respondentů	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lepší finanční ohodnocení	44	51,16	10	11,63	15	17,44	69	80,23
Vhodnější forma vzdělávání	1	1,16	1	1,16	0	0,00	2	2,33
Vyšší společenská prestiž	5	5,81	1	1,16	2	2,33	8	9,30
Možnost vykonávat pouze „své“ povolání	6	6,98	0	0,00	1	1,16	7	8,14
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

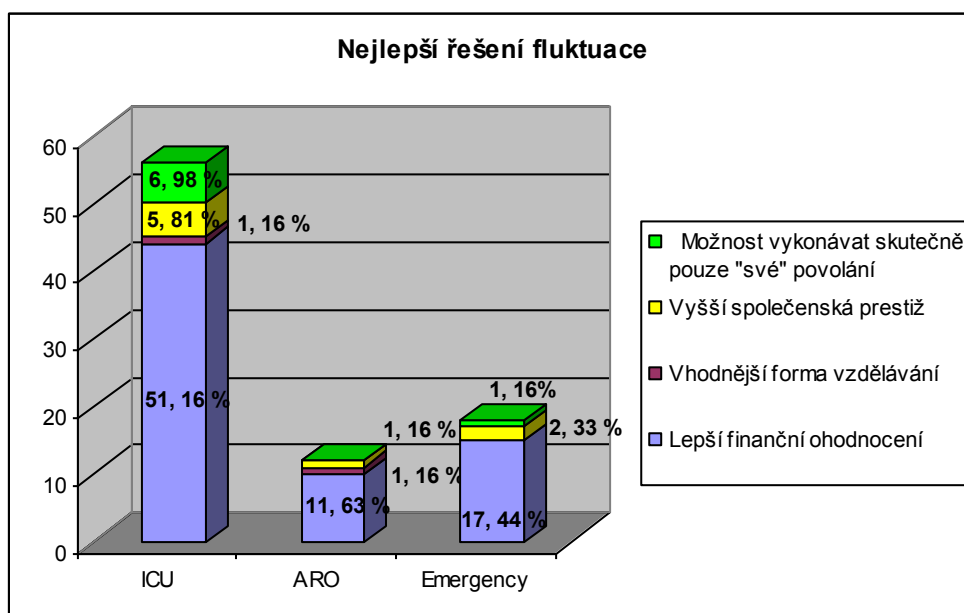
Tabulka č. 34: *Druhé nejlepší řešení fluktuace dle respondentů. (Otázka č. 33)*

Druhé nejlepší řešení fluktuace	ICU		ARO		Emergency		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lepší finanční ohodnocení	10	11,63	1	1,16	3	3,49	14	16,28
Vhodnější forma vzdělávání	4	4,65	0	0,00	1	1,16	5	5,81
Vyšší společenská prestiž	10	11,63	2	2,33	2	2,33	14	16,28
Možnost vykonávat pouze „své“ povolání	32	37,21	9	10,47	12	13,95	53	61,63
Σ	56	65,12	12	13,95	18	20,93	86	100,00

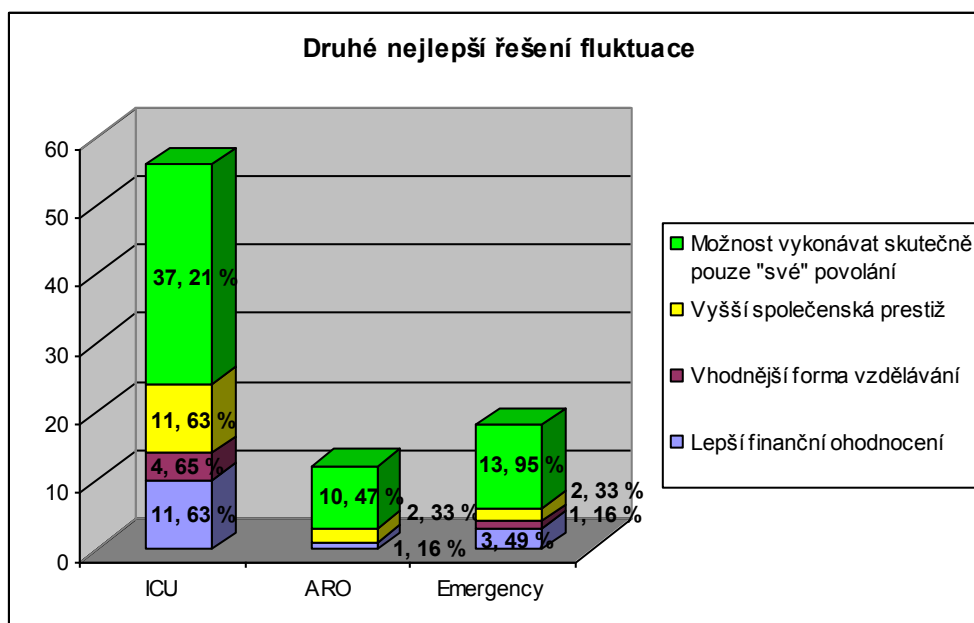
Na otázku, která se týkala *nejlepšího* řešení fluktuace, uvedlo 69 respondentů možnost lepšího finančního ohodnocení na prvním místě a na místě druhém vyšší společenskou prestiž, tuto možnost označilo 8 respondentů.

Za *druhé nejlepší* řešení fluktuace se dle 53 respondentů na prvním místě objevuje možnost vykonávat skutečně pouze „své“ povolání a na druhém místě stojí lepší finanční ohodnocení a vyšší společenská prestiž (v obou případech o počtu 14 respondentů). (viz tabulka č. 33 a č. 34, graf č. 32 a č. 33)

Graf č. 32



Graf č. 33



4.3 Přehled řízených rozhovorů s vedoucími pracovníky

A. Řízený rozhovor s vrchní sestrou na oddělení ICU + Emergency

1. *Pozorujete za dobu svého působení na Vašem pracovišti výskyt fluktuace?*

Vrchní sestra na svém pracovišti fluktuaci pozoruje spíše ve vlnách, momentálně v menší míře.

2. *Co pro Vás znamená fluktuace – máte z ní obavy?*

Vrchní sestra nemá z fluktuace na svém pracovišti obavy.

3. *Kde je podle vás příčina odchodů sester?*

Na jedné straně jsou dle vrchní sestry příčiny odchodů v graviditě sester, odchodů sester za pracovními příležitostmi / zkušenostmi do zahraničí a také odchody sester kvůli rodinným problémům, jejichž řešení vyžaduje dočasné přerušení pracovního poměru či trvalou změnu bydliště a tím také zaměstnání. Dále to jsou tzv. problémoví zaměstnanci (zhruba jednou / 3 roky), kteří narušují chod oddělení a interpersonální vztahy.

4. *Učinila jste či navrhla nějaká opatření pro snížení fluktuace na Vašem oddělení?*

V případě vyskytnutí se již zmíněné situace tzv. problémového zaměstnance se vrchní sestra snaží o to, aby si zúčastnění vyříkali své stížnosti a pocity a došli tak k vyřešení situace.

Dále na oddělení ICU navrhla trénink náročných situací typu akutní příjem pacienta. Myšlenka je taková, že nácvik by byl prováděn po menších skupinkách sester, kdy by se týkal především začínajících sester, aby byly schopny tyto situace zvládat samostatně a efektivně. Tuto možnost mají mít samozřejmě všechny sestry, i ty zkušenější.

5. *Jaký byl jejich výsledek?*

Snaha o vyřešení napjaté atmosféry na oddělení zatím vždy skončila odchodem původní konfliktní sestry, případně dalších sester.

Projekt nácviku náročných situací je momentálně ve fázi plánování.

B. Řízený rozhovor s vrchní sestrou na oddělení ARO

1. *Pozorujete za dobu svého působení na Vašem oddělení výskyt fluktuace?*

Vrchní sestra na svém oddělení fluktuaci pozoruje spíše v rámci střídajících se období, momentálně ji považuje za přiměřenou.

2. *Co pro Vás znamená fluktuace – máte z ní obavy?*

Vrchní sestra z fluktuace na svém oddělení nemá obavy.

3. *Kde je podle Vás příčina odchodů sester?*

Jako příčinu vrchní sestra uvedla jednak graviditu sester, dále odchod sester na lépe placená pracoviště a také jmenovala syndrom vyhoření.

4. *Učinila jste či navrhla nějaká opatření pro snížení fluktuace na Vašem oddělení?*

Vrchní sestra se snaží především o vhodný osobní přístup ke svým zaměstnancům a vytvoření pracovního prostředí, které sesterskému personálu umožní a zároveň ulehčí poskytovat kvalitní péči o pacienty (dostatek pomůcek, informovanost personálu, naslouchání podřízeným, snaha o ohodnocení jimi dobře

odvedené práce formou navýšení osobního ohodnocení). Také na svém oddělení zavedla střídání skupin sester, kdy zhruba po roce přechází 1 – 2 sestry do jiné skupiny apod. Pokud má sestra potřebu přejít do jiné skupiny dříve, je jí vyhověno.

5. *Jaký byl jejich výsledek?*

Vrchní sestra považuje tato opatření za přínosná v rámci prevence fluktuace.

C. Řízený rozhovor se staniční sestrou na oddělení ICU B

1. *Pozorujete za dobu svého působení na Vašem oddělení výskyt fluktuace?*

Staniční sestra odpověděla, že fluktuaci na svém oddělení sice pozoruje, není to však stálý problém oddělení, fluktuace přichází spíše ve vlnách. Personální situaci na oddělení pokládá za zvládnutelnou.

2. *Co pro Vás znamená fluktuace – máte z ní obavy?*

Staniční sestra fluktuaci vnímá jako problém především v problematickém zaučení nových nastupujících sester při současném odchodu sester zkušených s víceletou praxí. Za této situace je podle ní větší riziko chyb a také je více náročné udržet kvalitu péče na oddělení.

3. *Kde je podle Vás příčina odchodů sester?*

Staniční sestra jmenovala jako nejčastější příčinu na svém oddělení graviditu či rozhodnutí sester odstěhovat se mimo Prahu (za partnerem, do rodného města). Další příčinu vidí v náročnosti „povolání zdravotní sestry“ - zejména na specializovaném pracovišti.

4. *Učinila jste či navrhla nějaká opatření pro snížení fluktuace na Vašem oddělení?*

Staniční sestra se podílí na realizaci „získání“ místnosti, kde by byla již zmíněná možnost nacvičovat náročné situace typu akutní příjem pacienta na oddělení, s tím, že tuto myšlenku považuje za přínosnou.

5. *Jaký byl jejich výsledek?*

Tento projekt je momentálně ve fázi plánování.

D. Řízený rozhovor se staniční sestrou na oddělení ICU A

1. Pozorujete za dobu svého působení na Vašem oddělení výskyt fluktuace?

Staniční sestra odpověděla, že na svém oddělení výskyt fluktuace v menší míře pozoruje, uvádí ji okolo cca 30%.

2. Co pro Vás znamená fluktuace – máte z ní obavy?

Staniční sestru trápí fluktuace především ve smyslu příčin odchodů sester – není si jista, proč opouští pracoviště.

3. Kde je podle Vás příčina odchodů sester?

Staniční sestra si myslí, že příčinou fluktuace na svém oddělení je syndrom vyhoření a také potřeba změny pracoviště. Často podle ní sestry odchází na oddělení, kde na ně nejsou kladeny tak vysoké nároky.

4. Učinila jste či navrhla nějaká opatření pro snížení fluktuace na Vašem oddělení?

Staniční sestra zatím žádná opatření nenavrhl ani nezrealizovala, osobně si myslí, že by bylo vhodné zařídit pro sestry rekonvalescenční pobyty.

E. Řízený rozhovor se staničním ošetřovatelem na oddělení Emergency

1. Pozorujete za dobu svého působení na Vašem oddělení výskyt fluktuace?

Staniční ošetřovatel odpověděl, že na oddělení fluktuaci pozoruje v ještě zvládnutelné míře, i když s obtížemi.

2. Co pro Vás znamená fluktuace – máte z ní obavy?

Staniční ošetřovatel vnímá fluktuaci jako problém v doplnění personálu, kdy největší potíží shledává v rychlém nalezení schopné sestry, která by zvládla náročný pracovní provoz na oddělení Emergency.

3. Kde je podle Vás příčina odchodů sester?

Podle názoru staničního ošetřovatele je častou příčinou syndrom vyhoření a gravidita, kterou mnohdy považuje za jistý únik z nespokojenosti na pracovišti a již zmíněného syndromu vyhoření.

4. Učinil jste či navrhl nějaká opatření pro snížení fluktuace na Vašem oddělení?

Před cca 4 měsíci navrhl pobyt v rehabilitačních vojenských centrech pro své sestry a to bez přítomnosti vedení, aby měli možnost odreagování se a odpočinku.

5. *Jaký byl jejich výsledek?*

Od doby návrhu není stále jasné, zda dojde k jeho realizaci.

4.3.1 Shrnutí rozhovorů s vedoucími pracovníky

Na otázku zjišťující výskyt fluktuace na vlastním oddělení odpověděla staniční sestra ICU A, že ji momentálně odhaduje zhruba na 30 % a staniční ošetřovatel Emergency ji označil za stále zvládnutelnou, i když s obtížemi. Zbylí vedoucí pracovníci uvedli, že fluktuaci pozorují spíše ve střídajících se obdobích, momentálně ji považují za menší, přiměřenou.

Další otázka zjišťovala význam fluktuace pro vedoucí pracovníky. Staniční setra ICU B vnímá fluktuaci jako problém z hlediska zaučení nového zaměstnance při nedostatku těch zkušenějších sester a zabezpečení tak kvality poskytované péče na oddělení. S tím podle ní souvisí i vyšší riziko chyb. Tato obava vyšla z rozhovorů jako ojedinělá, přičemž se domnívám, že zvláště ve zdravotnictví se jedná o vůbec nejzávažnější negativní důsledek fluktuace, což již zmiňuji v teoretické části mé práce (viz kap. 2.1.2.). Staniční ošetřovatel Emergency má obavy konkrétně ze zdlouhavého hledání nové sestry, která navíc musí být schopna obstát vysokým požadavkům specifického oddělení, jakým Emergency bezesporu je. Staniční sestra ICU A uvedla, že ji v oblasti fluktuace spíše trápí příčiny odchodů jejích sester. Vrchním sestřám naopak nečiní fluktuace obavy vůbec. Myslím, že právě v tomto momentě se již rozcházejí názory sesterského personálu a jejich nadřízených. Staniční i vrchní sestry nemusí zaznamenat výraznou fluktuaci na oddělení, řadové sestry ovšem vědí, že je jich v poměru k pacientům méně a očekávají adekvátní reakci nadřízených, které se jim z nejrůznějších důvodů nemusí dostat.

Následovala otázka, která zjišťovala názory vedoucích pracovníků na příčiny odchodů sester z jejich oddělení. Nejčastěji zmiňovaná příčina byla gravidita, což vnímáme jako přirozenou fluktuaci. Staniční ošetřovatel na oddělení Emergency

k této příčině dodal, že podle jeho názoru představuje gravidita pro mnohé sestry jistý únik z pracovního prostředí a také syndromu vyhoření, který sestry na jeho oddělení často postihuje a je tedy rovněž příčinou fluktuace. Staniční sestra na ICU A vidí příčinu také v syndromu vyhoření a s tím související osobní potřebu změny povolání, často za méně náročná pracoviště. Staniční sestra ICU B uvádí mimo graviditu a rozhodnutí sester odstěhovat se mimo Prahu (přirozená fluktuace), především náročnost „sesterského“ povolání. Syndrom vyhoření dále uvádí i vrchní sestra na oddělení ARO společně s odchodem sester na lépe placená pracoviště. Vrchní sestra na oddělení ICU a Emergency jmenovala odchody sester za zkušenostmi / prací do zahraničí, rodinné důvody (přirozená fluktuace) a dále odchody díky tzv. problémovému zaměstnanci, který svým chováním naruší chod oddělení a často pak následuje vyšší fluktuace zaměstnanců. Pokud se vyskytne takový zaměstnanec, snaží se o znovunastolení rovnováhy oddělení tím, že dá všem zúčastněným prostor vyjádřit se ke vzniklé situaci a společně najít její řešení. Prosazuje také myšlenku tréninku náročných situací na oddělení, tak aby na ně sestry byly plně adaptované. Tento nápad sdílí a prosazuje i staniční sestra na oddělení ICU B. Staniční sestra na oddělení ICU A uvedla jako nápad možnost rekonvalescenčních pobytů pro sestry, ale zatím pro jeho realizaci nikoho neoslovila. Staniční ošetřovatel na Emergency měl obdobný nápad, konkrétně možnost využití rehabilitačních vojenských center pro pobyt sester, který přednesl vedení cca před 4 měsíci, zatím bez výsledku. Na otázku opatření snižujících fluktuaci vrchní sestra na oddělení ARO odpověděla, že se snaží celkově o vhodný osobní přístup a motivující pracovní prostředí. V rámci utužování pracovního kolektivu u nich funguje systém tzv. točení sester ve skupinách, kdy 1 – 2 sestry změni skupinu. Přeražení je možné i na vlastní žádost sestry. Osobně si myslím, že tento systém může fungovat jen za předpokladu, že s tím sestry skutečně souhlasí (což vrchní sestra uvádí), jinak může díky časté řevnivosti mezi jednotlivými skupinami sester docházet k více napjaté situaci a nesnášenlivosti na oddělení než obvykle.

Při pohledu na navrhovaná řešení mi zde chybí jeden důležitý aspekt a tou je pochvala. Nevím, zda se jedná pouze o opomenutí pro její “obyčejnost a samozřejmost“

nebo si vedoucí pracovníci dostatečně neuvědomují její význam. To, že její absenci řadové sestry skutečně vnímají, jsem poznala z vlastních pracovních zkušeností.

Celkově jsem měla z rozhovorů pocit, že jmenované návrhy řešení, kromě rehabilitačních vojenských center a tréninku náročných situací, vyplývají jaksi samozřejmě z chodu oddělení a nad skutečnými návrhy řešení fluktuace na základě jejích příčin se mnozí zamysleli až při tomto rozhovoru. Řešit fluktuaci tak začínají až v okamžiku jejího nárůstu a to hledáním a následným přijetím sester, které se snaží rychle zaučit. Fáze zaučování nových sester je podle mého názoru rovněž důležitá, protože na ní závisí i setrvání nové sestry na oddělení. Není zde však pouze hrozba odejití sestry ještě v adaptačním procesu, ale také úroveň kvality péče poskytovaná touto sestrou. Je třeba proto zvolit vhodného školitele a důležitý je i dobrý pracovní kolektiv. Tato problematika však v žádném z rozhovorů také nezazněla.

4.3.2 Porovnání informací získaných z rozhovorů a dotazníkového šetření

V dotazníkovém šetření jsem také zjišťovala hlavní příčinu fluktuace (otázka č. 31) a to dle respondentů. Nejvíce, konkrétně 39,53 % respondentů jmenovalo nedostatečné finanční ohodnocení (viz tabulka č. 32). Při rozhovoru s vedoucími pracovníky tato příčina zazněla od vrchní sestry na oddělení ARO, která i uvedla jako jednu z možností prevence – řešení fluktuace navýšením platů formou osobního ohodnocení, pokud si to pracovní výkony zaměstnanců zaslouží. Druhou nejčastěji zastoupenou příčinou byl právě nevyhovující kolektiv, který označilo 19,77 % respondentů (viz tabulka č. 32). Osobní přístup, snaha o utužování vztahů v kolektivu a angažovanost v řešení konfliktů v kolektivu jmenovaly v rozhovoru pouze vrchní sestry. 13,95 % respondentů jmenovalo jako příčinu pracovní přetížení (viz tabulka č. 32), což souvisí i s vysokou náročností sesterské práce, která byla ve dvou rozhovorech s vrchní sestrou ICU + Emergency a staniční sestrou ICU B řešena. 3,49 % respondentů uvedla nedocenenost sesterské práce obecně (viz tabulka č. 32), kde osobně vidím souvislost s již zmiňovanou absencí pochvaly od vedoucích pracovníků. Dalších 3,49 % respondentů vidí příčinu v osobní potřebě změny

(viz tabulka č. 32), která byla v rozhovorech jmenována staniční sestrou z oddělení ICU A a také obsažena v často zmiňovaném syndromu vyhoření. Z řešení, či spíše prevence syndromu vyhoření byly jmenovány možnosti rekonvalescenčních či relaxačních pobytů pro sestry, z nichž ho vedení přednesl pouze staniční ošetřovatel Emergency. Staniční sestra z ICU A svůj návrh zatím nikomu nepředložila, což může souviset i s jejím krátkým působením ve funkci staniční sestry.

1,16 % respondentů dále vidí jako příčinu fluktuace malou podporu ve vzdělávacích aktivitách a dalších 1,16 % respondentů zase konflikt v očekávání a následné realitě (viz tabulka č. 32), kde se podle mě uplatňují právě schopnosti školitele nové sestry a kolektivu celého oddělení. 17,44 % ponechalo tuto otázku bez odpovědi (viz tabulka č. 32). Podle mého názoru se těmto respondentům nechtělo nad danou tematikou příliš přemýšlet nebo si nebyli jisti přesným výkladem termínu fluktuace.

Dále jsem v dotazníkovém šetření zjišťovala jaké řešení fluktuace je podle respondentů nejlepší (otázka č. 32). Respondenti měli nabídku z následných možností: lepší finanční ohodnocení, vhodnější forma vzdělání, vyšší společenská prestiž a možnost vykonávat skutečně pouze „své“ povolání. 80,23 % respondentů zvolilo lepší finanční ohodnocení jako nejvhodnější řešení, na druhém místě vyšla možnost vykonávat skutečně pouze „své“ povolání, kterou označilo 61,63 % respondentů (viz tabulka č. 33 a č. 34). Již bylo řečeno, že možnost navýšení financí formou osobního ohodnocení uvedla pouze vrchní sestra na oddělení ARO. Je otázkou zda kromě osobního ohodnocení a tlaku na zvýšení platu „na vyšších místech“ mají ještě staniční a vrchní sestry jiné možnosti a na kolik se jejich případný nátlak může setkat s úspěchem. Druhé vybrané řešení fluktuace dle respondentů naráží i na problematiku kompetencí. Vedoucí sestry sice své sestry o jejich kompetencích informují, přesto dochází k jejich porušování, často překračování. Jistě by stálo za hlubší zjištění, proč k tomu dochází. Zda je příčina v tom, že sestry chtějí nebo „musí“. Sestry by měli také více času na svou práci, kdyby nemusely vykonávat nejrůznější pomocné práce, které by zvládl nižší personál. V České republice sestry na většině pracovišť stále vykonávají činnosti tzv. od uklízečky – po lékaře.

Tento model v této zemi funguje již mnoho let, otázkou však je, zda je to dobře a zda jsou za to sestry vůbec ohodnoceny. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá zjištění, že sestry samotné se s ním neztotožňují.

5 Diskuse

Na začátku praktické části jsem uvedla přehled fluktuace na odděleních ICU + Emergency a ARO (včetně anesteziologické sestry). Jedná se o období posledních 5 let, tedy od roku 2005 – 2009 (viz tabulka č. 1). Při pohledu na uvedená data můžeme soudit, že vyšší fluktuace postihuje oddělení ICU + Emergency. Nejvíce odchodů sester na tomto oddělení proběhlo v roce 2007, kdy odešlo až 30 sester. Z hlediska oddělení ARO (včetně anesteziologické sestry) byl naopak nejpříznivějším obdobím rok 2008, kdy odešli pouze 3 sestry. Až na tyto výkyvy lze říci, že se fluktuace na oddělení ICU a Emergency pohybuje v průměru kolem 10 sester ročně a na oddělení ARO (včetně anesteziologické sestry) činí průměr 8,5 sestry ročně.

Pro účely dotazníkového šetření jsem shromáždila 86 dotazníků z celkem 110 rozdaných dotazníků. Vzhledem k počtu shromážděných dotazníků je zřejmé, že toto šetření je spíše anketního typu a jistě by zasluhovalo provedení rozsáhlejšího výzkumu o vyšším počtu respondentů. Prvních 6 otázek dotazníku plní funkci identifikace respondentů.

Nyní se budu věnovat stanoveným vedlejším hypotézám.

K ověření hypotézy č. 1: „Pokud si sestra zvolí své povolání z vlastního přesvědčení, většinou u něj setrvává“ jsem použila otázky týkající se důvodů výběru povolání a uspokojení z jeho vykonávání (otázka č. 9 a č. 10). 86,05 % respondentů si zvolilo povolání zdravotní sestry z vlastního přesvědčení, což koresponduje i s výsledky spokojenosti, kdy 87,21 % respondentů uvedlo, že je jejich povolání naplňuje, což považuji za pozitivní zjištění (viz tabulka č. 9 a 10). *Hypotéza se tedy potvrdila.*

K ověření hypotézy č. 2: „Většina sesterského personálu nevnímá možnost zaměstnaneckých výhod jako motivační faktor“ jsem zjišťovala, zda respondenti mají vůbec možnost zaměstnaneckých výhod a jaký pro ně mají význam (otázka č. 24 a č. 25). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 93,02 % respondentů zaměstnanecké výhody má a to v různých kombinacích. Nejčastěji uváděnými výhodami (43,02 % respondenty) jsou příspěvky na rekreaci, penzijní připojištění apod. (viz tabulka č. 24). Pro úplnost je třeba ale říci, že jmenované výhody mají

všichni respondenti, což je uvedeno i na internetových stránkách Ústřední Vojenské nemocnice pro laickou veřejnost a samozřejmě také na vnitřních internetových stránkách pro zaměstnance. Z toho lze usuzovat i zájem respondentů o vlastní výhody. 73,26 % respondentů uvedlo, že pro ně zaměstnanecké výhody význam mají, pro 9,30 % respondenty význam naopak postrádají a 17,44 % respondentů osobní význam zaměstnaneckých výhod neumí posoudit (viz tabulka č. 25). Osobně si myslím, že pro respondenty mají zaměstnanecké výhody význam v tom případě, pokud jsou o nich informováni. Z hlediska získaných dat, kdy většina sester považuje zaměstnanecké výhody za přínos, *se hypotéza nepotvrdila*.

K ověření hypotézy č. 3: „Většina sester si myslí, že zavedení dostatečného počtu pomocného personálu by napomohlo ke snížení fluktuace“ jsem se respondentů dotazovala, zda by skutečně navýšení pomocných sester vnímali jako pozitivní krok (otázka č. 28). 54,65 % respondentů by vnímalo navýšení pomocných sester jako posun k lepšímu a 9,30 % respondentů vnímá tento návrh jako naopak posun k horšímu. 36,05 % respondentů přínos zmiňovaného návrhu neumí posoudit (viz tabulka č. 28). Vzhledem k výrazné rozdílnosti hodnot pozitivního a negativního vnímání zmíněného opatření *se hypotéza potvrdila*. Myslím, že je ale potřeba říci, že konečných 54,65 % respondentů je poměrně těsný výsledek, který proto nemusí být považován za zcela relevantní. V rámci výzkumného šetření diplomové práce „Fluktuace všeobecných sester do jiných profesí na trhu práce“ se jednoznačně ukázalo, že 96,7 % respondentů dostatečný počet pomocného personálu postrádá (31), z čehož lze i usuzovat, že by navýšení jejich počtu uvítali.

K ověření hypotézy č. 4: „Zaměstnavatel ve většině případů nehradí celoživotní vzdělávání nezbytné pro obnovení registrace, což vede k fluktuaci sesterského personálu“ jsem použila otázky týkající se významu registrace pro sesterský personál a dále hrazení jejich celoživotního vzdělávání zaměstnavatelem (otázka č. 29, č. 30 a č. 31). 46,51 % respondentů považuje registraci za nezbytnou, ale v současné době nevidí její účel. 25,58 % respondentů vnímá registraci za zbytečnou, ale nevadí jim a 27,91 % respondenty registrace obtěžuje a zároveň ji považují za možný důvod fluktuace (viz tabulka č. 29). Celoživotní vzdělávání hradí zaměstnavatel

58,14 % respondentům. Ze zbývajících 41,86 % respondentů, kterým zaměstnavatel celoživotní vzdělávání nehradí, je toto nehrazení důvodem k odchodu pouze pro 2,78 % respondenty (viz tabulka č. 30 a č. 31). Registraci a povinnosti s ní spojené nevnímá většina respondentů pozitivně, ale ani nehrazení celoživotního vzdělávání nezbytného pro získání kreditů není pro respondenty až na výjimky důvodem ke změně zaměstnavatele, což mě popravdě nijak nepřekvapilo. Vyplývá to i z odpovědí (otázka č. 33) týkajících se návrhů na nejlepší řešení fluktuace, kdy se potřeba vhodnější formy vzdělávání (tedy i celoživotního) objevila vždy až na posledním místě (viz tabulka č. 33 a č. 34). *Hypotéza se nepotvrdila.*

K ověření hypotézy č. 5: „Vedoucí pracovníci znají příčiny fluktuace svých zaměstnanců“ jsem využila informací poskytnutých formou ústního rozhovoru s vedoucími pracovníky (viz kap. 4.3., 4.3.1 a 4.3.2). Při porovnání informací získaných od vedoucích pracovníků a od samotných respondentů (otázka č. 32, tabulka č. 32) je v příčinách fluktuace zřejmá shoda v nedostatku financí, pracovním přetížení (náročnosti povolání) a syndromu vyhoření (osobní potřeba změny). Tyto příčiny byly vždy početně zastoupeny 1 – 3 vedoucími pracovníky. *Hypotéza se tedy potvrdila pouze částečně.*

Hlavní hypotéza zní: „Většina zkoumaných demotivátorů se vyskytuje alespoň u poloviny dotazovaných sester“. Zkoumanými demotivátory (vysoká odpovědnost, časový stres, nesoulad kompetencí sester s jejich skutečnými pracovními výkony, pracovní atmosféra, finanční ohodnocení, směnný provoz, přístup managementu, společenský statut sester a náročnost sesterského povolání) se budu dále jednotlivě zabývat.

- *Vysoká odpovědnost:* Respondentům jsem položila otázku dotazující se přímo na vnímání náročnosti povolání vzhledem k jeho velké odpovědnosti (otázka č. 14. Jako psychicky náročné vnímá své povolání za všech okolností 74,42 % respondentů, zbylých 25,58 % respondentů uvedlo, že svou práci vnímá jako náročnou pouze občas, tedy v závislosti na konkrétní směně. Žádný respondentů si nemyslí, že povolání zdravotní sestry nenese psychickou zátěž (viz tabulka č. 14). Dále jsem zjišťovala jejich názor ohledně výše požadavků

na odborné znalosti sester na JIP (otázka č. 13). Ze souboru 86 respondentů má pracovní zkušenost s neintenzivním oddělením 37 respondentů (otázka č. 11). Z těchto 37 respondentů shledává 48,65 % práci na JIP psychicky i fyzicky náročnější, 29,73 % respondentů vidí práci na JIP pouze psychicky náročnější a 21,62 % nepozoruje žádný rozdíl (viz tabulka č. 11 a č. 12). V hodnocení výše požadavků na odborné znalosti personálu na JIP, si 94,19 % respondentů myslí, že jsou vyšší než na standardních odděleních, což jsem i očekávala (viz tabulka č. 13).

- *Časový stres:* Časový stres (otázka č. 19) při každé směně udává 4,65 % respondentů, spokojeno s časovým plánem na oddělení je 37,21 % respondentů a 58,14 % respondentů pozoruje časový stres ve většině služeb (viz tabulka č. 19). Časový stres při plnění svých pracovních povinností pozoruje 62,79 % respondentů, tedy opět většina.
- *Nesoulad kompetencí sester s jejich skutečnými pracovními výkony:* Názory respondentů na nesoulad kompetencí sester s jejich skutečnými pracovními výkony jsem zjišťovala prostřednictvím otázky č. 20. Pouhých 19,77 % respondentů odpovědělo, že pracuje skutečně podle svých přidělených kompetencí. 32,56 % uvedlo, že při své práci vykonává i činnosti pomocného personálu a 29,07 % uvedlo, že vykonává i výkony, které jsou nad rozsah jejich kompetencí. Zbývajících 18,60 % respondentů jmenovalo kombinaci pomocných prací a výkonů nad rozsah jejich kompetencí (viz tabulka č. 20). Uvedených 19,77 % respondentů, kteří si myslí, že pracují skutečně podle svých přidělených kompetencí, můžeme přeci jen považovat za pozitivnější výsledek oproti výzkumnému šetření v rámci již zmíněné diplomové práce (31), kde tento názor nesdílí žádný z respondentů. Domnívám se, že za bližší prozkoumání by stálo zjistit, zda za časový stres ve směně může opravdu „jen“ množství práce nebo i špatná organizace práce sester. S tím ovšem souvisí i jejich pracovní náplň, protože je patrné, že sestry stále vykonávají i ty činnosti, které náleží jiným složkám ošetrovatelského či lékařského týmu. To je zřejmé i z uvedených možností řešení fluktuace

respondenty, kdy 61,63 % respondentů označila možnost vykonávat skutečně pouze „své“ povolání za druhé nejlepší řešení (viz tabulka č. 34, otázka č. 33).

- *Pracovní atmosféra:* Při jmenování hlavních příčin fluktuace (otázka č. 32) uvedlo nevyhovující kolektiv 19,77 % respondentů (viz tabulka č. 32). Respondentů jsem se také dotazovala na vnímání atmosféry v jejich pracovním kolektivu (otázka č. 18). 39,53 % respondentů vnímá pracovní kolektiv jako přátelský, s dobrou spoluprací a 51,17 % respondentů ho vnímá jako spíše vyhovující. Spokojeno s kolektivem není 9,30 % respondentů (viz tabulka č. 18).
- *Finanční ohodnocení:* Při vyhodnocování výsledků spokojenosti respondentů s finančním ohodnocením (otázka č. 23) jsem zjistila, že 50,00 % respondentů vnímá své finanční ohodnocení za přiměřené a však stejný počet respondentů s finanční stránkou spokojeno není (viz tabulka č. 23). Je tedy patrné, že finanční ohodnocení má jistě na fluktuaci vliv, ale v tomto šetření *jsou výsledky zcela vyrovnané*. V již zmíněném výzkumném šetření (31) však naopak převážná většina respondentů (90 %) považuje finanční ohodnocení za nízké, což může být zapříčeno i odlišnou výší finančního ohodnocení těchto respondentů. Při jmenování hlavních příčin fluktuace respondenty se nedostatečné finanční ohodnocení objevilo na prvním místě - 39,53 % respondentů (viz tabulka č. 32), což koresponduje i s označením možnosti lepšího finančního ohodnocení jako řešení fluktuace 80,23 % respondenty. (viz tabulka č. 33, otázka č. 33).
- *Směnný provoz:* Nejprve jsem zjišťovala, zda respondenti pracují ve směnném provozu a jeho případný vliv na osobní a rodinný život (otázka č. 8, č.16 a č. 17). Jak jsem předpokládala, tak výrazná většina 97,67 % respondentů pracuje ve směnném provozu, z toho 4,65 % respondentů uvádí, že jim nevyhovuje (viz tabulka č. 8). Při zjišťování výše času na osobní a rodinný život vyplynulo, že 20,93 % respondentů má plně čas a 55,81 % respondentů má čas pouze většinou. 23,26 % respondentů čas na osobní a rodinný život postrádá (viz tabulka č. 16). Dodržování tzv. zdravého životního

stylu nečiní žádné potíže 16,28 % respondentům, pro 44,19 % respondenty je to velmi obtížné a 36,04 % respondentů dodržování tzv. zdravého životního stylu nezvládá. Jedním z nejčastějších důvodů je směnný provoz (19,77 %), nedostatek času ve směně (9,30 %), nedostatek sester ve směně (1,16 %), neodkladná práce na oddělení (1,16 %) a noční směny (4,65%). 3,49 % respondentů ponechalo tuto otázku bez udání příčiny, nejspíše z nezájmu nad tematikou více popřemýšlet nebo neochoty uvést vlastní zkušenost (viz tabulka č. 17). Z výsledků je patrné, že směnný provoz mimopracovní život jistě ovlivňuje a to většinou spíše negativně.

- *Přístup managementu:* Respondentům jsem položila otázku týkající se hodnocení vedoucích pracovníků (otázka č. 21). 30,23 % respondentů se domnívá, že má ve vedoucích pracovnících plnou oporu. 65,12 % respondentů si myslí, že tato opora je závislá na druhu problému, tedy „čeho a koho“ se týká. Pouhých 4,65 respondentů oporu ve svých nadřízených vedoucích pracovnících postrádá (viz tabulka č. 21).
- *Společenský statut sester:* Respondenty jsem žádala, aby vyjádřili vlastní názor ohledně hodnocení současného společenského statutu sestry. (otázka č. 22). 67,44 respondentů ho označila za průměrný a 32,56 % respondentů za nízký. Ve výzkumném šetření výše jmenované diplomové práce (31) vyšlo najevo, že za nízký považuje společenský statut sester již 72,6 % respondentů, kdy v podstatě shodný počet 72,3 % respondentů vidí rozdíl ve vnímání sesterské profese v naší zemi oproti západním zemím Evropské unie. V rámci mého výzkumného šetření uvádí jako příčinu nízkého společenského statutu sester 12,79 % respondentů špatnou prezentaci médií, dále představu sestry jako „služky“ (5,82 %) a nevědomost veřejnosti o skutečné pracovní náplni sester (9,30 %). 4,65 % respondentů příčinu nezná. Poněkud smutné, ale myslím, že nepřekvapující, je zjištění, že žádný z respondentů neoznačil společenský statut sester jako vysoký (viz tabulka č. 22). Při jmenování hlavních příčin fluktuace označilo 3,49 % respondentů nedocenenost sesterské práce obecně, což dle mého názoru souvisí i s vnímáním společenského statutu sester. 9,30 %

respondentů uvedlo vyšší společenskou prestiž sester jako nejlepší řešení fluktuace.

- *Náročnost sesterského povolání:* zjišťovala jsem vnímání psychické, fyzické a časové náročnosti svého povolání respondenty (otázka č. 14, č. 15 a č. 19). Všichni respondenti považují své povolání za psychicky náročné, z toho 74,42 % respondentů každou směnu. 62,79 % respondentů je v časovém stresu, z toho 58,14 % při každé směně. Fyzické potíže se již objevili u 83,72 % respondentů (viz tabulka č. 14, č. 19 a č. 15). Myslím, že je také důležité si uvědomit, že všechny uvedené faktory se na každém zaměstnanci dříve či později projeví a je tedy nezbytné umět si jak s fyzickými tak psychickými potížemi poradit a hlavně mít vůbec čas na jejich řešení. Pracovní přetížení jako hlavní příčinu fluktuace uvedlo 13,95 % respondentů. Oproti tomu ve výzkumném šetření zmíněné diplomové práce (31) považovalo psychickou a fyzickou náročnost sesterského povolání za hlavní příčinu fluktuace (alespoň částečně) již 62,1 % respondentů.

Z uvedených údajů vyplývá, že všechny zkoumané demotivátory se v pracovním procesu skutečně objevily alespoň u poloviny dotazovaných sester. *Hypotéza se potvrdila.*

6 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou fluktuace sester na pracovištích intenzivní péče. V teoretické části jsem zmíněné cíle splnila analyzováním fluktuace z hlediska jejího současného stavu, příčin, důsledků a samozřejmě možností její prevence zpracováním uvedených literárních pramenů.

Prvním cílem praktické části mé práce bylo zjistit stav fluktuace ve vybraném zdravotnickém zařízení v období posledních 5 let, konkrétně 2005 - 2009. Za zdravotnické zařízení jsem zvolila Ústřední vojenskou nemocnici v Praze, konkrétně oddělení ICU + Emergency a ARO (včetně anesteziologické sestry), jelikož má práce se má věnovat fluktuaci na intenzivních odděleních. Z přehledu výchozího počtu sester a jejich výstupů na konci roku (viz tabulka č. 1) můžeme říci, že fluktuace na oddělení ICU + Emergency se pohybuje v průměru okolo 10 sester za rok (s výkyvem v roce 2007, kdy odešlo až 30 sester), na oddělení ARO (včetně anesteziologické sestry) činí průměr 8,5 sestry ročně (kromě roku 2008, kdy odešli pouze 3 sestry). Cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit motivátory a demotivátory sester. Motivátory a demotivátory sester jsem zde zjišťovala prostřednictvím dotazníkového šetření, kdy jsem rozdala sesterskému personálu na oddělení ICU, Emergency a ARO v UVN 110 dotazníků, ze kterých se jich navrátilo 86. Na otázku zjišťující důvody setrvání na současném pracovišti (viz tabulka č. 26) nejvíce sester označilo možnost „strach ze změny“ (42,59 %), což sice lze považovat v jistém slova smyslu za motivátor, ale již za těžko ovlivnitelný vedením nemocnic. Druhá nejpočetnější skupina 29,63 % respondentů označila dobrý pracovní kolektiv. Myslím, že můžeme již zmíněný strach ze změny dát do souvislosti i se strachem z povahy kolektivu na případném novém pracovišti. Jako další motivátory sestry jmenovaly jistotu práce, získání praxe a spokojenost s vedením, tu však označilo pouhých 1,85 % respondentů.

Z návrhů na nejlepší řešení fluktuace (viz tabulka č. 32) bylo nejčastěji jmenováno lepší finanční ohodnocení a hned poté vyšší společenská prestiž. Všimněme si, že tyto možnosti se jako motivátory pro setrvání v zaměstnání neobjevili vůbec. Dále měli respondenti označit druhé nejlepší řešení fluktuace. V tomto případě označilo 61,63 % respondentů možnost vykonávat pouze svou práci v souladu s kompetencemi,

následovala opět vyšší společenská prestiž a lepší finanční ohodnocení, v obou případech o 16,28 % respondentech (viz tabulka č. 33).

Při jmenování nejhlavnějších demotivátorů byla opět nejpočetnější (39,53 %) špatná finanční situace. Demotivující se jeví i nevhodný pracovní kolektiv (19,77 %) a pracovní přetížení (13,95 %). Z méně zastoupených možností se objevila potřeba změny povolání, nedoceněnost sesterské práce, konflikt očekávání s realitou u nových zaměstnanců a malá podpora ve vzdělávacích aktivitách (viz tabulka č. 31). Co se týče podpory ve vzdělávání, podobně malé procento respondentů navrhovalo jako řešení fluktuace vhodnější formu vzdělání. Cíl byl splněn.

Třetím cílem mé práce bylo zmapovat pohled vedoucích pracovníků na problematiku fluktuace a na její případné řešení. V tomto případě jsem zvolila metodu řízených rozhovorů s 5 vedoucími pracovníky na oddělení ICU, ARO a Emergency. Výsledky rozhovorů a jejich porovnání s výsledky dotazníkového šetření jsem již popsala v diskusi. Cíl byl splněn.

Hlavní hypotéza mé práce se potvrdila. Z vedlejších hypotéz se potvrdila hypotéza č. 1 a 3. Hypotézy č. 2 a č. 4 se naopak nepotvrdily. Při vyhodnocování hypotézy č. 5 (vedoucí pracovníci znají příčiny fluktuace) považuji zjištěné výsledky za velmi těsné pro jakékoli vyhodnocení hypotézy. Výsledek nemusí být proto zcela relevantní a to i vzhledem k malému počtu respondentů. Proto bych doporučovala další výzkum v této oblasti.

Dále si myslím, že by bylo jistě zajímavé porovnat náročnost práce sester mezi standardním oddělením a oddělením JIP, proto bych v této oblasti doporučovala další výzkum.

Myslím, že fluktuace sester je v současné době stále velmi palčivé téma. Jsem přesvědčena, že nedostatek sester na odděleních pocítují nejen sestry samotné, ale rovněž pacienti. Ne všem se totiž může dostat stejně kvalitní péče, kdy sestra mnohdy musí větší část své pozornosti věnovat pacientům v závažném stavu oproti těm, co jsou již řekněme stabilní. Toto rozhodnutí je jistě na místě, na druhou stranu do 21. století se příliš nehodí.

Chtěla bych, aby tato práce posloužila jako podnět pro staniční a vrchní sestry nemocnic nejen jako zdroj poznání problémů svých sester, příčin jejich nespokojenosti, ale také jejich názorů na zlepšení vlastní pracovní situace.

Přínos mé práce ale vidím i v jejím přečtení sestrami samotnými, a doufám, že pomůže v posílení jejich sebevědomí a chuti začít bojovat za své postavení ve společnosti – laické i odborné.

7 Seznam použité literatury:

- 1) PŘÍSPĚVATELÉ WIKIPEDIE. Fluktuace. [online]. [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Fluktuace>>.
- 2) ERBANOVA, I. Fluktuace zaměstnanců. [online]. [cit. 2010-03-06]. Dostupné z WWW:
<<http://www.motiv8.cz/cs/component/content/2376.html?task=view>>.
- 3) ZLÁMALOVÁ, D. *Fluktuace sester na exponovaných pracovištích*. Brno, 2003. 69 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- 4) GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- 5) ERTL, J. Fluktuace – diagnostika a léčba. [online]. [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.personall.cz/Fluktuace_I.html>.
- 6) DANĚK, M. Fluktuace zaměstnanců. [online]. [cit. 2010-02-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.openn.cz/index.php?action=14205>>.
- 7) VEDEME.CZ [online]. [cit. 2010-02-26]. Fluktuace bez závoje. Dostupné z WWW:
<http://www.vedeme.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=346:fluktuace&catid=13:inspirace-pro-vedeni&Itemid=181>.
- 8) VRONSKÝ, J. Fluktuace zaměstnanců a jak se s ní vypořádat. *FOOD SERVICE* [online]. 2008, 6, [cit. 2010-02-25]. Dostupné z WWW:
<<http://www.foodservice.cz/management/fluktuace-zamestnancu-a-jak-se-s-ni-vyporadat.htm>>.
- 9) BÁRTLOVÁ, S. *Stručný přehled výsledků výzkumu „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí.“* (Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, Brno 21 – 22. listopad 2006). Brno: NCO NZO, 2006. s. 5 - 24. ISBN 80-7013-449-6.
- 10) BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- 11) PEJZNOCHOVÁ, I. Nedostatek sester v České republice. *Sestra*. 2008, 18, 5, s. 18. ISSN 1210-0404.

- 12) ŠKUBOVÁ, J. Nejen o nedostatku sester. *Florence*. 2009, 5, 1, s. 10 – 11. ISSN 1801–464X.
- 13) ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent – Orion, 2003. 447 s. ISBN 80–7172–841–1.
- 14) MOTIVACE. [online]. [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/ps07/teortren/pdf/4.5. Motivace.pdf>>.
- 15) NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80–200–0592–7.
- 16) VÉVODA, J., et al. Pracovní motivace zdravotních sester. *Zdravotnictví v České republice*. 2005, 8, 1, s. 24 – 29. ISSN 1213–6050.
- 17) STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80–7184–243–5.
- 18) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: 1. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80–246–0429–9.
- 19) HENNESSY, D.; SPURGEON, P. *Health policy and Nursing*. 1 st edition. London: Palgrave Macmillan, 2000. 264 s. ISBN 0–333–73461–0.
- 20) JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. [online]. Ostrava, 2006. Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2010-04-18] Dostupné z WWW: <<http://projekty.osu.cz/mentor/IImanagement%20v%20osetrovatelstvi.pdf>>.
- 21) Fokus Praha, o.s. [online]. [cit. 2010-04-18]. Case management. Dostupné z WWW: <<http://www.fokustvs-vzdelavani.cz/index.php/nabidka-kurzu-2010/79-case-management>>.
- 22) VÁŇA, P.; HEPNEROVÁ, J. Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb zdravotníků. *Zdravotnické noviny*. 2008, 57, 51 - 52, s. 24 – 25. ISSN 0044–1996.
- 23) KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s. ISBN 80–7071–231–7.

- 24) KOUBEK, J. Minimum personálního řízení ve veřejné správě. [online]. 2008 [cit. 2010-05-09]. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/reforma/zpravy/priprava/mobilita.html>>.
- 25) HONZÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*. 2008, 18, 4, s. 27 – 28. ISSN 1210–0404.
- 26) GROHAR – MURRAY, M. E.; DiCroce, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- 27) ARMSTRONG, M. *Personální management*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 968 s. ISBN 80-7169-614-5.
- 28) MZ ČR. Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě. [online]. 2008 [cit. 2010-05-29]. Dostupné z WWW: <http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index_cs.htm>.
- 29) MZ ČR. Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR. Příloha: Tisková zpráva. Ministerstvo zdravotnictví podniká razantní kroky ke zlepšení pracovních a platových podmínek zdravotních sester. [online]. 2009 [cit. 2010-05-09]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr_1295_868_1.html>.
- 30) Rozvoj pracovníků. [online]. [cit. 2010-05-09]. Dostupné z WWW: <<http://pef.czu.cz/~brabencova/Personalistika20006/Folie4.doc>>.
- 31) SOVOVÁ, Z. *Fluktuace všeobecných sester do jiných profesí na trhu práce*. České Budějovice, 2009. 108 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta

8 Seznam použitých zkratk

ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
Emergency	pohotovost
ICU	intensive care unit = jednotka intenzivní péče
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr.	magistr
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PSS	pomaturitní specializační studium
SZŠ	střední zdravotnická škola
Sestra	všeobecná sestra
UVN	Ústřední vojenská nemocnice
VŠ	vysoká škola
VZŠ	vyšší zdravotnická škola

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník.