



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Možnosti zlepšení pracovních podmínek sester

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Všečeková

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Možnosti zlepšení pracovních podmínek sester*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.8.2023

.....

Bc. Lucie Všečeková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost, energii a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Olze Dvořáčkové, Ph.D. za její pomoc při zpracování statistické části diplomové práce.

Možnosti zlepšení pracovních podmínek sester

Abstrakt

Současný stav: Pracovní prostředí je jeden z klíčových faktorů ovlivňující spokojenost zdravotnických pracovníků. Aby bylo dosaženo ideálního pracovního prostředí, je klíčové dbát na zajištění bezpečí na pracovišti a minimalizovat působení rizikových faktorů, které by mohly ovlivnit práci sester.

Cíle: Pro zpracování výzkumné studie byly stanoveny dva cíle. Vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester a popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester.

Metodika: Pro empirickou část práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření. Pro kvantitativní sběr dat byla využita metoda dotazníkové šetření pomocí standardizovaného dotazníku „Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče/ Practice environment scale of the nursing work index“ (Lake, 2002). Sběr dat probíhal v nemocnicích Jihočeského kraje a kraje Vysočina. Dotazníky byly šířeny písemnou formou. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 153 sester.

Výsledky: V rámci výzkumné studie bylo vyhodnocováno pět dimenzí pracovního prostředí. Nejlépe hodnocenou dimenzí byla oblast „Pracovní vztah lékař – sestra“ ($2,9 \pm 0,6$). Nejhůře hodnocenou dimenzí byla oblast „Zapojení sester do nemocničních záležitostí“ ($2,5 \pm 0,4$). V této oblasti nejnižší průměrné skóre bylo vyhodnoceno u otázky, že sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici ($2,3 \pm 0,7$). V rámci statistického testování nebyly potvrzeny významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami a délkou jejich praxe ($p = 0,344$) ani v závislosti na jejich věku ($p = 0,251$). Rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sester byly závislé na typu oddělení. Statisticky významně lépe hodnotily pracovní prostředí v dimenzích „Materiálních a lidských zdrojů, $p = 0,010$ “ a „Pracovní vztah lékař-sestra, $p = 0,017$ “ sestry na interních odděleních.

Závěr: Mezi možnosti zlepšení pracovního prostředí sester patří: zvýšení spoluúčasti sester na rozhodování, např. působením v poradních skupinách a vedení nemocnice by mělo zlepšit naslouchání a reagování na podněty zaměstnanců.

Klíčová slova: bezpečné pracovní prostředí; ošetrovatelství; pracovní podmínky sester; sestra.

Opportunities for improvement of the nursing work environment

Abstract

Current status: The working environment is one of the key factors influencing the satisfaction of healthcare workers. In order to achieve an ideal working environment, it is crucial to ensure safety in the workplace and to minimize risk factors that could affect the work of nurses.

Objectives: Two objectives were set for the development of the research study: To evaluate the working environment from the point of view of shift nurses and to describe the possibilities of improving their working conditions.

Methodology: The method of quantitative research was chosen for the empirical part of the work. For quantitative data collection, a questionnaire survey method using a standardized questionnaire "Practice environment scale of the nursing work index" (Lake, 2002) was used. Data collection took place in the hospitals of the South Bohemian Region and the Vysočina Region. Questionnaires were distributed in written form. A total of 153 nurses were involved in the questionnaire survey.

Results: The research study evaluated five dimensions of the work environment. The best rated dimension was the area "Working relationship doctor - nurse" (2.9 ± 0.6). The worst rated dimension was the area "Involvement of nurses in hospital affairs" (2.5 ± 0.4). In this area, the lowest average score was evaluated for the question whether nurses have the opportunity to participate in decision-making in the hospital (2.3 ± 0.7). Statistical testing did not confirm significant differences in the assessment of working conditions by nurses and the length of their practice ($p = 0.344$) or depending on their age ($p = 0.251$). On the other hand, differences in the assessment of nurses' working conditions depended on the type of ward. The working environment in the dimensions of "Material and human resources, $p = 0.010$ " and "Doctor-nurse working relationship, $p = 0.017$ " was rated statistically significantly better by nurses in Internal Medicine Departments.

Conclusions: Possibilities for improving the working environment of nurses include: increasing participation of nurses in decision-making, e.g. by acting in advisory groups. Also, hospital management should improve listening and responding to employee suggestions.

Keywords: safe working environment; nursing; working conditions of nurses; nurse

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Ošetrovatelství.....	9
1.2 Pracovní podmínky sester	9
1.3 Rizikové faktory při práci sester	10
1.3.1 Stres	12
1.3.2 Syndrom vyhoření.....	14
1.3.3 Biologičtí činitelé.....	15
1.3.4 Chemické faktory.....	16
1.4 Faktory ovlivňující pracovní výkon zdravotníka	16
1.4.1 Nevhodné chování a šikana na pracovišti.....	17
1.4.2 Komunikace	19
1.4.3 Týmová spolupráce.....	21
1.4.4 Konflikty na pracovišti	22
1.4.5 Nedostatečné personální zajištění.....	22
1.5 Organizační faktory ovlivňující práci sester	23
1.5.1 Supervize	23
1.5.2 Management.....	25
1.5.3 Akreditační proces	29
1.5.4 Audit	30
2 Cíle práce a vědecké hypotézy.....	32
2.1 Cíle	32
2.2 Vědecké hypotézy	32
2.3 Operacionalizace základních pojmů	32

3	Metodika	34
3.1	Použité metody.....	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
3.3	Způsob statistického zpracování dat	35
4	Výsledky	36
4.1	Vyhodnocení socio-profesních charakteristik sester.....	36
4.2	Vyhodnocení pracovního prostředí sester	40
4.3	Statistické testování hypotéz	44
5	Diskuze	50
6	Závěr	58
6.1	Doporučení pro praxi	59
7	Seznam literatury	60
8	Seznam zkratk	72
9	Seznam příloh	73

Úvod

Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma „Možnosti zlepšení pracovních podmínek sester“, protože se domnívám, že toto téma je nedílnou součástí ošetrovatelské profese. Jedná se o velmi zajímavé a diskutabilní téma, se kterým se setkáváme nejen v prostředí klinické praxe, ale již při studium na vysoké škole při získávání odborné způsobilosti. Pokud se o této problematice nebude diskutovat a následně řešit, hrozí nejen práce v neadekvátním prostředí, ale i poškození psychického a fyzického zdraví zaměstnance.

Ošetrovatelská profese je jednou z nejnáročnějších profesí jak po psychické, tak po fyzické stránce, proto bych ráda prostřednictvím předkládané výzkumné studie zdůraznila důležitost předcházení rizikových faktorů, které ovlivňují nejen práci sester, ale následně i poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Tato práce je primárně zaměřena na pracovní prostředí sester.

Diplomová práce je zaměřena na zajištění adekvátních pracovních podmínek sester, ať už se jedná o odstranění nebezpečných rizikových faktorů z pracovního prostředí či kultivaci týmové spolupráce, předcházení konfliktů na pracovišti, prohloubení vhodné komunikace nebo vhodného chování zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě zajištění dostatečného počtu personálu. Dále se práce zaměřuje na organizační faktory, které ovlivňují práci sester. Snahou je zdůraznit, jak velký vliv na ošetrovatelskou profesi má supervize, management, akreditační proces a audit.

Cílem výzkumné studie bylo vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester a následně popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester. Pro empirickou část práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda formou dotazování. Dotazníkové šetření proběhlo ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje a kraje Vysočina.

Ráda bych prostřednictvím výzkumné studie odhalila nedostatky pracovního prostředí ošetrovatelské profese. Výstupem práce je identifikace rizik, které znemožňují práci sester a následně poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je soubor činností, který zahrnuje pomoc, péči, ale i zaopatření. To pramení již z historie, kdy si můžeme povšimnout, že povinností žen v rodinách byla péče o blízkého člena rodiny, a to za podpory osob zabývajících se především léčitelstvím či pod vedením lékařů (Špirudová, 2015). Každé onemocnění, které postihne člověka, jej částečně nebo úplně diskvalifikuje společensky a činí jej závislým na pomoci rodiny, přátel či okolí (Čeledová et al., 2017). Proto je zdraví jednou ze základních individuálních a společenských hodnot a základní prioritou všech vyspělých zemí je vytvořit sofistikované zdravotní systémy (Kebza et al., 2014). V dnešní době je základním předpokladem pro vykonávání profese sestry nejen absolvování příslušného pregraduálního studijního programu, adaptačního procesu a dalšího postgraduálního vzdělávání, ale jedním z hlavních faktorů jsou osobnostní předpoklady (Venglářová et al., 2011). Zdravotnické systémy mají za cíl poskytovat kvalitní a bezpečnou péči za předpokladu, že péče bude poskytována vysoce kvalifikovanými sestrami (Špirudová, 2015). Dle české legislativy, která je v souladu s mezinárodními normami, sestry získávají způsobilost k výkonu povolání absolvováním studijních programů v ošetřovatelství na vyšších odborných či vysokých školách. Gurková a Zeleníková (2017) uvádí, že velký vliv na vykonávání nelékařské profese má klinická výuka, která je zásadní součástí odborné přípravy zdravotnických pracovníků. Jedná se o zabezpečení interdisciplinární klinické výuky, konkrétně spolupráce mezi vzdělávacími institucemi a klinickými pracovišti. Příprava studentů na nové role a postupy vzdělávání na pracovišti jsou v uvedeném procesu klíčové.

1.2 Pracovní podmínky sester

Vytvoření ideálního bezpečného pracovního prostředí je jedním ze základů pracovní spokojenosti pro všeobecné sestry a to nejen jich samotných, ale také kolegů a klientů (Vévoda et al., 2013). Dle Bartůňka et al. (2016) jsou zaměstnanci na všech stupních řízení v rozsahu své působnosti povinni vytvářet příznivé podmínky pro bezpečnou a zdraví neohrožující práci, pro bezpečné používání technických zařízení a dosáhnout zajištění bezpečnosti na pracovištích, na kterých pracují. Wagner et al. (2019) uvádí, že jednou z klíčových výzev nemocnice je podpora bezpečnosti práce, tedy se jedná o odraz toho, jak je bezpečnost v organizacích vnímána a jak je s ní zacházeno.

Dále je zde zahrnuto vedení zaměstnanců a manažerů nemocnic při plnění daných úkolů a při řešení otázek bezpečnosti. To se mnohdy odráží od vlastností vedoucího pracovníka, který by měl nejen umět motivovat, aby zaměstnanci podávali nadprůměrné výkony, ale také by správnému manažerovi neměla chybět schopnost vést lidi a umět se rozhodovat. Dále by vedoucí pracovník měl oplývat schopností prosadit se a rozhodně by mu neměla chybět psychická stabilita (Venglářová et al., 2011). Kelnerová a Matějková (2014) uvádí, že požadavky, jež jsou kladeny na efektivitu práce vedoucího týmu, jsou koordinace a moderování týmu, schopnost regulovat konflikty mezi členy týmu, udílení rad jednotlivým lidem v týmu, prezentování výsledků, reprezentace za tým a vyjednávání za pracovníky v týmu. Dále zde patří také vzdělávání, motivace pracovníků v týmu ke vzdělávání, flexibilita a kreativita či profesionální a efektivní komunikace se všemi členy v týmu.

Důležité je zmínit, že bezpečnost a ochrana zdraví při práci je definována jako multidisciplinární vědní obor, který se zabývá nalézáním a uplatňováním metod a prostředků. Jejich hlavním úkolem je zajistit, aby člověk nebyl ohrožován v pracovním prostředí fyzicky ani mentálně (Vévoda et al., 2013). Mellanová (2017) uvádí, že zatímco pracovní podmínky v jiných profesích se rozvíjí k lepšímu, požadavky, jež jsou kladeny na práci sester, budou v podstatě stále stejné. Co se týče fyzické zátěže ve zdravotnictví, mluvíme o sestřích pracujících na lůžkových odděleních a v ambulantní nebo terénní (domácí) péči. Úroveň zátěže je různorodá v závislosti na druhu oddělení, skladbě pacientů a jejich zdravotnímu stavu (Vévoda et al., 2013). Z uvedených skutečností je zřejmé, že ošetrovatelství je významné, ale zároveň velmi náročné povolání (Mellanová, 2017). Fyzická zátěž je způsobena manipulací s pacienty, prádlem a zdravotnickým materiálem, či s chemickými látkami, které působí na sestru samotnou, například cytostatika, chemická dezinfekce či jiné alergeny (Vévoda et al., 2013). Bartůněk et al. (2016) uvádí, že jedním z řešení při narůstajících nárocích na sesterskou profesi a souvisejících provozních požadavků je kvalitní organizace činností a multidisciplinární týmová spolupráce.

1.3 Rizikové faktory při práci sester

Mezi hlavní rizikové faktory, jež mají vliv na sesterské povolání, patří především zvýšená pracovní zátěž, nedostatek samostatnosti, nedostatečné uznání, nevhodný kolektiv, nespravedlnost, konflikt hodnot, což znamená pokyny od vedoucího

pracovníka, které jsou pro zaměstnance v rozporu s jejich vnitřními hodnotami a přesvědčením (Kelnarová a Matějková, 2014).

Zdravotnická profese je pro sestry po fyzické i po psychické stránce velmi obtížná (Vytejková et al., 2011). Zátěž v ošetrovatelské profesi je jedním z významných faktorů, které mohou ovlivnit bezpečnost pacientů i kvalitu poskytovaných ošetrovatelských služeb (Moghadam et al., 2021). Důležité je si uvědomit, že požadavky na fyzickou stránku sestry jsou velmi vysoké (Burdová a Šolcová, 2015). Fyzická zátěž sester je určena fyzickými dovednostmi, jako je pohyb a manipulace s pacienty. (Moghadam et al., 2021). Všechny dané činnosti, které neúměrně zatěžují pohybový systém, je potřebné provádět ve více lidech, používat vhodnou techniku a pracovat podle zásad, jež jsou šetrné k pohybovému aparátu (Burdová a Šolcová, 2015). Kołcz et al. (2019) uvádí, že nejčastější polohy, které sestry při své práci využívají, jsou polohy kombinované. Jednou z forem je práce ve stoje, kdy dochází především k přetěžování ramenních svalů a přetížení struktur krční páteře. Druhou formou je práce v záklonu, kdy se jedná o velmi namáhavou pozici pro bederní oblast páteře. Pokud navíc dochází ke kombinaci se zvedáním nebo přenášením těžkých předmětů, může zde dojít k narušení pevnosti tkáně. Proto Vytejková et al. (2011) upozorňují na důležitost toho, aby sestra znala správné pohyby při manipulaci, měla je zautomatizované a správně tak zvládala zátěžovou situaci nejen po stránce odborné, ale také pohybové. Velký vliv na zdravotnický personál má i směnný provoz. Synchronizovat cirkadiánní (biologický) rytmus s atypickými hodinami spánku a bděním ve směnném provozu je obtížné, což vede k nadměrné ospalosti či nespavosti a poruchám spánku (D'etorre et al., 2020). Následkem toho je zhoršení kvality života. Jde o rizikový faktor řady nemocí, například kardiovaskulární onemocnění, obezita, metabolický syndrom, diabetes mellitus, nádorové onemocnění, poruchy kognitivních funkcí, ale také poruchy nálad a deprese (Nena et al., 2018).

Ross et al. (2019) uvádí, že navzdory tomu, jaké mají sestry znalosti o správné životosprávě, trpí vysokou mírou nadváhy a obezity. Jedním z klíčových faktorů je stres při práci.

1.3.1 Stres

Slovo stres odvozujeme od anglického slova „stress“, tento termín znamená tlak nebo zátěž (Tothová et al., 2019). Při každodenním užívání tohoto slova, lze chápat stres jako duševní či tělesnou zátěž či nepohodu (Lehrhauptová a Meibertová, 2020). Pokud mluvíme o stimulu, který vyvolává biologickou odpověď známou jako stres, jedná se o vnitřní a vnější stimul. Kompenzační reakci na danou situaci nazýváme stresové reakce. Z toho lze odvodit, že záleží na typu, načasování a závažnosti působícího stimulu a ten může vyvolat na tělo určité změny. Jedná se o změny homeostázy, život ohrožující stavy, ale v konečném důsledku i smrt. V mnoha situacích jsou patofyziologické komplikace onemocnění právě způsobené stresem a postihují subjekty vystavené stresu. Jedná se o osoby, které pracují nebo žijí ve stresovém prostředí a tím mají vyšší pravděpodobnost k výskytu mnoha onemocnění. Stres jako takový může být spouštěčem nebo jedním z několika faktorů, které u lidí vyvolají onemocnění či patologický stav (Yaribeygi et al., 2017). Jeden z nejdůležitějších problémů dnešní společnosti je právě dlouhodobý stres. Tento stres způsobuje nejružnější zdravotní problémy a má vliv na naše poznávání, vnímání a rozhodování. Existuje souvislost mezi emočními stavy a homeostatickými změnami. Pokud dojde k působení určitého stimulu, mozek zahájí zpětný chod, který uvolní do těla určité biochemické sloučeniny, aby došlo k navrácení do rovnovážného stavu. Rovnovážný stav lze definovat jako metabolickou rovnováhu mezi stimulujícími a uklidňujícími chemickými silami v těle. Pokud jedna ze stimulující nebo uklidňujících chemických sil převládá nad druhou bez úlevy, dochází k neustálému stavu vnitřní nerovnováhy a tento stav nazýváme stres. Jedná se o stav, který může mít vážné následky na mozkové buňky. Proto stres můžeme definovat jako pokračující a neuvolněnou nerovnováhu mezi stimulujícími a uklidňujícími silami (Khosrowabadi, 2018). Se stresem souvisí i různé chronické bolesti, migrény, kardiovaskulární onemocnění, metabolické poruchy, obezita, diabetes mellitus, poruchy imunity, infekce a astma. Chronický stres může být základem i pro rozvoj depresí, úzkostných stavů a velmi úzce souvisí s nárůstem spotřeby psychofarmak v posledním desetiletí. Velmi často dochází k tomu, že lidé s chronickým stresem hledají různé cesty, jak pocítit úlevu od stresu. Nachází ji v alkoholu či usednou k počítači a utíkají od reality. Následně dochází k závislosti, která v budoucnosti způsobuje další potíže (Kožinová, 2022).

První stavební kameny definice stresu položil Dr. Hans Selye. Jedná se o známého kanadsko-maďarského endokrinologa, který je považován za otce teorie stresu. Definoval stres jako nespecifickou fyziologickou reakci organismu na jakýkoli nárok na organismus kladený (Lehrhauptová a Meibertová, 2020). Základy fyziologické reakce na stres byly vytvářeny během tisíciletí evoluce, čímž došlo k naprogramování odpovědi na stres, která napomáhala naším předchůdcům rychle fyzicky jednat, aby se uchránili před zahubením divokou šelmou nebo aby obstáli v konkurenčním boji o potravu (Greenberg, 2019). Jednou z důležitých úloh stresu je chránit naše tělo před nebezpečím tím, že nás stres na nebezpečí upozorní. Dochází k tomu, že stres přiměje organismus k pohotovosti, kterou organismus udržuje do chvíle, než nebezpečí zanikne (Praško a Pešek, 2016). Pokud mluvíme o odolnosti vůči stresu, jedná se o individuální odolnost jedince. Odolnost vůči stresu se mění v čase, dále závisí na řadě faktorů a dokonce můžeme mluvit i o ovlivňování pomocí vědomí (Plamínek, 2013).

Stres jako takový, můžeme rozdělit na dva typy. Prvním typem je stres akutní, který je odpovědí na krátkodobé stresory. Jedná se o vystoupení na veřejnosti, písemnou zkoušku, první rande, dokončení pracovních záležitostí na poslední chvíli (Greenberg, 2019). Akutní stres většinou nepředstavuje zdravotní riziko (Khosrowabadi, 2018). Druhým typem je stres chronický, který je reakcí na stresor, jenž člověka doprovází delší dobu, než jen několik hodin či dní, například práce u policie, náročné uzávěrky, nespokojenost se vztahy, péče o členy rodiny, pocity neschopnosti v práci (Greenberg, 2019). Dlouhodobý stres trvá déle než emoční stres (nebo-li akutní stres). Jedná se o výslednou homeostatickou nestabilitu. Hemostatickou nestabilitu může potenciálně ovlivnit emoční vnímání jedince (Khosrowabadi, 2018).

Dále stres můžeme rozdělit na eustres a distres. Prvním typem stresu je eustres, jedná se o stres, který daného člověka spíše posiluje, pomáhá mu nalézat rovnováhu a především stabilitu. Druhým typem je distres, který je pustošivý, vyčerpává nás a obtěžuje (Plamínek, 2013). Tento stres může mít i dlouhodobé následky na našem organismu. Dlouhodobé následky se mohou projevit na mozku, srdci, tělesné hmotnosti a odolnosti proti nemocem. (Greenberg, 2019). Pracovní stres je často spojován se syndromem vyhoření. Také pracovní spokojenost je často spojována s fyzickým i duševním zdravím (Khamisa et al., 2015).

1.3.2 Syndrom vyhoření

Vyhoření je stav fyzického a emocionálního vyčerpání, což znamená, že je to výsledek dlouhodobého vystavení stresujícímu pracovnímu prostředí (Khamisa et al., 2015). Praško a Pešek (2016) uvádí, že riziko výskytu syndromu vyhoření je vyšší u osob schopných, ambiciózních a především zodpovědných. Mezi profesní skupiny se zvýšeným rizikem syndromem vyhoření patří lékaři (onkologové, psychiatři), sestry, psychologové, psychoterapeuti, duchovní, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, pracovníci záchranné služby, policisté v přímém výkonu služby, kriminalisté, právníci, pracovníci ve vězeňských službách, úředníci v bankách, pracovníci na úradech, špičkoví sportovci, novináři, ale také studenti (především medicíny). Důsledkem syndromu vyhoření u lékařů a sester může být zneužívání návykových látek i narušení mezilidských vztahů, sebevražedné myšlenky a především poskytování méně kvalitní péče a snížení spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované péče (Zhang et al., 2020).

Syndrom vyhoření můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinou je akutní syndrom vyhoření, který vzniká v důsledku nadměrné pracovní zátěže, ke které dochází v krátkém časovém úseku (změna pracovních podmínek, změna pracovního týmu, nový náročný úkol). Druhou skupinou je chronický syndrom vyhoření, k němuž dochází při dlouhodobém a opakujícím se působení stresu. Chronický syndrom vyhoření probíhá v pěti fázích, které vyústí v psychické, tělesné a sociální vyhoření (Švamberg Šauerová, 2018). Jedná se o fázi idealistického nadšení, stagnace, frustrace, apatie, a syndromu vyhoření (Praško a Pešek, 2016). Dostálová (2016) popisuje několik fází pracovního nasazení, jež vedou k syndromu vyhoření. Patří zde nadšení, stagnace, frustrace, apatie a intervence. Důležité je identifikovat kořenovou příčinu syndromu vyhoření.

Příčina syndromu vyhoření může být subjektivní, například nízké sebehodnocení, vysoké nároky kladené na sebe, silná schopnost empatie a nerozhodnost. Dále může mít podobu objektivní, na čemž se podílí faktory externí a faktory pracovního prostředí (Švamberg Šauerová, 2018). Důležité je včas rozpoznat příznaky syndromu vyhoření, které dělíme na vnější a vnitřní (Dostálová, 2016).

Dostálová (2016) uvádí, že vnější příznaky syndromu vyhoření jsou snížení produktivity práce a neschopnost rozhodovat. Dále můžeme příznaky rozdělit na psychosomatické poruchy (chronická fyzická únava, napětí svalů, bolesti páteře,

napětí šíje a zad, bolesti hlavy, nespavost, náchylnost k úrazům a nemocem, palpitate a svírání nebo bolesti na hrudi, anorexie atd.), somatické poruchy (žaludeční a dvanáctníkové vředy, angina pectoris, infarkt myokardu či alergie), emoční vyčerpání (pochybovačnost vůči všemu, krajní pesimismus, emocionální vyčerpanost, emoční plochost, cynismus, bezmocnost něco změnit, podrážděnost, nervozita, zvýšená zranitelnost, zvýšená ublíženost, paranoidní ladění, pocit nezvládnutí běžných úkolů, bezmoc, beznaděje a záchvaty pláče), duševní vyčerpání (negativní postoj k sobě, k práci, k úspěchu, nehumánní postoje k pacientům), sociální poruchy (snížená kvalita služeb pacientům, neschopnost vycházet se spolupracovníky, netolerance, netaktnost, intrikánské, obviňování okolí, agresivní chování vůči okolí, rodina je jen zátěž, vyhledávání nových sexuálních kontaktů, ničení vztahů, rodinný rozvrat).

K řešení syndromu vyhoření můžeme přistupovat pozitivně, či negativně. Pokud mluvíme o pozitivním řešení, jedná se o osobní růst – přehodnocení priorit, využití nadání a silných stránek, vybudování podpůrné sítě. Negativní řešení zahrnuje odchod ze zaměstnání, změna zaměstnání v rámci oboru, útěk do vyšších pozic či setrvání na původním místě a hledání si jistoty a peněz (Dostálová, 2016).

1.3.3 Biologičtí činitelé

Jedním z biologických rizik ohrožujících zdravotníky je infekce. Jedná se o faktor zvyšující nebezpečí, které je především způsobeno podceňováním infekčního rizika a nedodržování bezpečných pracovních postupů (Vévoda et al., 2013). Shang et al. (2019) uvádí, že sestry zastávají klíčovou roli v prevenci přenosu nozokomiálních nákaz, jelikož sestry velmi často také působí jako koordinátoři multidisciplinárního zdravotnického týmu při kontrole a prevenci infekcí.

Dalším problémem ve zdravotnictví je strach z postihu, kterému by zdravotník čelil, pokud by hlásil chyby, kterých se dopustil při poskytování péče v souvislosti s přenosem nozokomiálních nákaz. I přesto, že se obávají o bezpečnost pacientů, tak se pracovníci více děsí postihu, který by nastal, pokud by nahlásili incident, jehož se dopustili při výkonu svého povolání (Rodziewicz et al., 2022)

Hammerschmidt a Manser (2019) prezentují ve svém výzkumu, že jedním z nejúčinnějších opatření pro prevenci nozokomiálních infekcí v různých

zdravotnických zařízeních, a to i v pečovatelských domovech, je hygiena rukou. Hygiena rukou je nejjednodušší a neúčinnější opatření, které zabraňuje infekci při poskytování zdravotní péče. Navzdory jednoduchosti těchto postupů je dodržování hygieny rukou zdravotnickým personálem obecně nízké (Sandsová a Aunger, 2020). Je důležité si uvědomit, že infekce se přenáší pomocí vdechnutí aerosolu a také přes řezné a bodné rány na ruku, kdy se původce nákazy může dostat do tkáně. Toto riziko je spojené s prací v oblasti dutiny ústní, operací, pitvou, poskytováním první pomoci a masáží (Vévoda et al., 2013).

Hammerschmidt a Manser (2019) uvádí, že všichni manažeři ošetřovatelství, kteří se účastnili výzkumu, jsou přesvědčeni, že znalost standardů péče je potřeba pravidelně opakovat prostřednictvím školení zaměstnanců, jinak hrozí zapomenutí, a zdůrazňují, že dané normy je potřeba konzultovat individuálně i kolektivně. S tím úzce souvisí i nedostatečné hlášení chyb, které má kořeny v rigidní politice řady zdravotnických zařízení. Z toho vyplývá, že se personál obává hlásit chyby. Včasným hlášením chyb a omylů by se dalo předejít vážným následkům (Rodziewicz et al., 2022).

1.3.4 Chemické faktory

Ve zdravotnickém zařízení je sestra vystavena účinkům chemických látek, ať už se jedná o látky, které se využívají při dezinfekci, sterilizaci, látky alergizující, nebo o látky jako cytostatika (Vévoda et al., 2013). Pałaszewska-Tkacz et al. (2019) uvádí, že cytostatika způsobují značné vedlejší účinky nejen onkologickým pacientům, ale mají velký vliv na zdraví zdravotnických pracovníků, jako jsou farmaceuti, lékaři, sestry a další personál. Spotřeba cytostatik narůstá a roste počet pracovišť, kde se připravují a podávají (Vévoda et al., 2013). Například v Polsku, cytostatika a jejich účinné látky nepodléhají žádným právně zavazujícím limitům expozic na jednotlivých pracovištích a pro tyto látky ve vzduchu a biologické koncentrace chybí analytické metody (Pałaszewska-Tkacz et al., 2019). Primární prevence je nejsilnějším nástrojem ochrany zdraví při práci vůči nemocem z povolání. Minimalizací kontaktu s toxickými látkami lze snížit riziko nádorových onemocnění u zdravotnických pracovníků (Tompa et al., 2016)

1.4 Faktory ovlivňující pracovní výkon zdravotníka

Do této oblasti patří především charakterové vlastnosti zdravotníka, vzdělání a ochota se nadále vzdělávat, pracoviště a jeho vybavení, mezilidské vztahy na pracovišti,

možnost kariérního růstu, finanční ohodnocení, pochvala, práva pacientů i zdravotníků, společenská prestiž povolání a zdravotní a psychický stav zdravotníka. Dále je důležité zmínit, že zde patří motivace pro práci a organizační a morální schopnosti vedoucího pracoviště (Kelnarová a Matějková, 2014). Jedna z determinant, která ovlivňuje pracovní atmosféru na pracovišti, je motivace zaměstnanců. V dnešní době je motivace chápána jako důležitý faktor úspěchu, proto personalisté hledají pracovníky, kteří jsou vysoce motivovaní a jsou schopni motivovat i své spolupracovníky (Vévoda et al., 2013). Velký vliv na pracovní nasazení má samotná motivace zaměstnanců i pozitivní klima na pracovišti. Pohoda na pracovišti je subjektivním měřítkem zdraví, emocí a především spokojenosti jedince (Jedwab et al., 2021). Pracovní motivace, jak zmiňuje Vévoda et al. (2013), je odpovědí na otázku proč lidé pracují a na každé proč by měl správný manažer být schopen odpovědět. Tím se dostáváme k pracovní spokojenosti, která je komplexním fenoménem. Tento fenomén se v různém prostředí může lišit podle individuálních hodnot jedince, a proto je často spojován se syndromem vyhoření, fluktuací sester nebo neadekvátní ošetrovatelskou péčí (Jedwab et al., 2021). Péče o covidové pacienty zapříčinila, že u zdravotnických pracovníků zvýšila úroveň stresu, která byla spojena s odloučením od rodin, nedostatkem spánku, nedostatečnou připraveností, zvýšeným pracovním zatížením kvůli vyšším nárokům na zdravotní péči a novým opatřením a postupům (Lavoie-Tremblay et al., 2022). Grochowska et al. (2022) uvádí, že stres je podnět a reakce na něj se může vyskytovat na různých úrovních, ať se jedná o fyzickou, behaviorální, emocionální i kognitivní. Dále uvádí, že hlavní náplní práce sestry je především péče o pacienty a jejich rodiny, proto se stává významnou osobou na trhu práce zdravotnických služeb. Lavoie-Tremblay et al. (2022) popisuje, že vysoká úroveň deprese, úzkosti a stresu zdravotníků je důsledkem dlouhodobé péče o pacienty s COVID-19, která souvisí s vysokou nespavostí a celkovým oslabením zdraví personálu. Mezi sestrami a lékaři má pohoda na pracovišti pozitivní vliv na pracovní nasazení, výkon a také hraje důležitou roli v bezpečnosti pacientů, výsledcích kvality, zatímco špatná atmosféra je spojena s rizikem vyhoření pracovníků (Jedwab et al., 2021).

1.4.1 Nevhodné chování a šikana na pracovišti

Nedostatek sester je v současné době rozšířeným problémem po celém světě. Nedostatek personálu lze přičíst špatnému pracovnímu prostředí, násilí na pracovišti,

velmi nízké pracovní spokojenosti, syndromu vyhoření a mnoha dalším důvodům k rezignaci. Jedním z faktorů vysoké fluktuace sester je násilí na pracovišti. Nepřímé násilí je formou násilí na pracovišti, která se týká šikany a agrese zahrnující konflikty mezi skupinami a jedná se o jeden ze zásadních problémů, kterému čelí celá ošetrovatelská profese (Xu, et al., 2023). V současné době jsou jedním z hlavních problémů negativní vztahy mezi sestrami. Ty mají vliv na profesní i osobní život jedinců. Jedním z antisociálního chování je nepřímé násilí, které se projevuje jako psychické obtěžování vyúsťující v nepřátelství, na rozdíl od fyzické agrese. Do této skupiny zařazujeme verbální napadání, vyhrožování, ponižování, zastrašování, kritiku, narážky, sociální a profesní vyloučení, odrazování, nezájem a odepírání přístupu k informacím. Druhým typem je šikana, která byla popsána jako dlouhodobé urážlivé chování, jež vyúsťuje zastrašováním a zlomyslným chováním. Jedná se o specifický typ obtěžování, kdy dochází ke zneužívání moci, zatímco oběti zažívají pocity ponížení, ohrožení, zranitelnosti a úzkosti (Bambi et al., 2018). Sestry podle Špirudové (2015) zmiňují jako velký problém špatné interpersonální mezioborové vztahy na pracovištích a dlouhotrvající devalvující postoj lékařů k sestram. Skutečně velkým tématem v ošetrovatelství jsou interpersonální vztahy. Vztahy mezi sestrami jsou oproti minulosti více dynamické, individualistické, objevuje se vyšší rivalita, šikana a bossing. Pojem bossing označuje systematickou šikanu ze strany vedoucího pracovníka, který přiděluje oběti časově nezvládnutelné úkoly, protichůdné a neslučitelné pokyny, podceňující a podhodnocující požadavky. Typickým aktérem bossingu je osoba, která je na svou pozici dosazena od vedení, dále člověk s nedostatečnou kvalifikací k vedení lidí pod neustálým tlakem na zvyšování výkonu kolektivu, využívá diktátorský a direktivní model řízení, obává se o své sociální postavení, také práci a funkci. Jedná se o osobu, která se snaží odstranit každého, o kom si myslí, že ji ohrožuje a její sobecký zájem je silnější než svědomí (Ondriová a Fertařová, 2021). Toto téma úzce souvisí i s nevhodným chováním ke studentům ošetrovatelství, jelikož nedostatek klinických znalostí, ošetrovatelských dovedností a schopností řešit naléhavé situace činí ze studentů vysoce rizikovou skupinu pro násilí na pracovišti. V ošetrovatelství má velký vliv na prevenci násilí na pracovišti management nemocnic. Vedení nemocnic by mělo podporovat studenty v ošetrovatelství, aby hlásili násilné incidenty, aby se předešlo nevhodnému chování a vybudovalo se zdravé a harmonické prostředí (Yu et al., 2023). Jedním z dalších řešení je začlenění programů prevence zvládnání násilí a krizových intervencí do učebních osnov studijních programů ošetrovatelství.

Pokud by se snížilo nevhodné chování na pracovištích, došlo by k snížení odchodu absolventů z ošetrovatelské profese, jelikož je to jeden z faktorů, který studenty přiměje profesi opustit (Cheung et al., 2019).

1.4.2 Komunikace

Za zásadní stavební prvek komunikace považujeme jednotlivá sdělení. Jedná se o přenášení informací od jedné osoby ke druhé (Plamínek, 2012). Mezi cíle komunikace patří učit se (získat znalosti o druhé osobě, o sobě, o světě), spojovat (vytvářet vztahy s druhými), pomáhat (naslouchat druhé osobě a snažit se najít řešení), ovlivňovat (posilovat nebo měnit postoje či chování druhých) a hrát si, což znamená těšit se z okamžitého prožitku (Plevová et al., 2019). Na komunikaci s druhou osobou je zajímavé, že ji neustále spoluvytváříme, ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí, a proto bývá obtížné porozumět komunikační výměně, když se v totožnou chvíli na ní podílíme (Zacharová, 2016). Komunikace a interakce s blízkými osobami v raném věku je zdrojem důvěry, bezpečí, a ochrany, jakož i celoživotních interpersonálních vztahů a komunikačních vzorců (Plevová et al., 2019). Způsob, jakým lidé reagují na chování druhých, záleží na tom, v jaké situaci se osoby nachází, jaké jsou mezi lidmi vztahy, a také na tom, zda osoby spolu komunikují mezi čtyřma očima či za přítomnosti jiných lidí. Interpersonální vztah má několik fází: počátek vztahu, sondování, zintenzivnění vztahu a přizpůsobení se. Důležité je zmínit, že každá fáze má svá určitá specifika a záleží na tom, jak vztah vzniká a rozvíjí se (Zacharová, 2016). V ošetrovatelství je jedním z důležitých faktorů pro zlepšení komunikace mezi sestrou a lékařem školení lékařských i sesterských týmů. Liaw et al. (2020) dále také zmiňují, že používání komunikačních simulací se ukazuje jako jeden z efektivních způsobů učení pro celý pracovní tým. Velký počet sester se často potýká s potížemi v komunikaci se svými pacienty, zejména v prostředí onkologie, kde se v průběhu diagnostiky a léčby vyskytují problémy v komunikaci (Banerjee et al., 2017). Kvalitní poskytování ošetrovatelské péče proto stále více žádá od každého zdravotníka znalosti, vědomosti, dovednosti a poznatky o fungování mezilidských vztahů (Zacharová, 2016). V komunikačním procesu mohou vzniknout a vznikají určité obtíže, příkladem je například konflikt v mysli vysílajícího člověka, který komunikaci zahajuje. Jedinec může uchovávat různé myšlenky a pocity vnitřně, které se mohou částečně nebo úplně lišit, což může vést k intrapersonálním konfliktům a způsobovat určitý zmatek. Tím u jedince vzniká problém s myšlenkami a pocity, které by měl směřovat směrem ven

(Plamínek, 2012). Důležité je si uvědomit, že o komunikačním procesu mluvíme tehdy, pokud dva lidé spolu mluví a něco se děje mezi nimi i v mysli každého z nich (Zacharová, 2016).

Komunikaci můžeme rozdělit na verbální či neverbální. Jedná se o specificky lidský proces a jev patřící k podstatným charakteristikám lidského jedince a lidského společenství. První typ komunikace má mnoho podob vystupujících při běžném pohledu jako odlišné a někdy i jako sobě si odporující (Janoušek, 2015). Tato komunikace probíhá ve dvou základních rovinách a to v rovině racionální a emocionální. Racionální komunikace využívá rozumovou racionální část komunikace, kdy se od komunikace úplně oddělí jakékoli emoce. Emocionální komunikace se zabývá formou sdělení, způsobem jakým je komunikace podána, individuálním názorem na sdělení, pocitem z komunikačního partnera, emočními stavy, například pláč, radost, smutek (Tomová a Křivková, 2016). Verbální komunikaci můžeme dělit na individuální a sociální, formální a obsahovou, spontánní i dodržující normy, mluvenou a psanou (Janoušek, 2015). Pokud hovoříme o neverbální komunikaci, je důležité podotknout, že tato komunikace je vývojově starší než komunikace verbální (Procházka et al., 2014). Je důležité si uvědomit, že neverbální komunikace tvoří jeden celek s komunikací verbální. Mnoho neverbálních projevů se odehrává na nevědomé úrovni. Projevy neverbální komunikace nám podávají mnoho informací o pocitech, náladách, a emocích jedince (Tomová a Křivková, 2016). Do neverbální komunikace patří hlavně gestikulace, haptika, mimika proxemika, posturologie, kinezika, teritorialita, paralingvistické projevy, produkce a pláč (Procházka et al., 2014). Neverbální komunikace je komunikace, která především zdůrazňuje, doplňuje, popírá, reguluje, opakuje a hlavně nahrazuje (Tomová a Křivková, 2016).

Plevová et al. (2019) uvádí, že o komunikačním procesu mluvíme tehdy, pokud je jedinec označován jako komunikátor (vysílač, sdělující, mluvčí, produktor) a na základě záměru vytvoří zprávu, dále pomocí kódování zašle komuniké neboli zprávu, která prochází přes komunikační kanál, který je nosičem a pomocí něhož se zpráva šíří dále. Na komunikační proces má velký vliv i prostředí, toho si můžeme povšimnout, pokud na komunikační proces působí negativní vlivy (neboli šumy) fyzické, například hluk z ulice, fyziologické (špatná výslovnost, porucha řeči), psychologické (hněv, smutek) či sémantické, což je například odlišné pochopení významu nebo cizího

slova (Zacharová, 2016). Pokud mluvíme o struktuře komunikačního aktu, jedná se převážně o motivaci mluvčího, intenci (záměru) komunikace, smyslu sdělení pro mluvčího, rozhodování mluvčího o sdělení zprávy spjaté s jejím kódováním, promluva s věcným obsahem sdělení, rozhodování příjemce o přijetí zprávy spjaté s jejím dekódováním, smysl sdělení pro příjemce, odhad intence (záměru) a efekt sdělení na příjemce, včetně jeho motivace. Komunikaci můžeme rozdělit do tří skupin, přičemž se jednotlivé skupiny vzájemně ovlivňují. Jedná se o interpersonální, intrapersonální a skupinovou komunikaci (Plevová et al., 2019). Základním projevem interpersonální komunikace je rozhovor, zatímco intrapersonální komunikace je komunikace jedince se sebou samým jako druhým subjektem. Skupinová komunikace se skládá z minimálně dvou účastníků. Ve skupinové komunikaci mohou existovat různé komunikační sítě, jež mají vliv na skupinovou výkonnost a spokojenost (Výrost et al., 2019).

1.4.3 Týmová spolupráce

Týmová práce a komunikace jsou chápány jako podstatný prvek k bezpečné a vysoce kvalitní péči o pacienty. Intervence zaměřené na procesní a vztahové aspekty péče jsou nezbytné při řešení bezpečnosti pacientů a mohou odrážet celkový obraz poskytované péče (McHugh et al., 2019). Sestry a lékaři se významně podílejí na poskytování kvalitní péče o pacienty, ale často nedoceňují roli toho druhého. Lékaři a sestry vnímají vzájemnou spolupráci odlišně. Lékaři považují spolupráci za dodržování pokynů a příkazů, které rozdávají sestrám, zatímco sestry spolupráci vnímají jako doplňkovou roli výrazněji než lékaři (Elsous et al., 2017)

Aby vznikl efektivní tým, musí být splněny podmínky, například zvýšení skupinové loajality. Dalšími podmínkami jsou harmonizované zájmy jednotlivých členů týmu, dále aby cíle lidí v týmu byly jasně definovány a byly všemi spolupracovníky akceptovány. Důležité je, aby práce v týmu byla pro všechny pracovníky prioritou vůči ostatním povinnostem. V neposlední řadě je potřeba skončit konkurenční interní boje a zlepšit vnitřní komunikaci (Kelnarová a Matějková, 2014). Rosen et al. (2018) popisují, že týmová spolupráce vyžaduje setkání mezi multidisciplinární skupinou klinických lékařů, sester, administrativních pracovníků, pacientů a jejich blízkých. S tím úzce souvisí zvyšování kvality ve zdravotnictví, jelikož je prioritou pro ošetrovatelskou péči. Proto je důležité zmínit, že přizpůsobivost zaměstnanců a atmosféra v týmu jsou klíčové

pro udržení kvalitně poskytované ošetrovatelské péče (Tawfik et al., 2017). Téma týmové spolupráce se také objevilo při pandemii viru COVID -19, kdy se ukázalo, jak lehké je spolupráci narušit (Zucker, 2020).

1.4.4 Konflikty na pracovišti

Konflikt je nedílnou součástí lidského života, bez konfliktu nelze existovat, je normální, běžný a je jednou z věcí, která dělá člověka člověkem (Bednář et al., 2013). Jedná se tedy o střetnutí dvou nebo více do určité míry se vylučujících či protichůdných snah, sil, potřeb, zájmů, citů, hodnot nebo tendencí (Kubíčková a Rais, 2012). Konflikty v organizacích nejsou a nemohou být něčím nevšedním, a bylo by velice pošetilé předpokládat, že jsme schopni konflikty zcela odstranit (Bednář et al., 2013). Cíle, potřeby a zájmy jedince nebo celé skupiny v organizaci nejsou pokaždé ve shodě se zájmy organizace. Z toho vyplývá, že výsledkem této situace je neodvratná existence konfliktů v každé instituci (Kubíčková a Rais, 2012). Mezi nejčastější konflikt produkující situace na pracovištích patří: nedostatek zdrojů a nutnost se o ně dělit, nejednoznačné vedení, chybějící formální a neformální autorita, příliš silná nebo naopak příliš slabá organizační kultura, neochota vedení reagovat na problémové situace, jakákoli výraznější sociální změna v týmu, velký časový tlak na jedince a zejména na skupinu a prudká změna míry zodpovědnosti. I přesto, že toto jsou nejčastější impulzy, mohou vzniknout kombinace výše uvedených faktorů (Bednář et al., 2013).

1.4.5 Nedostatečné personální zajištění

Jedním z hlavních problémů zdravotnictví je nedostatečné personální zajištění. To se projevilo během 80. let 20. století, kdy ve Spojených státech amerických panovaly velké obavy z nedostatku personálu ve zdravotnických organizacích a mělo to za následek 100 tisíc volných pracovních míst z důvodu neschopnosti organizace získat a udržet kvalifikovaný personál (Pires et al., 2018). Jedním z hlavních problémů je nízká míra udržení zdravotnických pracovníků, která se týká i kvalifikovaných sester, což škodí poskytování zdravotní péče i zdraví celé populace (Halter et al., 2017). V současné době je hlášen nedostatek sester v mnoha rozvinutých zemích, například USA, Kanada, Spojené království, Irsko, Austrálie, ale také i na kontinentech s nízkými a středními příjmy, jako jsou Jižní Amerika, Afrika a Asie (Butler et al., 2019). Ogata et al. (2018) uvádí, že stejně jako jiné země pociťuje i Japonsko výrazný nedostatek sester a zároveň rychlé stárnutí populace, která vyžaduje více ošetrovatelské péče pro starší generaci lidí.

Ve zdravotnictví jsou sestry nezbytné pro plánování péče. Poskytují určité služby, do kterých se zahrnuje péče o pacienty v různě závažných stavech. Jedná se o péči, kterou nelze odložit. Při rozhodování o obsazení sester by měly osoby s rozhodovací pravomocí vzít v úvahu nejen proměnlivou poptávku po ošetrovatelské péči, ale také potřebu chránit zdraví sester samotných. Proto je důležité se zaměřit na zdravotnická zařízení, která pracují 24 hodin denně. V těchto zdravotnických zařízeních musí být práce sestry organizovaná a každá sestra by měla mít předem určený rozvrh, kde je vidět, kdy má sestra volno a kdy má plánované služby (Respicio et al., 2018). Bylo provedeno mnoho studií, jež zkoumaly rozdíly v počtu registrovaných sester v nemocnicích. Tyto studie došly k závěru, že lepší obsazení sester v nemocnicích souvisí s příznivějšími výsledky pacientů, nižší úmrtností, se snížením počtu komplikací, vyšší spokojenosti pacientů, zkrácením délky pobytu v nemocnici, snížením opakování hospitalizací pacientů a také se snížením výskytu syndromu vyhoření (Lasater et al., 2021). Například Aiken et al. (2014) uvádí, že pokud dojde ke zvýšení zátěže sester o jednoho pacienta na sestru, tak se následně zvýší pravděpodobnost úmrtí hospitalizovaného pacienta do 30 dnů od přijetí o 7%. Politické snahy o přijetí zákonů o dostatečném personálním obsazení často selhávají kvůli nedostatku aktuálního počtu zaměstnanců (Lasater et al., 2021). Za dobrou péči o pacienty a jejím výsledkem stojí dostatečné množství sester s jejich dobře zvládnutou pracovní zátěží. Mezinárodní rada sester z roku 2018 o personálním obsazení sester založeném na důkazech dává doporučení, aby jednotlivé vlády přijaly opatření k zajištění bezpečné úrovně personálu (McHugh et al., 2021).

1.5 Organizační faktory ovlivňující práci sester

Následující kapitola je zaměřena na supervizi, roli managementu, akreditační proces a audit. Je zde stručně popsáno, co znamená pojem supervize, jak ji rozdělujeme, kdo je supervizor, a jakou představuje klíčovou roli pro ošetrovatelství. Dále se zabýváme rolí managementu, kde popisujeme, co znamená pojem management, jak jej můžeme rozdělit a jaká je hlavní role manažera. Část této kapitoly je věnována významu akreditačního procesu a auditu.

1.5.1 Supervize

Existují snad desítky definic pro pojem supervize, klinická supervize, ale i pro pojem supervize v ošetrovatelství (Špirudová, 2015). Jedná se o termín, který nelze v obecné rovině snadno vymezit a vyskytuje se v různých oblastech lidské činnosti a v každé

znamená poněkud něco jiného (Kalina et al., 2015). Venglářová et al. (2013) popisují, že supervize je proces, jehož účastníkem je tým, skupina pracovníků či jednotlivec a je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí.

Dle Malíkové (2011) lze supervizi rozdělit podle různých kritérií na supervizi externí, interní, individuální, skupinovou, týmovou, krátkodobou a dlouhodobou a také ji můžeme rozdělit dle zaměření na supervizi případovou, rozvojovou, poradenskou či programovou. Dále uvádí, že se supervize člení na administrativní, výukovou, podpůrnou podle způsobu použité práce. Velkým problémem, se kterým se stále častěji setkáváme na supervizích zdravotnického týmu, je vedení týmů, spolupráce a vztah lékař-sestra. V dnešní době manažeři přemýšlejí i o této oblasti práce zdravotnických pracovníků, jelikož dříve byla tato oblast velmi podceňována (Venglářová et al., 2013). Na to poukazuje i Malíková (2011) správně prováděná supervize je nástroj zvyšování kvality, také může pomoci s řešením problémů na určitém pracovišti, například změna klimatu v interpersonálních vztazích, v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových zaměstnanců, v podpoře vzdělávání a v osobnostním rozvoji jednotlivých pracovníků a celých týmů.

Supervizor je vyškolený odborník v oblasti supervize, zpravidla se jedná o profesionála v oblasti pomáhajících profesí, který má dlouhodobou praxi v oblasti práce s lidmi ve vedení týmů a často je také vzdělán i v psychoterapii (Venglářová et al. 2013). Supervizoři by měli mít určité vlastnosti a adekvátní přípravu na svou funkci (Dehghani et al., 2016). Supervizor se vyskytuje u začínajícího odborníka a má za úkol jej nejen provázet a také hodnotit, což vede k rozhodování o jeho dalším profesním zařazení. Supervizor je vnímán jako zcela nezávislý odborník (není podstatné, jestli zná či nezná obor, ve kterém supervizi provádí), který umí vést supervizní proces a motivuje klienta k hledání vlastní cesty (Kalina et al., 2015). Supervizora můžeme rozlišovat na několik typů. První typ je člověk orientovaný na klienta, který se zabývá jeho přijetím, respektováním a komunikací. Druhým typem je psychodynamický supervizor, který supervizní proces a supervidovaný materiál zpracovává jako vztah mezi sebou a supervidovaným klientem. Posledním typem supervizora je kognitivně behaviorální supervizor, který vnáší do supervize prvek vysvětlování profesních cílů a plánování pracovních aktivit (Svobodová, 2015). Důležité je také zmínit, že supervizora by měla sestram zajišťovat příslušná organizace. Sestry by měly mít

možnost daného supervizora volit a také podle případné potřeby měnit, že dané skupině sester nevyhovuje, například pokud potřebujeme supervize jinak zaměřené, potřebujeme řešit jiné téma či pracovat jinými postupy (Venglářová et al., 2013). López-Ibort et al. (2022) uvádí, že vztah, který je navázán mezi supervizory a sestrami, je velmi důležitý, jelikož je nezbytným předpokladem pro přínosné výsledky pro organizaci.

Klinický supervizor hraje značnou roli při zajišťování kvality ošetrovatelské péče a to vede ke zlepšování péče o pacienty a především ke zlepšení osobního a profesního rozvoje sester (Dehghani et al., 2016). Supervizor rozhodně není nadřízený, výjimkou je manažerská forma supervize, dále není tutor, což se rozumí například starší student, který podporuje a pomáhá mladším studentům, také není mentorem, čímž se obvykle rozumí odborník s praxí ve stejném oboru a v neposlední řadě také není osobním rádce ani psychoterapeutem (Venglářová et al., 2013). Supervize plní tři základní funkce. První funkcí supervize je funkce normativní, která má za cíl dodržování norem, standardů podporuje kvalitní a bezpečné poskytování služeb, rozvíjí profesní odpovědnost jedince, skupiny nebo týmu. Druhá funkce je formativní, prostřednictvím které dochází k reflektování praxe a umožňuje rozvoj profesních vědomostí a dovedností, jedná se o funkci edukační neboli vzdělávací. Poslední funkcí supervize je funkce posilující neboli restorativní, která poskytuje podporu pro výkon profese a je zaměřena na seberozvoj a sebeuvědomování. Obnovuje energii, sílu, motivaci pracovníků pomáhajících profesí pro zvládnání daných úkolů, změn a problémů v profesním životě (Špirudová, 2015). Liang et al. (2020) popisují, že práce sester je ve zdravotnictví velmi důležitá, protože hraje klíčovou roli ve zdokonalování ošetrovatelských postupů a s tím souvisí i zásadní posouzení jejich odborné způsobilosti.

1.5.2 Management

Pojem management lze do českého jazyka přeložit jako řízení. Pokud bychom tento termín shrnuli do jednoho slova, jednalo by se o značné zjednodušení. Tento pojem má mnoho definic. Lze jej definovat jako souhrn všech činností, které je třeba udělat, aby byla zabezpečena funkce organizace (Váchal et al., 2013). Od řízení, které probíhá v různých systémech, například technické, biologické či společenské, zde se značí jako řízení v organizacích (Blažek, 2014). Podobně, jako medicína, je management dílem umění a dílem vědy. Výsledným cílem řízení je koordinace činností v organizaci tak,

aby mohla splnit svou funkci ve všech svých částech a jednotkách a to hladce a plynule (Žaludek, 2020).

Management je proces systematický, jelikož manažer má vnášet do svých aktivit řád, vykonávat úkoly tak, aby byly uznávány dalšími členy organizace a byly v souladu s jejich očekáváním. Dále je důležité zmínit, že se jedná o proces, který je zaměřený na dosažení cílů, z čehož vyplývá, že úkoly a aktivity jsou odvozovány z cílů, které byly stanoveny členům organizace (Holešinská, 2022). Vzhledem k modernímu vývoji managementu dochází ke vzniku nových oborů v oblasti managementu. Jedná se například o management znalostní, procesní, krizový, jakosti a environmentální. Následně došlo i k intenzivnímu rozvoji informačních technologií, které přinesly moderní formy managementu, například e-byznys a e-komerce (Váchal et al., 2013). Hlavním úkolem moderního managementu je podle WHO (Světové zdravotnické organizace) poskytování nových, kvalitativně lepších ošetrovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení ošetrovatelství na profesionální úrovni (Ondriová a Fertařová, 2021). Vznik moderního managementu je datován na počátku 20. století a je spojován se vznikem tzv. vědeckého řízení (Blažek, 2014). S pojmem management úzce souvisí i pojem management rizik. Jedná se o koordinovanou činnost, která pomocí různých nástrojů, metod a principů snižuje pravděpodobnost dopadu rizika na pacienta, organizaci, pracovníka a další prvky systému zdravotních služeb. Cílem managementu rizik je maximální možná minimalizace pravděpodobnosti dopadu rizika. Aby došlo k naplnění cíle, je nutná práce s daty, efektivní zpětná vazba z nástrojů a od zainteresovaných stran (Žaludek, 2020).

Manažer pochází z anglického slova manager, což v překladu znamená člověk, který něco řídí. Manažer je člověk, který zajišťuje proces, při kterém dochází k plnění úkolů pomocí jiných lidí a ovlivňuje lidi k dosahování společných stanovaných cílů (Ondriová a Fertařová, 2021). Jedná se o osobu, která svými vlastnostmi a dovednostmi značně ovlivňuje styl práce, který si sama zvolila. (Váchal et al., 2013). Manažeři v ošetrovatelství jsou považováni za klíčové postavy při zvládnání konfliktů. První manažerskou linií jsou staniční sestry, které poskytují spojení mezi strategickou vizí organizace a prací sester na oddělení. Tyto manažeři mají velký vliv na řízení lidských zdrojů a jejich schopnost řešit konflikty by měla být dobře rozvinuta (Moeta a Rand, 2019). I přesto, že neexistuje vzor pro správného manažera, jsou jisté

předpoklady, které by manažer měl splňovat. Osobnostní vlastnosti úspěšného manažera by měly zahrnovat motivační vlastnosti, kde by se především měl uplatňovat zájem o práci s lidmi, zaměření na plnění úkolů, láska k povolání a pozitivní vztah k práci. Dále je důležité, aby správný manažer měl odborné a charakterové předpoklady jako odpovědnost, důslednost, pracovitost, disciplinovanost, čestnost, spravedlnost, kritičnost, sebekritičnost a rozhodnost. V neposlední řadě by měl manažer oplývat komunikačními schopnostmi, inteligencí, zručností, čestností, odvahou, osobnostními předpoklady, mravní a citovou zralostí, schopností umět vést lidi, extravertností, asertivním chováním, emoční odolností a stabilitou (Ondriová a Fertařová, 2021).

Jedním z důležitých aspektů, který se odráží ve stylu manažerské práce, je vlastní autorita manažera (Váchal et al., 2013). Manažerskou autoritu můžeme rozdělit na formální a neformální (Ondriová a Fertařová, 2021). První manažerskou autoritou je autorita formální, která vyplývá z vlastní pozice manažera v rámci hierarchické struktury organizace. Zde dochází k odražení pravomoci a odpovědnosti, kterou manažer při své práci získal (Váchal et al., 2013). Druhým typem je autorita neformální. Tato autorita vyplývá ze schopností, chování a jednání manažera se zaměstnanci (Ondriová a Fertařová, 2021). Ve zdravotnických institucích jsou považovány za manažerky sestry, které vykonávají řídicí funkce na třech základních řídicích úrovních ve zdravotnictví: náměstkyně, vedoucí sestra oddělení, manažerka denní směny (Ondriová a Fertařová, 2021). Dle stupňů řízení manažery rozdělujeme do tří skupin. První skupinou jsou manažeři první linie. Jedná se o vedoucí pracovníky, kteří působí na prvním, nejnižším stupni řízení organizací (Blažek, 2014). Do druhé skupiny patří manažer střední úrovně, tedy vedoucí sestra, která je členkou vedení kliniky nebo oddělení. Dále se zodpovídá za vykonanou práci náměstkovi ošetrovatelství, podílí se na plánování rozpočtu, personálním zabezpečením, odborném rozvoji pracovníků, ale také na hodnocení kvality ošetrovatelské péče (Ondriová a Fertařová, 2021). Do třetí skupiny řadíme vrcholové manažery (top management). Tito manažeři řídí organizaci jako celek, reprezentují ji navenek vůči zřizovatelům i vůči dalším důležitým subjektům, jako jsou pacienti, dodavatelé, stát či banky (Blažek, 2014).

Pokud mluvíme o manažerských funkcích, jedná se o činnosti (aktivity) řídicích pracovníků. První manažerskou funkcí je plánování. V této funkci manažer formuluje

cíle a způsoby jejich dosažení (Váchal et al., 2013). Jedná se o klíčovou část celého mechanismu řízení. Výsledek úspěšného řízení zaleží na dobře nastaveném plánování. Tato fáze je formována několika organizačními úrovněmi. Jedná se o úroveň strategickou, operativní a taktickou. Strategické plánování se zabývá vizí, dále řeší otázku hlavního směru rozvoje, politiky, kultury a úkoly vrcholového managementu. Na rozdíl od strategického plánování se operativní plánování soustředí na definování střednědobých cílů, řízení zaměstnanců a financování. V neposlední řadě je důležité zmínit taktické plánování, které se zaměřuje na stanovení konkrétního cíle a dále se zaměřuje na nástroje, finanční zdroje a odpovědnost pracovníků (Holešinská, 2022).

Druhou manažerskou funkcí je organizování, kdy systematicky usměrňujeme možnosti a úkoly tak, aby došlo k realizaci plánů s minimálními náklady, minimálním časem a intenzitou práce (Váchal et al., 2013). Dobře nastavené organizační procesy jsou důležité k efektivnímu využívání zdrojů organizace, k eliminaci duplicit a zamezení plýtvání zdrojů. Organizování je důležité, jelikož každému členu organizace jasně vytyčuje jeho místo v procesu řízení a osobní přínos k úspěšnému plnění úkolů (Holešinská, 2022).

Další manažerskou funkcí je komunikace. Jedná se o činnost, která zahrnuje komunikační systém a člení se na vertikální, horizontální a diagonální toky. Vertikální komunikační toky probíhají všemi stupni řízení ve směru od shora dolů (příkazy, nařízení, opatření, vedení), tak i ze zdola nahoru (náměty, stížnosti připomínky). Horizontální komunikační rovina zahrnuje organizační jednotky na stejném stupni řízení (komunikace mezi odděleními). Poslední dialogová komunikační rovina probíhá napříč řídicími stupni organizační struktury. Tato komunikační úroveň se zaměřuje jak na pracovní i na mimopracovní problematiku (Váchal et al., 2013).

Po komunikaci následuje další manažerská funkce, kterou je motivování. V této funkci je důležitá znalost potřeb pracovníků. Tyto znalosti manažer může využít jako řadu motivačních nástrojů, které budou pracovníka motivovat k lepšímu výkonu. Dané nástroje můžeme rozdělit do tří skupin: na nástroje spojené s oceněním práce, podmínkami práce a nástroje spojené s prací samotnou. Důležité je zmínit, že klíčovým nástrojem oceněním práce je plat (Holešinská, 2022). V této funkci by se měl nadřícený snažit vyvolat zájem o práci a vytvářet tvůrčí prostředí pro autonomní pracovníky

(Váchal et al., 2013). Jedním z benefitů pro zaměstnance jsou vhodné podmínky práce. Zde můžeme mluvit o materiálním i společenském zabezpečení, a to se týká mezilidských vztahů (například s kým jsme na pracovišti v týmu). Další formou benefitu může být upravení pracovní doby, zvýhodněné služby pro pracovníky, incentivní programy, vzdělávací programy a jistým motivem může být i samotná práce, například zda je práce veřejností uznávána nebo zda je jí přisuzovaná určitá prestiž. Rozdělujeme tři archetypy vedení: autoritativní (pravomoc rozhodování je na samotném manažerovi a vyznačuje se jednosměrnou komunikací mezi manažerem a pracovníkem), demokratický (delegování pravomocí na podřízené s konečným verdiktem rozhodování manažera, zde probíhá oboustranná komunikace) a laissez-faire, kde dochází k přenechání řízení na pracovníky (Holešinská, 2022). Poslední funkcí je funkce kontrolování. Tato činnost se zaměřuje na sledování naplňování cílů a zaznamenávání odchylek od předpokládaného stavu (Váchal et al., 2013). Jedná se o sběr, vyhodnocování a srovnávání informací s plánovanými cíli, kde je možnost napravovat chybné či nedostatečné plnění úkolů a určit, kde lze aktivity členů organizace zlepšit. Kontrola je důležitá a má zajistit, aby se organizace řídila správným směrem (Holešinská, 2022).

1.5.3 Akreditační proces

Součástí zdravotnických systémů jsou i akreditační procesy. Tyto procesy vznikly na počátku 70. let 20. století a byly považovány za indikátory a důležité hnací síly pro zlepšení kvality a bezpečnosti ve zdravotnických organizacích. Vedly k vytvoření národních a mezinárodních programů, v rámci kterých dochází k hodnocení zdravotnických zařízení a porovnání s předem stanovenými výkonnostními standardy péče a kvality. Dané procesy jsou akceptovány na celosvětové úrovni. Akreditační procesy slouží ke zlepšení a standardizaci zdravotní péče při současném sledování transparentnosti (Morales-Burton a Lopez-Ramirez, 2022). Akreditovaná zdravotnická zařízení mají povinnost rozvíjet, zabezpečovat a kontrolovat činnosti v cílených oblastech. Jedná se o činnosti, jež podléhají hodnocení v akreditačním procesu. Několik sledovaných standardů jsou úzce spjaty s prevencí rizik v jednotlivých segmentech. Jedním ze základních legislativních a akreditačních požadavků je dodržování a sledování resortních cílů stanovených Ministerstvem zdravotnictví (Šupšáková, 2017).

1.5.4 Audit

Audity a účelná zpětná vazba v kombinaci se správně cílenými vzdělávacími aktivitami jsou jedním z nejefektivnějších nástrojů kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí (Pokorná et al., 2019). Auditní činnost je jeden ze základních mechanismů kontroly a řízení rizikových procesů ve zdravotnictví. Audity provádějí výhradně osoby, které splnily kvalifikační požadavky na auditory stanovené poskytovatelem. Jedná se o činnost, která musí být plánovaná a musí zahrnovat různé oblasti činnosti poskytovatele = monitorovat dodržování standardizovaných postupů a vnitřních směrnic (Šupšáková, 2017). Dané postupy auditu jsou určeny ke zlepšení odborné praxe a posílení profesní úrovně znalostí a dovedností sester. Tyto metody mohou být využity ve všech zdravotnických zařízeních, u všech zdravotnických pracovníků u samostatné profese, nebo multiprofesního týmu s respektem k rozsahu a zaměření zdravotních služeb (Pokorná et al., 2019).

Audit je nástrojem, který slouží ke zvýšení kvality, používá se ke sledování, hodnocení a zlepšování kvality péče. Tento postup se zabývá měřením výsledků nebo procesu, jeho porovnáním se současnými důkazy nebo osvědčenými postupy a následně dochází ke zlepšení kvality poskytované péče (Rose a Pang, 2021). Audit představuje ukazatele kvality poskytované služby nebo výkonu. Jedná se o dokumentový proces, který je systematický a nezávislý. Cílem auditu je zlepšit a zefektivnit kvalitu praxe, jelikož se jedná o nástroj na monitorování, měření a hodnocení kritérií kvality vztahující se ke struktuře, procesu a výsledku konkrétního standardu (Hulková, 2016). O tomto pojednává i studie z Johannesburgu. Tato studie se zabývala auditem, který byl zaměřen na dostupnost a fungování pomůcek a léků při zajišťování život ohrožujícího stavu. Akutní zajištění dýchacích cest je velmi časově náročné a vyžaduje okamžitou dostupnost veškerého potřebného vybavení. Zatímco většina akutních stavů se vyskytuje na urgentních pracovištích, ke klinickému zhoršení pacienta může dojít kdykoli během péče. Proto by měly být všechny prostory nemocnice vybaveny pro akutní zajištění dýchacích cest. Zde můžeme zdůraznit význam auditu, který identifikuje konkrétní nedostatky ve vybavení pro zajištění dýchacích cest (Pillay et al., 2022). Klinický audit je důležitým nástrojem, který slouží ke zkvalitnění péče o pacienta, zjištění a k hodnocení výsledků. Skládá se z měření klinického výsledku nebo postupu podle předem definovaných standardů a identifikace rozdílů mezi současnou praxí a standardy. Jeho cílem je zajistit potřebné změny praxe tam,

kde je to nezbytné a usnadnit dosažení stanovených standardů. Následně se provádí opakovaný audit, aby se sledovala a zlepšovala kvalita poskytované péče (European Society of Radiology, 2018).

Lze rozeznávat několik druhů auditů. První audit je forezní, který spočívá ve vyšetřování podvodů nebo podezření z nestandardního jednání a sběru důkazních materiálů. Druhým typem auditu je audit kvality. Tento audit představuje prověření kvality výrobků nebo procesů. Dále existuje audit informační, který je nástrojem znalostního managementu nemocnic. Čtvrtým typem auditu je interní audit a externí audit. Počítačový audit má za cíl minimalizaci nákladů na nákup a správu softwaru a hardwaru. Důležité je zmínit manažerský audit, který je zaměřen na zvýšení konkurenceschopnosti malých a středních nemocnic (Váchal et al., 2013).

2 Cíle práce a vědecké hypotézy

Hlavním záměrem výzkumné studie je zjistit v jakých oblastech, je možné zlepšit pracovní podmínky sester. Na základě výzkumného záměru byly stanoveny dva dílčí cíle práce.

2.1 Cíle

Cíl 1: Vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester.

Cíl 2: Popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester.

2.2 Vědecké hypotézy

Hypotéza 1: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na délce jejich praxe.

Hypotéza 2: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na typu oddělení, kde sestry pracují.

Hypotéza 3: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na věku sester.

Hypotéza 4: Nejčastěji uváděnou oblastí pracovního prostředí, kde by sestry uvítaly zlepšení, je oblast vedení a podpory od vedoucích sester.

2.3 Operacionalizace základních pojmů

Bezpečné pracovního prostředí - je prostředí, kde nehrozí žádná havárie, úraz, tělesné, psychické nebo sociální poškození (Vévoda, 2013).

Pro účely této výzkumné studie bylo pracovní prostředí sester vyhodnocováno pomocí pěti dimenzí. Jednalo se o dimenze Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, Základy kvality ošetrovatelské péče, Schopnosti vedoucích sester, Materiální a lidské zdroje, Pracovní vztah lékař – sestra.

Zapojení sester do nemocničních záležitostí – V této oblasti se zabýváme možnostmi kariérního postupu sester, participace sester v nemocnici, kompetentnostmi a jednáním hlavních sester/náměstkyň ošetrovatelské péče. Základy kvality ošetrovatelské péče – V této dimenzi se zaměřujeme na kvalitu poskytované péče a kontinuitu péče o pacienty. Schopnosti vedoucích sester – Dimenze schopnosti vedoucích sester se zaměřuje na oblast adekvátní podpory od vedoucích sester a plnění manažerské funkce. Materiální a lidské zdroje – V této oblasti se zaměřujeme na odpovídající podporu

pomocného personálu sestřám, odpovídající množství času věnované pacientovi a adekvátní počet personálu na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Pracovní vztah lékař – sestra – V této dimenzi se zabýváme vztahem mezi lékařem a sestrou, spoluprací mezi lékařem a sestrou, a jestli spolupráce mezi nimi je adekvátní.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Teoretická část diplomové práce vychází z rešerše české a zahraniční odborné a vědecké literatury. Empirická část diplomové práce byla realizovaná kvantitativní metodou, formou dotazníkového šetření. Dotazník se skládal ze standardizované a nestandardizované části.

Standardizovaná část dotazníku byla tvořena Practice Environment Scale of The Nursing Work Index (PES-NWI), Lake, 2002. Škálu pracovního prostředí ošetrovatelské péče (PES-NWI) do českého jazyka přeložila a kulturně adaptovala Jarošová a Zeleníková (2017). Souhlas s použitím dotazníku byl získán od autorek originální i české verze dotazníku. Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče se skládá z 31 položek, rozdělených do pěti dimenzí pracovního prostředí.

- 1) Zapojení sester do nemocničních záležitostí;
- 2) Základy kvality ošetrovatelské péče;
- 3) Schopnosti vedoucích sester;
- 4) Materiální a lidské zdroje;
- 5) Pracovní vztah lékař–sestra.

Nestandardizovanou část dotazníku tvořilo šest otázek. Dané otázky byly socio-profesního charakteru (pohlaví, věk, oddělení, vzdělání, specializační vzdělání a délka praxe), viz příloha 1. Vyplněné dotazníky jsou archivovány u autorky práce.

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnicích Jihočeského kraje a Kraje Vysočina. Před zahájením výzkumného šetření byl získán od vedení obou nemocnic souhlas s provedením výzkumu. Souhlasy s výzkumem jsou k dispozici u autorky práce. Do výzkumného souboru byly zařazeny praktické sestry, všeobecné sestry a sestry se specializačním vzděláním, které v daných nemocnicích pracují. Všichni účastníci výzkumu byli informováni, že dotazníkové šetření je zcela dobrovolné a výsledky budou použity ke statistickému zpracování. Ve výzkumném šetření není nikde uvedeno jméno a příjmení respondentů nebo jakékoliv informace, které by mohly ohrozit jejich anonymitu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 153 respondentů, kteří pracují ve zdravotnickém zařízení. Výběr respondentů (sester) byl záměrný. Sestry, které se zapojily do výzkumného šetření, pracovaly na chirurgickém oddělení, interním oddělení, jednotce intenzivní péče, anesteziologicky resuscitačním oddělení, psychiatrickém oddělení, oddělení následné péče, pediatrickém oddělení, gynekologickém oddělení, infekčním oddělením, neurologickém oddělením, ortopedickém oddělením nebo urologickém oddělením. Distribuce dotazníků na všechna oddělení zainteresovaných nemocnic nám umožnila získat ucelený pohled sester na pracovní podmínky a možnosti jejich zlepšení. Dotazníky byly distribuovány mezi sestry v tištěné podobě. Výzkum probíhal od dubna do května 2023.

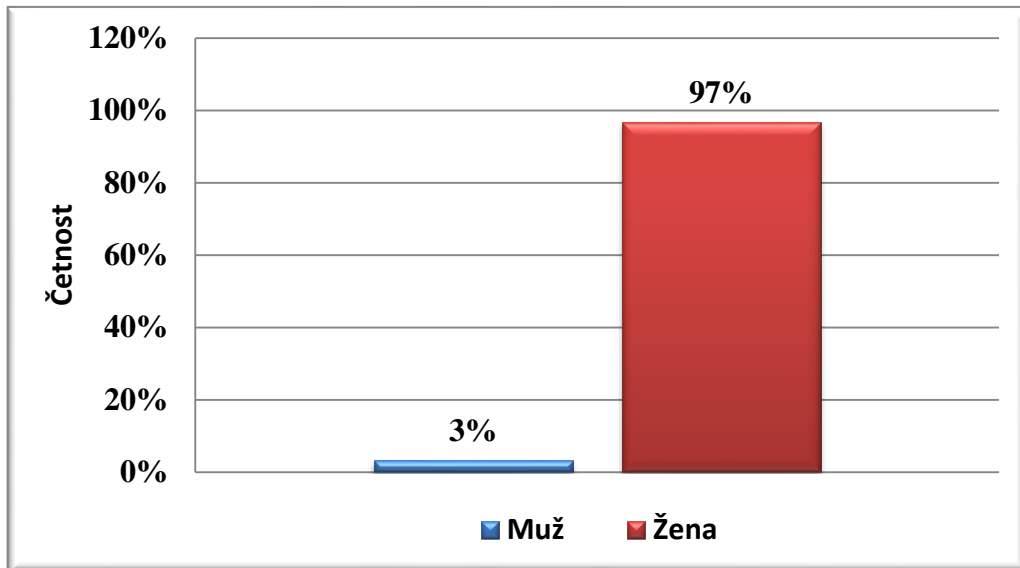
3.3 Způsob statistického zpracování dat

Výsledky výzkumného šetření byly zaznamenány do datové matice a vyhodnoceny prostřednictvím četnostních tabulek a grafů v MS Office 365–Excel. Statistické testování hypotéz bylo provedeno v IBM SPSS programu verze 28. Byl proveden test normality a na základě jeho výsledku byl pro testování vztahů mezi proměnnými zvolen Spearmanův neparametrický koeficient. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotě 5 % ($p \leq 0,05$).

4 Výsledky

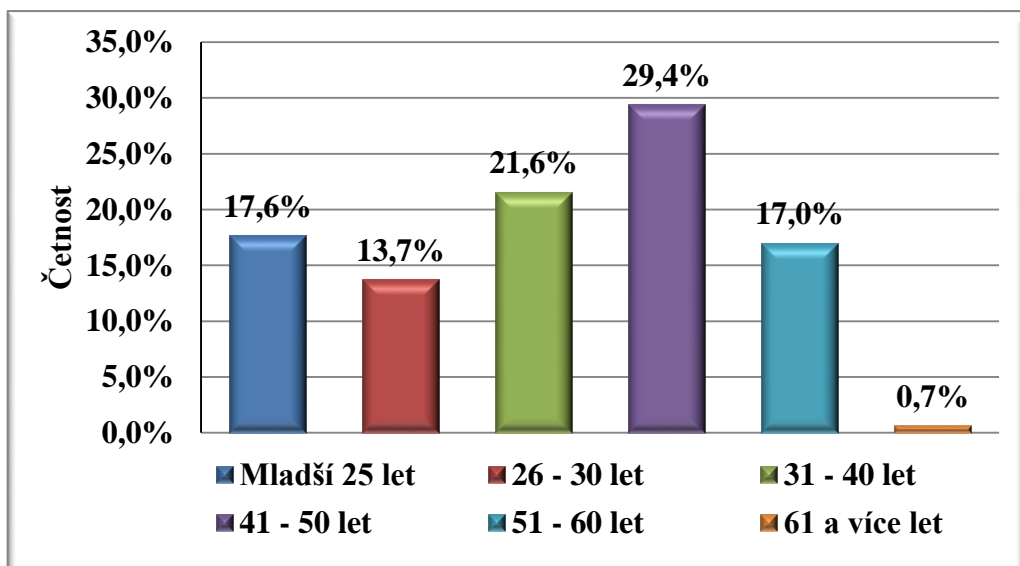
4.1 Vyhodnocení socio-profesních charakteristik sester

Graf 1 Pohlaví sester



Z celkového počtu 153 sester (100 %) bylo 148 (97 %) žen (97 %) a 5 mužů (3 %).

Graf 2 Věkové kategorie sester



Z celkového počtu 153 sester (100 %) bylo mladších 25 let 27 (17,6 %). Sester ve věku mezi 26–30 let bylo 21 (13,7 %). Ve věkové kategorii 31–40 let bylo 33 sester (21,6 %).

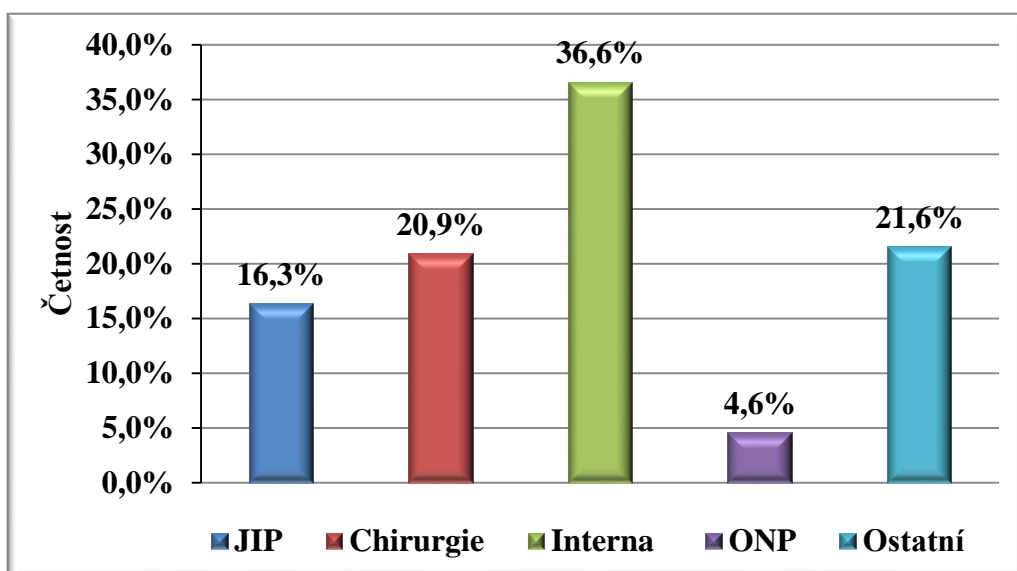
Ve věkové kategorii 41–50 let bylo 45 sester (29,4 %). Sester ve věkové kategorii 51–60 let bylo 26 (17 %). Pouze jedna sestra byla starší 61 let (0,7 %).

Tabulka 1 Věk sester

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Věk	153	19	61	38,8	11,5

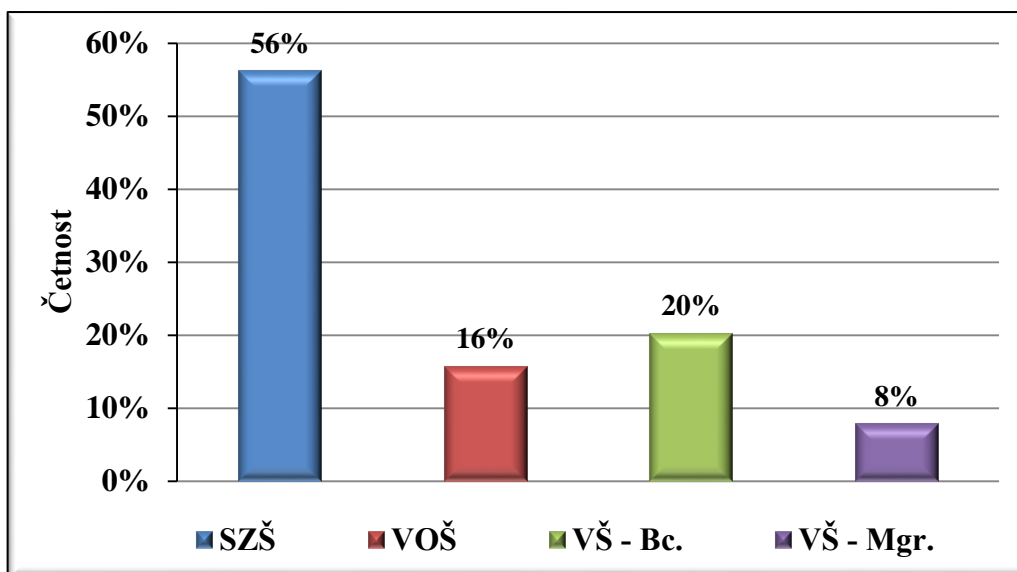
Nejmladší sestře v době výzkumu bylo 19 a nejstarší 61 let. Průměrný věk sester činil $38,8 \pm 11,5$ let.

Graf 3 Oddělení nemocnic



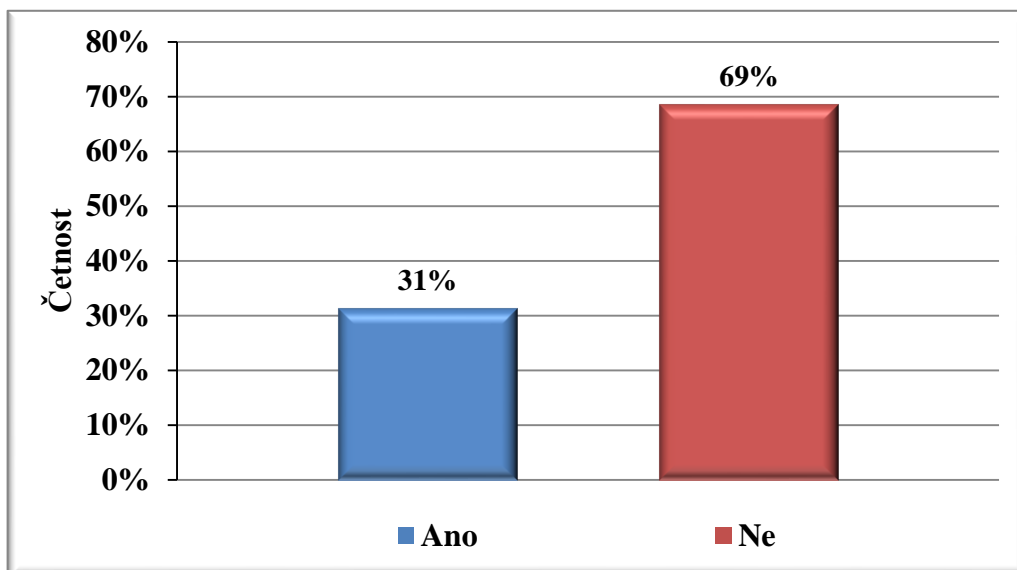
Na jednotkách intenzivní péče v době studie pracovalo 25 sester (16,3 %). Sester z chirurgických oddělení bylo 32 (20,9 %). Nejvíce sester, které souhlasily s účastí ve studii, bylo z interních oddělení, což představovalo 56 sester (36,6 %). Z oddělení následné péče se do studie zapojilo sedm sester (4,6 %). Ostatní oddělení (pediatrické oddělení, gynekologicko- porodnické oddělení) reprezentovalo 33 sester (21,6 %).

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



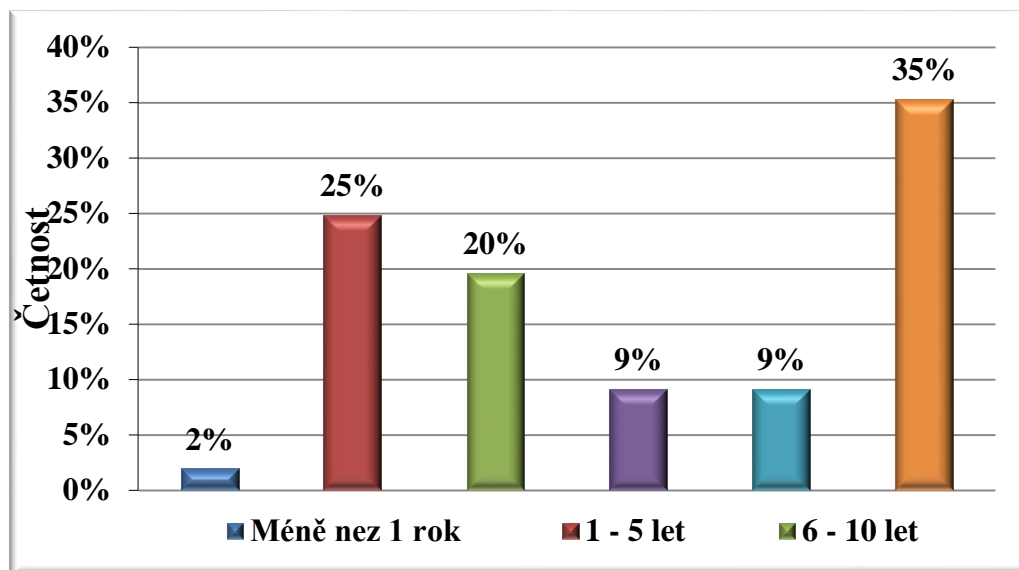
Graf 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání sester. Střední zdravotnické vzdělání dosáhlo 86 sester (56 %). Vyšší odborné vzdělání mělo 24 sester (16 %). Vysokoškolské studium bakalářského typu mělo 31 sester (20 %). A 12 sester úspěšně ukončilo navazující magisterský studijní program (8 %).

Graf 5 Specializační vzdělání sester



Z celkového počtu 153 sester (100 %) 48 sester odpovědělo, že má specializační vzdělání (31 %). Většina sester (105) specializační vzdělání v době výzkumu neměla (69 %).

Graf 6 Délka ošetrovatelské praxe



Graf 6 znázorňuje, jak dlouhou praxi v ošetrovatelské profesi respondenti mají. Délku praxe méně než 1 rok uvedli 3 (2%) respondenti, zatím co praxi 1 – 5 let uvedlo 38 (25%) respondentů. Praxi 6 – 10 let uvedlo 30 (20%) respondentů. Zajímavostí je, že praxi v oboru 11 – 15 let a 16 – 20 let uvedlo stejný počet respondentů a to je 14 (9%). Nejvíce respondentů, kteří se podíleli na výzkumu, mají respondenti s praxí více než 21 let a to je 54 (35%) respondentů.

4.2 Vyhodnocení pracovního prostředí sester

Tabulka 2 Vyhodnocení dimenze „Zapojení sester do nemocničních záležitostí“

Dimenze pracovního prostředí „Zapojení sester do nemocničních záležitostí“	min.	max.	průměr	sm. odchylka
V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	1	4	2,6	0,7
Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	1	4	2,5	0,7
Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (Např. působení v poradních skupinách)	1	4	2,3	0,7
Hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná	1	4	2,5	0,7
Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	1	4	2,5	0,7
Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	4	2,3	0,7
Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (Např. komise, pracovní skupiny)	1	4	2,5	0,7
Sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	1	4	2,6	0,7
Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	1	4	3,0	0,7

Poznámka: U každé položky pracovního prostředí sestry vyjadřovaly, do jaké míry souhlasí s daným tvrzením. Na Likertově škále označily jednu ze čtyř možností, kdy hodnota 1 znamenala rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

Dle odpovědí sester, vedoucí sestry nejvíce konzultují se sestrami běžný provoz ($3,0 \pm 0,7$). Dále sestry nejvíce souhlasily s tvrzením, že v nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester ($2,6 \pm 0,7$) a sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici ($2,6 \pm 0,7$). Nejméně respondenti souhlasili s tvrzením, že sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (Např. působení v poradních skupinách) a tvrzením, že vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců, které dosáhlo průměrné hodnoty ($2,3 \pm 0,7$)

Tabulka 3 Vyhodnocení dimenze „Kvalita ošetrovatelské péče“

Dimenze pracovního prostředí „Kvalita ošetrovatelské péče“	min.	max.	průměr	sm. Odchylka
V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	1	4	3,0	0,6
Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy)	1	4	3,0	0,7
V nemocnici existuje jasná filozofie ošetrovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	1	4	2,8	0,7
Spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	1	4	3,0	0,7
V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	1	4	2,7	0,7
Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	1	4	2,8	0,9
Ošetrovatelská péče/ péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetrovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupem medicínském	1	4	2,7	0,6
Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetrovatelské péče	1	4	2,8	0,8
Péče o pacienty je organizovaná tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně)	1	4	2,6	0,8
Sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty	1	4	2,6	0,8

Poznámka: U každé položky pracovního prostředí sestry vyjadřovaly, do jaké míry souhlasí s daným tvrzením. Na Likertově škále označily jednu ze čtyř možností, kdy hodnota 1 znamenala rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

Tabulka 3 znázorňuje ošetrovatelské základy kvality péče. Dle respondentů se v jejich nemocnicích očekává vysoký standard kvality poskytované péče (průměrná hodnota dosáhla $3,0 \pm 0,6$). Dále sestry nejvíce souhlasily s tvrzením, že je zajištěn aktivního rozvoje zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (průměrná hodnota $3,0 \pm 0,7$) a s tvrzením, že sestry spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi (průměrná hodnota $3,0 \pm 0,7$). Nejméně respondenti souhlasili

s tvrzením, že péče o pacienty je organizovaná tak, aby podporovala kontinuitu péče - např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně (průměrná hodnota $2,6 \pm 0,8$) a s tvrzením, že sestry používají ošetřovatelské diagnózy v péči o pacienty (průměrná hodnota $2,6 \pm 0,8$).

Tabulka 4 Vyhodnocení dimenze „Schopnosti vedoucích sester“

Dimenze „Schopnosti vedoucích sester“	min	max	průměr	Sm. odchylka
Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	1	4	3,0	0,8
Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitost k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku	1	4	2,7	0,7
Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	1	4	3,0	0,8
Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	1	4	2,4	0,8
Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to v případě, že se jedná o konflikt s lékařem	1	4	2,9	0,8

Poznámka: U každé položky pracovního prostředí sestry vyjadřovaly, do jaké míry souhlasí s daným tvrzením. Na Likertově škále označily jednu ze čtyř možností, kdy hodnota 1 = znamenala rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

Tabulka 4 popisuje schopnosti vedoucích sester. Dle respondentů nejvyšší průměrná hodnota dosáhla $3,0 \pm 0,8$ u otázky, zda sestry mají podporu ze strany vedoucích sester. Stejně vysokou průměrnou hodnotu dosáhla i otázka, zda vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu. Na otázku jestli vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to v případě, že se jedná o konflikt s lékařem respondenti odpovídali, tak, že průměrná hodnota dosáhla na $2,9 \pm 0,8$. Pokles průměrné hodnoty na $2,7 \pm 0,7$ přišel u otázky, zda vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitost k učení, ne jako kritiku. Nejnižší průměrnou hodnotu dosáhla otázka, zda sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci. Na danou otázku byla průměrná hodnota $2,4 \pm 0,8$.

Tabulka 5 Materiální a lidské zdroje

Dimenze „Materiální a lidské zdroje“	min.	max.	Průměr	Sm. odchylka
Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři),	1	4	2,8	0,8
Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách	1	4	2,7	0,8
Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče	1	4	2,4	1,0
Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	1	4	2,3	0,9

Tabulka 5 znázorňuje materiální a lidské zdroje. Nejvyšší průměrnou hodnotu $2,8 \pm 0,8$ dosáhla otázka, zda jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu, abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty. Na otázku, jestli je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami respondenti odpověděli, tak, že průměrná hodnota dosáhla na $2,7 \pm 0,8$. Průměrná hodnota výrazně klesla na $2,4 \pm 1,0$ u otázky, zda je na pracovišti dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Z celé tabulky materiální a lidské zdroje nejnižší průměrnou hodnotu $2,3 \pm 0,9$ měla otázka, zda je dostatek personálu pro zvládnutí práce.

Tabulka 6 Pracovní vztah lékař–sestra

„Pracovní vztah lékař – sestra“	min	max	průměr	sm. Odchylka
Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	1	4	2,9	0,7
Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	1	4	2,8	0,9
Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	1	4	2,9	0,7

Tabulka 6 představuje, jak respondenti odpovídali na otázky týkající se kolejivosti lékař- sestra. Nejvyšší průměrnou hodnotu $2,9 \pm 0,7$ v dané tabulce měla otázka lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy a otázka, zda mezi sestrami a lékaři existuje dobrá

spolupráce. Zatím co otázka, zda lékaři a sestry pracují hodně v týmu, dosáhla průměrné hodnoty $2,8 \pm 0,9$.

4.3 Statistické testování hypotéz

V souladu se záměrem a cíli výzkumné studie byly stanoveny čtyři výzkumné hypotézy.

Tabulka 7 Vztah mezi hodnocením pracovního prostředí sestrami a délkou jejich praxe

Dimenze pracovního prostředí	korelační koeficient	p-value
Zapojení sestry do nemocničních záležitostí	-0,072	0,379
Základy kvality ošetrovatelské péče	0,007	0,932
Schopnosti vedoucích sester	-0,089	0,274
Materiálních a lidských zdrojů	-0,041	0,616
Pracovní vztah lékař – sestra	-0,117	0,149
Celkové vyhodnocení pracovního prostředí	-0,077	0,344

Nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami, a to ani v jedné dimenzi pracovního prostředí. Dosažené průměrné skóre hodnocení pracovního prostředí s délkou praxe většinou klesalo (s výjimkou škály praxe 1- 5 let), avšak nešlo o statisticky významný trend. H1: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na délce jejich praxe, **nebyla potvrzena**.

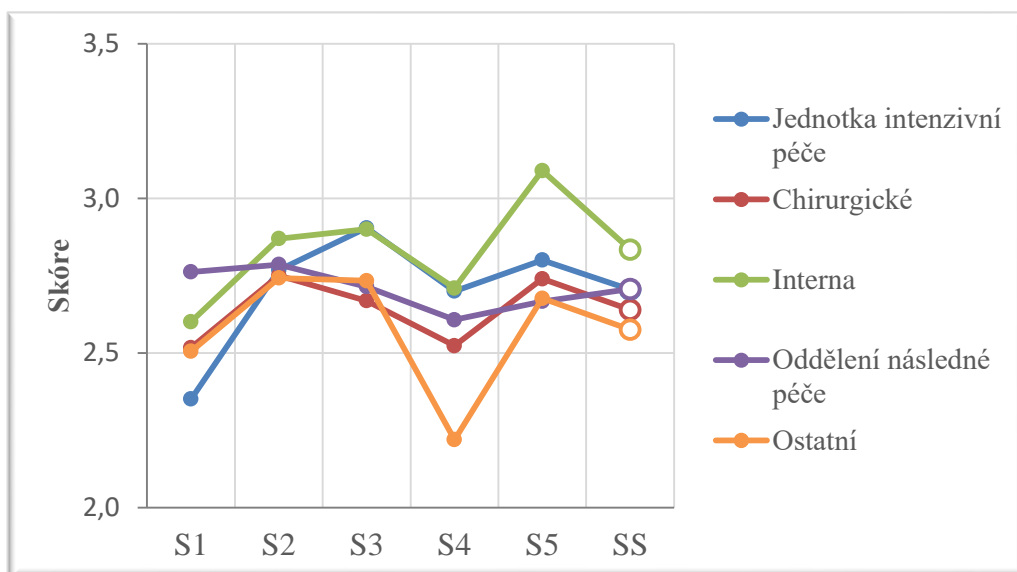
Tabulka 8 Vztah mezi hodnocením pracovního prostředí sestrami a oddělením

Oddělení	Dimenze 1	Dimenze 2	Dimenze 3	Dimenze 4	Dimenze 5	Celkové hod.
JIP	2,4	2,8	2,9	2,7	2,8	2,7
Chirurgie	2,5	2,8	2,7	2,5	2,7	2,6
Interna	2,6	2,9	2,9	2,7	3,1	2,8
ONP	2,8	2,8	2,7	2,6	2,7	2,7
Ostatní	2,5	2,7	2,7	2,2	2,7	2,6
P value –	0,065	0,632	0,318	0,010	0,017	0,068

Poznámka: Dimenze 1- Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, Dimenze 2 - Základy kvality ošetrovatelské péče, Dimenze 3 - Schopnosti vedoucích sester, Dimenze 4 – Materiálních a lidských zdrojů, Dimenze 5 – Pracovní vztah lékař–sestra, Likerova škála 1=rozhodně nesouhlasím, 2 – nesouhlasím, 3 – souhlasím, 4 – rozhodně souhlasím

Statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovního prostředí byl potvrzen v dimenzi Materiálních a lidských zdrojů ($p = 0,010$) a v dimenzi Pracovní vztah lékař–sestra ($p = 0,017$). Statisticky významně nejlépe byla hodnocena dimenze Pracovní vztah lékař–sestra sestrami pracujícími na Interním oddělení (průměrné skóre 3,1). Naopak statisticky významně nejhůře hodnotily sestry na ostatních odděleních pracovní prostředí v Materiálních a lidských zdrojů (průměrné skóre 2,2). Hypotéza 2 Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na typu oddělení, kde sestry pracují **byla potvrzena.**

Graf 7 Průměrné skóre hodnocení pracovního prostředí sestrami dle typu oddělení



Poznámka: S1 - Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, S2 – Základy kvality ošetrovatelské péče, S3 - Schopnosti vedoucích sester, S4 - Materiálních a lidských zdrojů, S5 – Pracovní vztah lékař–sestra, S6 - Celkové vyhodnocení pracovního prostředí. Likerova škála 1=rozhodně nesouhlasím, 2 – nesouhlasím, 3 – souhlasím, 4 – rozhodně souhlasím.

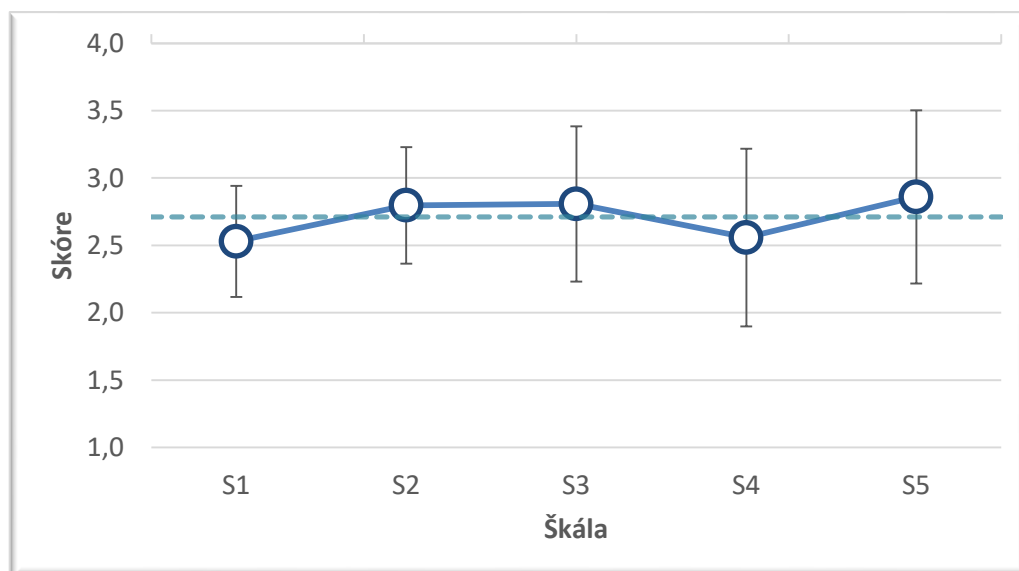
Statisticky významně nejlépe byla hodnocena dimenze S5 – Pracovní vztah lékař–sestra (průměrné skóre 2,8) a to interním oddělením. Zatím, co nejhůře hodnocenou dimenzí, byla dimenze S4 - Materiálních a lidských zdrojů (průměrné skóre 2,2). Minimální hodnota skóre byla 1, což znamenala odpověď, rozhodně nesouhlasím, zatím co maximální hodnota byla 4, což značilo odpověď, rozhodně souhlasím.

Tabulka 9 Vztah mezi hodnocením pracovního prostředí sestrami a jejich věkem

Dimenze pracovního prostředí	korelační koeficient	p- value
Zapojení sestry do nemocničních záležitostí	-0,069	0,399
Základy kvality ošetrovatelské péče	-0,013	0,870
Schopnosti vedoucích sester	-0,074	0,364
Materiálních a lidských zdrojů	-0,056	0,492
Pracovní vztah mezi lékař–sestra,	-0,140	0,085
Celkové vyhodnocení pracovního prostředí	-0,093	0,251

V žádné dimenzi pracovního prostředí nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na jejich věku. Třetí hypotéza: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na věku sester, **nebyla potvrzena**.

Graf 8 Hodnocení jednotlivých dimenzí pracovního prostředí



Poznámka: S1 - Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, S2 - Základy kvality ošetrovatelské péče, S3 - Schopnosti vedoucích sester, S4 - Materiálních a lidských zdrojů, S5 – Pracovní vztah lékař–sestra, S6 - Celkové vyhodnocení pracovního prostředí. Sestry odpovídaly

na Likertově škále, kde hodnota 1 znamenala rozhodně nesouhlasím, 2 – nesouhlasím, 3 – souhlasím, 4 – rozhodně souhlasím. Přerušovaná čára znázorňuje průměrné složené skóre.

Graf 8 popisuje průměrné skóre jednotlivých oblastí pracovního prostředí. Nejvyšší průměrné skóre bylo dosaženo u dimenze “Pracovní vztah mezi lékařem a sestrou“ ($2,9 \pm 0,6$). Zatím co nejnižší průměrné skóre bylo vyhodnoceno u dimenze “Zapojení sester do nemocničních záležitostí“ ($2,5 \pm 0,4$).

Tabulka 10 Vyhodnocení dimenzí pracovního prostředí

Dimenze pracovního prostředí	Průměr	Sm. Odchylka
Zapojení sestry do nemocničních záležitostí	2,5	0,4
Základy kvality ošetrovatelské péče	2,8	0,4
Schopnosti vedoucích sester	2,8	0,6
Materiální a lidské zdroje	2,6	0,7
Pracovní vztah mezi lékařem a sestrou	2,9	0,6
Celkové vyhodnocení pracovního prostředí	2,5	0,4

Nejlépe hodnocenou dimenzí pracovního prostředí byla oblast pracovního vztahu mezi lékařem a sestrou“ ($2,9 \pm 0,6$). Nejhůře hodnocenou dimenzí byla oblast „Zapojení sester do nemocničních záležitostí“ ($2,5 \pm 0,4$).

Tabulka 11 Schopnosti vedoucích sester versus ostatní dimenze pracovního prostředí

Dimenze	Schopnosti vedoucích sester
Zapojení sestry do nemocničních záležitostí	1,00
Základy kvality ošetrovatelské péče	0,619
Materiální a lidské zdroje	1,00
Pracovní vztah mezi lékařem a sestrou	0,117

Poznámka: Hodnoty v tabulce vyjadřují hodnotu p – value.

Skóre v dimenzi „Schopnosti vedoucích sester“ 2,8 není statisticky významně nižší než v ostatních dimenzích (2,5 - 2,9), viz tabulka 10. Vyšší skóre než dimenze „Schopnosti vedoucích sester“ má jen dimenze „Pracovní vztah lékař-sestra“ 2,9, ale nejde o statisticky významný rozdíl, $p = 0,117$. Hypotéza 4: Nejčastěji uváděnou oblastí pracovního prostředí, kde by sestry uvítaly zlepšení, je oblast vedení a podpory od vedoucích sester – **nebyla potvrzena.**

5 Diskuze

Tato kapitola se zabývá výsledky výzkumného šetření a jejich zasazením do kontextu jiných výzkumných studií. Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit možnosti zlepšení pracovních podmínek sester. Pro diplomovou práci byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal ve dvou nemocnicích a to v Jihočeském kraji a Kraji Vysočina. Výzkumného šetření se zúčastnilo 153 respondentů z toho 148 žen a 5 mužů (graf 1). Cílem výzkumného šetření bylo vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester a popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester.

Standardizovaná část dotazníku je tvořena z pěti dimenzí pracovního prostředí. Jedná se o dimenze Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, Základy kvality ošetrovatelské péče, Schopnosti vedoucích sester, Materiálních a lidských zdrojů a Pracovní vztah lékař-sestra. Bylo vyvinuto mnoho nástrojů pro studium a monitorování prostředí ošetrovatelské praxe, včetně škály Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, kde byla prokázána významná spolehlivost těchto pěti subškál (Gea-Caballero et. al., 2019)

V dimenzi Zapojení sestry do nemocničních záležitostí respondenti nejméně souhlasili s tvrzením, že sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici např. působení v poradních skupinách ($2,3 \pm 0,7$) a s tvrzením, že vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců ($2,3 \pm 0,7$), viz tabulka 2. Tyto výsledky poukazují na závažný problém, kterým je nezapojování sester do rozhodovacích procesů v nemocnici. Oproti tomu ve studii Skela-Savičové et al. (2023) tvrzení, že sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách), dosáhlo výrazně lepších hodnot průměrného skóre ($2,6 \pm 0,9$), než v našem výzkumu. Celkové průměrné skóre dimenze Zapojení sestry do nemocničních záležitostí dosáhlo $2,5 \pm 0,4$, viz tabulka 10. Ve studii Ogata et al. (2018) dosáhly výsledky dimenze Zapojení sestry do nemocničních záležitostí, stejných hodnot jako v našem výzkumu, kdy celkové průměrné skóre bylo $2,6 \pm 0,4$. Nejlépe hodnoceným tvrzením v našem výzkumu v dimenzi Zapojení sestry do nemocničních záležitostí bylo, že vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti (průměrného skóre $3,0 \pm 0,7$), viz tabulka 2. Pro zlepšení pracovních podmínek je klíčové

zaměřit se zejména na oblast týmového spolurozhodování, kdy sestry jsou zapojovány do stanovování pracovních cílů a způsobů jejich dosažení, podílejí se na auditní činnosti, mají možnost navrhnout inovace a je jim ze strany vedoucích pracovníků nasloucháno.

Dimenze Základy kvality ošetrovatelské péče dosáhla průměrného skóre (2,8 ± 0,4), viz tabulka 10. Membrillo-Pillpe et al. (2023) popisuje ve své studii, že dosáhli v dimenzi Základy kvality ošetrovatelské péče průměrného skóre 2,7± 0,4, což se tak zásadně neliší od našich výsledků. Kromě toho v našem výzkumu došlo v dimenzi Základy kvality ošetrovatelské péče ke zjištění, že jedním z nejlépe hodnocených tvrzení bylo, že sestry spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi (3,0 ± 0,7), viz tabulka 3. Ve studii Skela- Savičové et al. (2023) toto tvrzení dosáhlo výrazně lepšího průměrného skóre (3,2±0,7). Ošetrovatelské kompetence jsou jedním ze základních schopností, které jsou vyžadovány pro plnění ošetrovatelských povinností. Důležité je jasně vymezit kompetence ošetrovatelství, aby bylo možné vytvořit základ pro kurikulum vzdělávání sester (Fukada, 2018). Fu et al. (2021) popisuje ve své studii, kdy pracovní prostředí bylo hodnoceno sestrami z operačních sálů, že průměrného skóre dimenze Základy kvality ošetrovatelské péče dosáhlo (3,2 ± 0,5), což se značně liší oproti výsledkům v našem výzkumném šetření. Nejhůře hodnocena byla tvrzení, že péče o pacienty je organizovaná tak, aby podporovala kontinuitu péče, například stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně (2,6±0,8), a sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty, kdy průměrné skóre dosáhlo 2,6±0,8, viz tabulka 3. Toto tvrzení nedosáhlo ani ve studii Skela-Savičové et al. (2023) vyššího průměrného skóre (2,2 ±0,9). Poskytování péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu umožňuje sestram holistické řešení problémů pacientů. Spolu se standardními ošetrovatelskými postupy umožňuje poskytování systematické péče o pacienta (Seçer a Karaca, 2021). V této oblasti je důležité se zaměřit na péči o pacienty tak, aby péče, která je poskytována pacientům, byla více organizovaná a podporovala kontinuitu péče. Dále je důležité se zaměřit na to, aby sestry více používaly ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty.

Další dimenzí našeho výzkumného šetření byla oblast Schopnosti vedoucích sester. Sestra manažerka odpovídá za plánování a řízení zdrojů organizace ošetrovatelské péče, podporu týmové spolupráce, hodnocení poskytované péče a přispívá k dosažení

optimálních výsledků jak pro organizaci, tak pro pacienty (González-García et al., 2021). V dimenzi Schopnosti vedoucích sester, viz tabulka 10, bylo vyhodnoceno průměrné skóre celé dimenze ($2,8 \pm 0,6$), což bylo vyšší skóre než ve studii Naseri et al. (2022), kdy průměrné skóre dimenze Schopnosti vedoucích sester bylo výrazně nižší ($1,9 \pm 0,7$). Manažeři by měli aktivně podporovat zlepšení pracovního prostředí v organizaci, neboť to může snížit úmrtnost pacientů a zlepšit výsledky péče. Zlepšení pracovního prostředí v organizaci bude mít pozitivní dopady nejen pro sestry, ale i pro pacienty (Al-ghraiyybah et al., 2021).

Velkým pozitivním výzkumným zjištěním bylo, že sestry velmi dobře hodnotily podporu ze strany vedoucích sester a jejich styl řízení ($3,0 \pm 0,8$), viz tabulka 4. Ve studii Skela-Savičové et al. (2023) výsledky tvrzení, že sestry mají podporu ze strany vedoucích sester, dosáhlo průměrného skóre ($2,9 \pm 0,8$). Tyto výsledky přinesly zjištění, že tato oblast je pozitivně hodnocena nejen v našem výzkumu. Překvapivé výsledky jsme dostaly u tvrzení, že sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci, kdy průměrné skóre ($2,4 \pm 0,8$) dosáhlo výrazně nižších hodnot, viz tabulka 4. Nurmeksela et al. (2021) ve své studii uvádí, že v posledních letech se sestry manažerky více zapojují do administrativní práce, zatímco jejich podíl na klinické praxi se výrazně zmenšil. Dále zdůrazňují, že sestry manažerky mohou ovlivnit kvalitu poskytované péče tím, že zajistí dostatečný počet personálu a budou se aktivně podílet na náboru kompetentního personálu. Do jisté míry s tímto tvrzením souhlasí Sihvola et al. (2022), kteří uvádějí, že vedoucí sestry by měly být emocionálně inteligentní, z čehož vyplývá, že by jim neměla chybět schopnost naslouchat názorům sester, obavám sester, ale také by měly rozpoznat jejich nálady. Výsledky průměrného skóre u tvrzení, že sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci ve studii Skela-Savičové et al. (2023), nebyly uspokojivé, jelikož průměrné skóre ($2,4 \pm 0,9$) také dosáhlo nízkých hodnot. Pro zlepšení pracovních podmínek sester je důležité, aby se sestry manažerky více zaměřily na oblast pochvaly a uznání za dobře vykonanou práci sester.

V dimenzi Materiálních a lidských zdrojů, viz tabulka 5, dosáhlo nejvyšší průměrné skóre ($2,8 \pm 0,8$) tvrzení, že sestry mají odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), aby mohly trávit dostatek času se svými pacienty. Nejhůře bylo hodnoceno tvrzení, že je dostatek personálu pro zvládnutí práce na pracovišti, kdy průměrné skóre bylo $2,3 \pm 0,9$, viz tabulka 5. Ve studii Skela-Savičové et al. (2023)

bylo také nejhůře hodnoceno tvrzení, že je dostatek personálu pro zvládnutí práce na pracovišti, jelikož průměrné skóre dosáhlo $1,9 \pm 0,9$. V jejich studii se jednalo o nejhůře hodnocené tvrzení z celého výzkumu. Výsledky studií ukazují, že oblast dostatečného personálního zajištění pro zvládnutí práce na pracovištích je problémem nejen v našem výzkumu, ale celosvětově. Tato oblast by měla být více prozkoumána. Dle studie Al-ghraiyyah et al. (2021) organizační charakteristiky pracovního prostředí, usnadňují nebo omezují profesionální ošetrovatelskou praxi. Dále zmiňují, že pochopení pracovního prostředí v organizaci pomáhá manažerům v nemocnicích akutní péče zlepšit organizační atributy, které zvyšují nebo brání sestřím poskytovat kvalitnější péči o pacienty. V této dimenzi by bylo vhodné zaměřit se na zajištění dostatečného počtu personálu pro zvládnutí náročné práce na pracovišti, což by vedlo k výraznému zlepšení pracovního prostředí sester.

Faktory pracovního prostředí jako je vhodné personální zajištění, spolupráce s lékaři a styl vedení manažerů ošetrovatelské péče významně souvisí s hodnocením bezpečnosti pacientů sestrami (Malinowska-Lipień et al., 2021). Tvrzení, že na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče dosáhlo mírně vyššího průměrného skóre $2,4 \pm 1,0$, než tvrzení, že je na pracovišti dostatek personálu pro zvládnutí práce (průměrné skóre $2,3 \pm 0,9$) viz tabulka 5.

Výsledky sester ukázaly, že průměry spokojenosti s prací a skóre kvality ošetrovatelské péče rostly s rostoucí prestiží pracovního zařízení. Budoucí studie by měly hledat kauzální vztah mezi prostředím na pracovišti a výsledky sester, aby přilákaly sestry do ošetrovatelské profese a dosáhly kvalitního poskytování péče (Ogata et al., 2021).

V našem výzkumném šetření jsme také hodnotili dimenzi Pracovní vztah lékař – sestra, kdy celkové průměrné skóre celé dimenze dosáhlo $2,9 \pm 0,6$, viz tabulka 10. Z celého výzkumného šetření se jednalo o nejlépe hodnocenou dimenzi pracovního prostředí z pohledu sester. Ve studii Yang et al. (2023) vyhodnotili průměrné skóre dimenze Pracovní vztah lékař - sestra ($2,9 \pm 0,5$), což jsou velmi podobné výsledky jako v našem výzkumu. Studie Skela-Savičová et al. (2023) popisuje, že lékaři a sestry mají poměrně dobré pracovní vztahy ($2,9 \pm 0,8$). Tvrzení, že lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy, dosáhlo i v našem výzkumném šetření velmi podobného průměrného skóre ($2,9 \pm 0,7$), viz tabulka 6. Tvrzení, že lékaři a sestry pracují v týmu, dosáhlo v našem

výzkumu průměrné skóre ($2,8 \pm 0,9$), viz tabulka 6, zatímco ve výzkumu Skela-Savičové et al. (2023) uvádí, že výsledky průměrného skóre u tvrzení, zda lékaři a sestry pracují v týmu, dosáhly ($2,7 \pm 0,9$). Co se týká našich výsledků ohledně tvrzení, zda mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce, dosáhli jsme průměrného skóre $2,9 \pm 0,7$. Naše výsledky se víceméně nelišily oproti výsledkům Skela-Savičové et al. (2023), která uvádí, že jejich výsledky, že mezi sestrami a lékaři existuje adekvátní spolupráce, dosáhly průměrného skóre $2,9 \pm 0,8$.

Ahlstedt et al. (2020) poukazují ve své studii, že porozumění a pocit rovnosti, respektu a bezpečí mezi sestrou a lékařem je podle sester stěžejní pro kvalitní vykonávání ošetrovatelské profese. Fungující týmová práce a kvalitní pracovní vztah mezi sestrou a lékařem by mohli zvýšit bezpečnost pacientů. Studie dále zdůrazňuje, že manažeři jsou důležití pro vytvoření správné komunikace. S tím souhlasí Elmi et al. (2017), kteří se ve své publikaci zaměřují na manažery. Manažeři by měli věnovat dostatečnou pozornost pracovním podmínkám, které mají velký vliv na sestry.

V rámci našeho výzkumu byla stanovena H1: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na délce jejich praxe. Respondenty jsme rozdělili do šesti skupin dle délky jejich praxe. První skupinou byly sestry s praxí do jednoho roku, do druhé byly zařazeny sestry s praxí 1-5 let, třetí skupinu tvořili respondenti s praxí 6-10 let, čtvrtou oblast tvořili respondenti s praxí 11-15 let, do páté byly zařazeny sestry s praxí 16-20 let a poslední skupinu, tvořily sestry s praxí více než 21 let.

Na základě statistického testování můžeme konstatovat, že hodnocení pracovních podmínek sestrami se neliší v závislosti na délce praxe, viz tabulka 7. Carthon et al., (2022) popisuje ve své studii, že stejně jako rozsah praxe mohou klinická prostředí zlepšit dovednosti sester. Dle studie Sturmové et al. (2019) pracovní zátěž a nároky na personál v nemocnicích v posledních letech rostou. S tím souvisí i bezpečnost pacientů a práce v nemocnici. Výsledky studie ukazují, že pracovní zátěž a přesčasové hodiny jasně korelují s pracovním vypětím a stresem sester. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že hodnocení pracovního prostředí s délkou praxe většinou klesalo s výjimkou škály praxe 1-5 let, avšak nejednalo se o statisticky významný trend. Z toho vyplývá, že sestry s vyšší délkou praxe hodnotí pracovní prostředí mírně odlišně,

jelikož se potýkají s pracovní zátěží, přesčasovými hodinami, pracovním vypětím a stresem déle, než sestry s kratší praxí.

Identifikace rizikových faktorů je nutná k zlepšení pracovních podmínek a udržení sester v ošetrovatelské profesi, aby se minimalizoval jejich odchod. Nemocnice by měly zajistit, že manažeři jsou řádně školeni k podpoře svých zaměstnanců, což by mohlo vést ke snížení fluktuace sester, o které pojednává ve své studii Smokrovičová et.al. (2022). V posledních letech došlo ke změně pořadí důvodů nespokojenosti sester. V současné době si především sestry stěžují na pracovní podmínky, směnný provoz, nízkou prestiž povolání a následně až potom na platové ohodnocení a fyzickou námahu (Mellanová, 2017).

Druhá hypotéza zněla H2: Existují rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na typu oddělení, kde sestry pracují. Pro potvrzení druhé hypotézy bylo důležité rozdělit respondenty do pěti skupin podle toho, na kterém oddělení pracují. První skupinou byly sestry z jednotek intenzivní péče, druhou skupinu tvořily sestry z chirurgických oddělení, do třetí skupiny byly zařazeny sestry z interních oddělení, čtvrtou skupinou tvořily sestry z oddělení následné péče, a protože bylo mnoho různorodých oborů, kam patřili respondenti například z dětských oddělení nebo z gynekologie, tak poslední skupinu jsme nazvali Ostatní, viz graf 3.

Na základě testování druhé hypotézy, můžeme konstatovat, že hodnocení pracovních podmínek sestrami se liší v závislosti na typu oddělení, kde sestry pracují. Statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovního prostředí byl potvrzen v dimenzi Materiálních a lidských zdrojů ($p = 0,010$), viz tabulka 8. Nejlépe dimenzi Materiálních a lidských zdrojů hodnotily sestry na interních odděleních a jednotkách intenzivní péče, kdy průměrné skóre dosáhlo 2,7, viz tabulka 8. Naopak nejméně souhlasili respondenti z ostatních oddělení, kdy průměrné skóre dosáhlo hodnocení 2,2, viz tabulka 8. Dle Skela-Savičové et al. (2023) je důležitou součástí pracovního prostředí také meziprofesionální spolupráce. Špatná spolupráce lékař-sestra může být zásadním faktorem odpovědným za distres sester, zatímco kvalitní spolupráce může zlepšit poskytovanou péči pacientů. Náš výzkum poukázal, jak zásadní roli při poskytování ošetrovatelské péče má pracovní vztah lékař – sestra. Statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovního prostředí byl také zaznamenán v dimenzi Pracovní vztah lékař–sestra

($p = 0,017$), viz tabulka 8. Statisticky významně nejlépe byla hodnocena dimenze Pracovní vztah lékař–sestra sestrami pracujícími na interních odděleních (průměrné skóre 3,1), viz tabulka 8. Sestry z jednotek intenzivní péče dosáhly průměrné skóre 2,8, viz tabulka 8. Sestry pracující na chirurgických odděleních, oddělení následné péče a ostatních odděleních dosáhly v dimenze Pracovní vztah lékař–sestra stejných výsledků (průměrné skóre 2,7), viz tabulka 8.

Radosz-Knawa, et al. (2022) ve své studii popisuje, že sestry z interních oddělení při nedostatku času jsou nuceny selektovat ošetrovatelskou péči. Kvůli velkému pracovnímu vytížení, nedostatečném množství personálu, neočekávaným událostem, protichůdným požadavkům manažerům jsou nuceny stanovit priority ošetrovatelské péči. Ve své studii Alrefaei et. al. (2022) zdůrazňují, že sestry by se měly dokázat přizpůsobovat novým myšlenkám a technologiím, aby dokázaly pacientům poskytovat co nejlepší kvalitní ošetrovatelskou péči.

H3 zněla: Existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na věku sester. Pro potvrzení třetí hypotézy jsme respondenty rozdělili do šesti oblastí dle jejich věku. První skupinou byli respondenti mladších 25 let, druhou tvořili respondenti 26-30 let, třetí skupina byla tvořena respondenty ve věku 31 – 40 let, čtvrtou skupinu tvořili respondenti ve věku 41-50 let, do páté oblasti jsme zařadili respondenty ve věku 51-60 let a poslední skupina představuje respondenty, kterým je 61 a více let, viz graf 2.

Na základě testování třetí hypotézy můžeme konstatovat, že v žádné dimenzi nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na jejich věku ($p = 0,251$), viz tabulka 9. Toto zjištění bylo velmi překvapující, jelikož jsme se domnívali, že věkem respondentů se výsledky budou lišit. Heijden et. al. (2019) ve své studii poukazuje, že fluktuace sester je závislá na věku, vezmeme-li v úvahu stereotypy, které souvisejí s věkem sester, což vede i k rozdílnému zacházení se staršími a mladšími pracovníky.

Dle Světové zdravotnické organizace do roku 2030 bude nedostatek 15 milionů zdravotnických pracovníků. Jedná se o jeden z největších očekávaných problémů, který se týká nedostatku sester s odpovídajícími dovednostmi, což by mohlo vyvolat rivalitu

mezi nemocnicemi při získání kvalifikovaného zdravotnického personálu (Smokrovičová et al., 2022)

Poslední stanovená hypotéza byla: Nejčastěji uváděnou oblastí pracovního prostředí, kde by sestry uvítaly zlepšení, je oblast vedení a podpory od vedoucích sester. Výsledky našeho výzkumného šetření přinesly, že skóre v dimenzi „Schopnosti vedoucích sester“ není statisticky významně nižší než v ostatních dimenzích (2,5 - 2,9), viz tabulka 10. Vyšší skóre než dimenze „Schopnosti vedoucích sester“ měla jen dimenze „Pracovní vztah lékař-sestra“, ale nešlo o statisticky významný rozdíl, $p = 0,117$. Beckettová et al. (2021) uvádějí, že týmové ošetřovatelství má vliv nejen na pacienty a sestry, ale také i na celou organizaci.

Na základě testování čtvrté hypotézy můžeme konstatovat, že nejčastěji uváděnou oblastí pracovního prostředí, kde by sestry uvítaly zlepšení, není oblast vedení a podpory od vedoucích sester. Rothová et al. (2022) poukazuje ve své studii, že faktory, které by si sestry přály změnit, jsou dostatečné finanční ohodnocení, dostatečné uznání ošetřovatelské profese a zlepšení image profese. Z toho vyplývá, že manažeři v ošetřovatelské profesi jsou odpovědní za stabilizaci pracovní síly a i nadále se budou potýkat s řešením problémům, dokud nebudou kvalitní pracovní podmínky, přiměřené mzdy a možnost kariérního rozvoje. Klíčem mohou být motivační faktory, zlepšení vztahů na pracovišti, zajištění odpovídajícího platového ohodnocení, zlepšení veřejného obrazu sesterské profese a zajištění příležitosti pro profesní rozvoj.

Výsledky našeho výzkumného šetření nepotvrdily vliv věku sester ani délky jejich praxe na hodnocení pracovního prostředí. Významné rozdíly v hodnocení pracovního prostředí sestry uváděly v závislosti na oddělení, kde pracují. Pro zlepšení pracovních podmínek sester je důležité se zaměřit na oblast týkající se zapojení sester do nemocničních záležitostí.

6 Závěr

Výzkumná studie byla zaměřena na možnosti zlepšení pracovních podmínek sester. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí standardizovaného dotazníku, kdy byla použita „Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče/ Practice environment scale of the nursing work index (Lake, 2002)“. Záměrem výzkumné studie bylo zjistit, v jakých oblastech je možné zlepšit pracovní podmínky sester. V rámci kvantitativního výzkumného šetření byly stanoveny dva cíle a čtyři hypotézy. Prvním stanoveným cílem bylo vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester. Druhým stanoveným cílem bylo popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester.

První stanovenou hypotézou bylo, zda existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na délce jejich praxe. Tato hypotéza nebyla potvrzena ($p = 0,344$). Druhou stanovenou hypotézou bylo, zda existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na typu oddělení, kde sestry pracují. Daná hypotéza byla potvrzena. Statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovního prostředí byl potvrzen v dimenzi Materiálních a lidských zdrojů ($p = 0,010$) a v dimenzi Pracovní vztah lékař–sestra ($p = 0,017$). Dimenzi Materiálních a lidských zdrojů hodnotily sestry nejlépe z interních oddělení (průměrné skóre 2,7) a dimenzi Pracovní vztah lékař – sestra také hodnotily nejlépe sestry z interních oddělení (průměrné skóre 3,1). Třetí stanovenou hypotézou bylo, zda existují významné rozdíly v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na věku sester. Třetí hypotéza nebyla potvrzena ($p = 0,251$). V žádné z dimenzí pracovního prostředí nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení pracovních podmínek sestrami v závislosti na jejich věku. Čtvrtou stanovenou hypotézou bylo, zda nejčastěji uváděnou oblastí pracovního prostředí, kde by sestry uvítaly zlepšení, je oblast vedení a podpory od vedoucích sester. Ani tato hypotéza nebyla potvrzena, protože skóre v dimenzi „Schopnosti vedoucích sester“ (2,8) nebylo statisticky významně nižší než v ostatních dimenzích.

Výzkumná studie nepotvrdila, že významný vliv na hodnocení pracovního prostředí sestrami má jejich věk a délka praxe. Statistické rozdíly v hodnocení pracovního prostředí sestry uváděly v závislosti na oddělení, kde pracují. Výzkumné šetření odhalilo, že významný problém je v dimenzi Zapojení sester do nemocničních záležitostí. Tato oblast by měla být více prozkoumána.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu byla stanovena tato doporučení pro vedení nemocnic, jejichž cílem je zlepšení pracovního prostředí sester:

- Ke zlepšení pracovního prostředí přispěje, když sestry budou mít možnost participace na rozhodování v nemocnici.
- Zvýšit schopnosti managementu nemocnice, věnovat pozornost zaměstnancům a adekvátně reagovat na jejich podněty.
- Zajištění vhodného používání ošetrovatelských diagnóz při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta.
- Soustředit se na podporu a uznání sester za kvalitně vykonanou práci.
- Zajištění dostatečného počtu personálu pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče.

7 Seznam literatury

1. AHLSTEDT, C., LINDVALL, C., HOLMSTROM, I., MUNTILIN, A., 2020. Flourishing at work: Nurses' motivation through daily communication – An ethnographic approach. *Nurs Health Sci.* 22(4): 1169–1176. DOI: 10.1111/nhs.12789
2. AIKEN, L., SLOANE, D., BRUYNEEL, L., HEEDE, K., GRIFFITHS, P., BUSSE, R., DIOMIDOUS, M., KINNUNEN, J., KÓZKA, M., LESAFFRE, E., MCHUGH, M., MORENO-CASBAS, M., RAFFERTY, A., SCHWENDIMANN, R., SCOTT, A., TISHELMAN, C., ACHTERBERG, T., SERMEUS, W., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 24; 383(9931): 1824–1830. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
3. AL-GHRAIYBAH, T., SIM, J., LAGO, L., 2021. The relationship between the nursing practice environment and five nursing-sensitive patient outcomes in acute care hospitals: A systematic review. *Nurs Open.* 8(5): 2262–2271. DOI: 10.1002/nop2.828.
4. ALREFAEI, M., HAMOUDA, G., FELEMBAN, O., 2022. The Relationship Between Nursing Practice Environment and Innovative Behavior in the Al-Madinah Region, Saudi Arabia: A Descriptive Study. *Cureus.* 14(11): e31603. DOI: 10.7759/cureus.31603.
5. BAMBI, S., FOÀ, CH., FELIPPIS, CH., LUCCHINI, A., GUAZZINI, A., RASERO, L., 2018. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed.* 89(Suppl 6): 51–79. DOI: 10.23750/abm.v89i6-S.7461
6. BANERJEE, S., C., MANNA, R., COYLE, N., PENN, S., GALLEGOS, T., S., ZAIDER, T., KRUEGER, C., A., BIALER, P., BYLUND, C., PARKEROVÁ, P., 2017. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine* 7 (3): 615–623. DOI: 10.1007/s13142-017-0473-5.
7. BARTŮŇEK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

8. BEDNÁŘ, V. et al., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4211-3.
9. BECKETT, C., ZADVINSKIS, I., DEAN, J., ISELER, J., POWELL, J., BUCK-MAXWELL, B., 2021. An Integrative Review of Team Nursing and Delegation: Implications for Nurse Staffing during COVID-19. *Worldviews Evid Based Nurs.* 18(4):251-260. DOI: 10.1111/wvn.12523.
10. BLAŽEK, L., 2014. *Management: Organizování, rozhodování, ovlivňování. 2. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4429-2.
11. BURDA, P. a ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
12. BUTLER, M., SCHULTZ, T., HALLIGAN, P., SHERIDANOVÁ, A., KINSMANOVÁ, L., ROTTER, T., BEAUMIER, J., KELLY, R., DRENNAN, J., 2019. Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Library.* 4(4): CD007019. DOI: 10.1002/14651858.CD007019.pub3
13. CARTHON, M., B., BROM, H., NIKPOUR, J., TODD, B., AIKEN, L., POGHOSYAN, L., 2022. Supportive Practice Environments Are Associated With Higher Quality Ratings Among Nurse Practitioners Working in Underserved Areas. *J Nurs Regul.* 13(1): 5–12. DOI: 10.1016/s2155-8256(22)00028-x.
14. ČELEDOVÁ, L. et al., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.
15. DEHGHANI, K., NASIRIANI, K., SALIMI, T., 2016. Requirements for nurse supervisor training: A qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 21(1):63-70. DOI: 10.4103/1735-9066.174760.
16. D'ETTORRE, G., PELLICANI, V., CAROLI, A., GRECO, M., 2020. Shift work sleep disorder and job stress in shift nurses: implications for preventive interventions. *La Medicina del Lavoro.* 111(3):195-202. DOI: 10.23749/mdl.v111i3.9197.
17. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 978-80-247-5706-3.
18. ELMI, S., HASSANKHANI, H., ABDOLLAHZADEH, F., ASGHARI, M., ABADI, J., SCOTT, J., NAHAMIN, M., 2017. Validity and Reliability of the Persian Practice Environment Scale of Nursing Work Index. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 22(2): 106–111. DOI: 10.4103/1735-9066.205953.

19. ELSOUS, A., RADWAN, M., MOHSEN, S., 2017. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract.* 2017: 7406278. DOI: 10.1155/2017/7406278.
20. EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2018. The ESR Audit Tool (Esperanto): genesis, contents and pilot. *Insights Imaging* 9(6):899-903. DOI: 10.1007/s13244-018-0651-0
21. FU, CH., OU, J., CHEN, X., WANG, M., 2021. Potential effects of the nursing work environment on the work-family conflict in operating room nurses. *World J Clin Cases.* 9(26): 7738–7749. DOI: 10.12998/wjcc.v9.i26.7738.
22. FUKADA, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med.* 61(1): 1–7. DOI: 10.33160/yam.2018.03.001.
23. GEA-CABALLERO, V., JUÁREZ-VELA, R., DÍAZ-HERRERA, M., MÁRMOL-LÓPEZ, M., BLAZQUEZ, R., MARTÍNEZ-RIERA, J., 2019. Development of a short questionnaire based on the Practice Environment Scale-Nursing Work Index in primary health care. *PeerJ.* 7: e7369. DOI: 10.7717/peerj.7369.
24. GONZÁLEZ-GARCÍA, A., PINTO-CARRAL, A., PÉREZ-GONZÁLEZ, S., MARQUÉS-SÁNCHEZ, P., 2021. Nurse managers' competencies: A scoping review. *J Nurs Manag.* 29(6):1410-1419. DOI: 10.1111/jonm.13380.
25. GREENBERG, M., 2019. *Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty: Cesta k odolnější a vyrovnanější mysli.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2584-5.
26. GROCHOWSKA, A., GRAWRONOVÁ, A., BODYS-CUPAK, I., 2022. Stress-Inducing Factors vs. the Risk of Occupational Burnout in the Work of Nurses and Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 19(9):5539. DOI: 10.3390/ijerph19095539
27. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0583-1.
28. HALTER, M. BOIKO, O., PELONE, F., BEIGHTON, C., HARRIS, R., GALE, J., GOURLAY, S., DRENNAN, V., 2017. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services.* 17(1):824 DOI: 10.1186/s12913-017-2707-0.
29. HAMMERSCHMIDT, J. A MANSER, T., 2019. Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: a cross-sectional

- mixed-methods study. *BMC Health Services Research*. 19 (1): 547
DOI: 10.1186/s12913-019-4347-z.
30. HEIJDEN, B., BROWN MAHONEY, CH., XU, Y., 2019. Impact of Job Demands and Resources on Nurses' Burnout and Occupational Turnover Intention Towards an Age-Moderated Mediation Model for the Nursing Profession. *Int J Environ Res Public Health*. 16 (11) :2011. DOI: 10.3390/ijerph16112011.
31. HOLEŠINSKÁ, A., 2022. *Destinační management: Jak rozvíjet destinaci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3218-8.
32. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0063-7.
33. CHEUNG, K., CHING, S., CHENG, S., MAN HO, S., 2019. Prevalence and impact of clinical violence towards nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 9(5): e027385. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027385.
34. JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4295-3.
35. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče (pes-nwi-cz)*. Překlad české verze dotazníku PES-NWI. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/pracovni-prostredi-spoluprace-kompetence/pes-nwi-cz.pdf>.
36. JEDWAB, R., HUTCHINSON, A., MANIAS, E., CALVO, R., DOBROFF, N., GLOZIER, N., REDLEY, B., 2021. Nurse Motivation, Engagement and Well-Being before an Electronic Medical Record System Implementation: A Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(5): 2726. DOI:10.3390/ijerph18052726
37. KALINA, K. et al, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
38. KEBZA, V., et al., 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3657-3.
39. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.

40. KHAMISA, N., OLDENBURG, B., PELTZERA, K., ILIČ, D., 2015. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*. 12(1): 652–666. DOI:10.3390/ijerph120100652
41. KHOSROWABADII, R., 2018. Stress and Perception of Emotional Stimuli: Long-term Stress Rewiring the Brain. *Basic Clin Neurosci*. 9(2): 107–120. DOI: 10.29252/NIRP.BCN.9.2.107.
42. KOŁCZ, A., GŁÓWKA, N., KOWAL, M., PAPROCKA-BOROWICZ, M., 2019. Baropodometric evaluation of foot load distribution during gait in the group of professionally active nurses. *Journal of Occupational Health*. 62(1): e12102 . DOI: 10.1002/1348-9585.12102.
43. KOŽINOVÁ, D., 2022. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3413-7.
44. KUBÍČKOVÁ, L., RAIS, K., 2012. *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4564-0.
45. LAKE, E., 2002. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 25(3):176-188. ISSN 0160- 6891. DOI: 10.1002/nur. 10032.
46. LASATER, K., AIKEN, L., SLOANE, D., FRENCH, R., MARTIN, B., RENEAU, K., ALEXANDR, M., MCHUGH, M., 2021. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Qual Saf*. 30(8):639-647. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011512.
47. LAVOIE-TREMBLAY, M., GÉLINAS, C., AUBÉ, T., TCHOUAKET, E., TREMBLAY, D., GAGNON, P., COTE, J., 2022. Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Wiley Public Health Emergency Collection*. 30(1): 33–43. DOI: 10.1111/jonm.13462.
48. LEHRHAUPTOVÁ, L., MEIBERTOVÁ, P., 2020. *Zbavte se stresu pomocí všímavosti: Program na osm týdnů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2121-7.
49. LIANG, H., Y., TANG, F., I., WANG, T., F., YU, S., 2020. Evaluation of Nurse Practitioners' Professional Competence and Comparison of Assessments Using Multiple Methods: Self-Assessment, Peer Assessment, and Supervisor Assessment. *Asian nursing research*. 15(1):30-36. DOI: 10.1016/j.anr.2020.10.004.

50. LIAW, S., Y, OOI, S., RUSLI, K., LAU, T., WAI SAN TAM, W., LING CHUA, W., 2020. Nurse-Physician Communication Team Training in Virtual Reality Versus Live Simulations: Randomized Controlled Trial on Team Communication and Teamwork Attitudes. *Journal of Medical Internet Research*. 22(4): e17279. DOI: 10.2196/17279
51. LÓPEZ-IBORT, N., GIL-LACRUZ, A., NAVARRO-ELOLA, L., PASTOR-TEJEDOR, A., PASTOR-TEJEDOR, J., 2022. Positive Psychology: Supervisor Leadership in Organizational Citizenship Behaviors in Nurses. *Healthcare (Basel)*. 10(6):1043. DOI: 10.3390/healthcare10061043.
52. MALINOWSKA-LIPIEŃ, I., MICEK, A., GABRYŚ, T., KÓZKA, M., GAJDA, K., GNIADEK, A., BRZOSTEK, T., FLETCHER, J., SQUIRES, A., 2021. Impact of the Work Environment on Patients' Safety as Perceived by Nurses in Poland—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 18(22): 12057. DOI: 10.3390/ijerph182212057.
53. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory: v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
54. MCHUGH, M., AIKEN, L., SLOANE, D., WINDSOR, C., DOUGLAS, C., YATES, P., 2021. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Elsevier Public Health Emergency Collection*. 397(10288): 1905–1913. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00768-6.
55. MCHUGH, S., LAWTON, R., O'HARA, J., R., SHEARD, L., 2019. Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Qual Saf*. 29(8): 672–683. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009921.
56. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.
57. MEMBRILLO-PILLPE, N., J., ZELADITA-HUAMAN, J., A., JAUREGUI-SORIANO, K., ZEGARRA-CHAPONAN, R., FRANCO-CHALCO, E., SAMILLAN-YNCIO, G., 2023. Association between the Nursing Practice Environment and Safety Perception with Patient Safety Culture during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 20(10): 5909. DOI: 10.3390/ijerph20105909.

58. MOETA, M., RAND, A., 2019. Use of scenarios to explore conflict management practices of nurse unit managers in public hospitals. *Curationis*. 42(1): 1943. DOI: 10.4102/curationis.v42i1.1943
59. MOGHADAM, K., CHEHRZAD, M., MASOULEH, S., MALEKI, M., MARDANI, A., ATHARYAN, S., HARDINGOVÁ, C., 2021. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nursing Open*. 8(4). DOI: 10.1002/nop2.785.
60. MORALES – BURTON, V., LOPEZ - RAMIREZ, S., 2022. Rethinking Healthcare Quality and Prestige: Is This a Manager's Number One Problem? *Front Public Health*. 10:863383. DOI: 10.3389/fpubh.2022.863383.
61. NASERI, S., GHAFOURIFARD, M., GHAHRAMANIAN, A., 2022. The Impact of Work Environment on Nurses' Compassion: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Sage Open Nurs*. 8:23779608221119124. DOI:10.1177/23779608221119124.
62. NENA, E., KATSAOUNI, M., STEIROPOULOS, P., THEODOROU, E., CONSTANTINIDIS, T., TRIPSIANIS, G., 2018. Effect of Shift Work on Sleep, Health, and Quality of Life of Health-care Workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 22(1):29-34. DOI: 10.4103/ijoem.IJOEM_4_18.
63. NURMEKSELA, A., MIKKONEN, S., KINNUNEN, J., KVIST, T., 2021. Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21: 296. DOI: 10.1186/s12913-021-06288-5.
64. OGATA, Y., SASAKI, M., YUMOTO, Y., YONEKURA, Y., NAGANO, M., KANDA, K., 2018. Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. *Nursing Open*. 5(3), 362–369. DOI: 10.1002/nop2.148
65. OGATA, Y., SATO, K., KODAMA, Y., MORIOKA, N., TAKETOMI, K., YONEKURA, Y., KATSIYAMA, K., TANAKA, S., NAGANO, M., ITO, Y., KANDA, K., WENS-J PROJECT TEAM, 2021. Work environment for hospital nurses in Japan: The relationships between nurses' perceptions of their work environment and nursing outcomes. *Nurs Open*. 8(5): 2470–2487. DOI: 10.1002/nop2.762.

66. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnícké praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1728-4.
67. PAŁASZEWSKA-TKACZ, A., CZERCZAK, S., KONIECZKO, K., KUPCZEWSKA- DOBECKA, M., 2019. Cytostatics as hazardous chemicals in healthcare workers' environment. *Int J Occup Med Environ Health*. 32(2):141-159. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01248.
68. PILLAY, S., HOFFMAN, D., PARRIS, P., 2022. Audit of emergency airway drugs and equipment at a Johannesburg hospital. *Afr J Emerg Med*. 12(4):406-409. DOI: 10.1016/j.afjem.2022.08.002. Epub 2022 Sep 15.
69. PIRES, B., OLIVEIRA, L., SIQUEIRA, C., FELDMAN, L., OLIVEIRA, R., CASPARINO, R., 2018. Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. *Einstein journal* 16 (4): eAO4322, DOI: 10.31744/einstein_journal/2018AO4322
70. PLAMÍNEK, J., 2012. *Komunikace a prezentace*. Praha: Grada. 2. Vydání. ISBN 978- 80-247- 4484-1.
71. PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení, stres*. Praha: Grada. 3. Vydání. ISBN 978-80-247-4751-4.
72. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Grada. 2. Vydání. ISBN: 978- 80-271-0889-3.
73. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
74. PRAŠKO, J. a PEŠEK, R., 2016. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
75. PROCHÁZKA, R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3
76. RADOSZ-KNAWA, Z., KAMINSKA, A., MALINOWSKA-LIPIEN, I., BRZOSTEK, T., GNIADEK, A., 2022. Factors Influencing the Rationing of Nursing Care in Selected Polish Hospitals. *Healthcare (Basel)*. 10(11): 2190. DOI: 10.3390/healthcare10112190.
77. RESPICIO, A., MOZ, M., PATO, M., SOMENSI, R., FLORES, C., 2018. A computational application for multi-skill nurse staffing in hospital units. *BMC Med Inform Decis Mak*. 18(1):53.DOI: 10.1186/s12911-018-0638-2.

78. RODZIEWICZ, T., HOUSEMAN, B., HIPSKIND, J., 2022. Medical Error Reduction and Prevention. *Medical Principles and Practice*. 22(5) PMID: 29763131.
79. ROSE, N. a PANG, D., S., J., 2021. A practical guide to implementing clinical audit. *Canadian Veterinary Journal*. 62(2): 145–152. PMID: 33542553
80. ROSEN, M., DIAZGRANADOS, D., S. DIETZ, A., E. BENISHEK, L., THOMPSON, D., J. PRONOVOST, P., J. WEAVER, S., 2018. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am psychol Journal* 73(4): 433-450. DOI:10.1037/amp0000298.
81. ROSS, A., YANG, L., WEHRLIN, L., PEREZ, A., FARMER, N., BEVANS, M., 2019. Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *Journal of nursing management*. 27(3): 599–608.—DOI: 10.1111/jonm.12718.
82. ROTH, C., WENSING, M., BRECKNER, A., MAHLER, C., KRUG, K., BERGER, S., 2022. Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nurs*. 23;21(1):48. DOI: 10.1186/s12912-022-00822-4.
83. SANDSOVÁ, M. a AUNGER, R., 2020. Determinants of hand hygiene compliance among nurses in US hospitals: A formative research study. *Plos one*. 15(4): e0230573. DOI: 10.1371/journal.pone.0230573.
84. SEÇER, S., KARACA, A., 2021. Evaluation of Nurses' Perceptions of Nursing Diagnoses and Their Opinions Regarding the Application of Nursing Process. *Florence Nightingale J Nurs*. 29(2): 229–238. DOI:10.5152/FNJN.2021.20034.
85. SHANG, J., NEEDLEMAN, J., LIU, J., LARSON, E., W STONE, P., 2019. Nurse Staffing and Healthcare Associated Infection, Unit-level Analysis. *The Journal of Nursing administration*. 49(5): 260–265. DOI:10.1097/NNA.0000000000000748.
86. SIHVOLA, S., KVIST, T., NURMEKSELA, A., 2022. Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Nurs Manag*. DOI: 10.1111/jonm.13640.
87. SKELA-SAVIČ, B., SERMEUS, W., DELLO, S., SQUIRES, A., BAHUN, M., LOBE, B., 2023. How nurses' job characteristics affect their self-assessed work environment in hospitals— Slovenian use of the practice environment scale

- of the nursing work index. *BMC Nurs.* 22: 100. DOI: 10.1186/s12912-023-012615.
88. SMORKROVIC, E., KIZIVAT, T., BAJAN, A., ŠOLIC, K., GVOZDANOVIC, Z., FARČIC, N., ŽVANUT, B., 2022. A Conceptual Model of Nurses' Turnover Intention. *Int J Environ Res Public Health.* 19(13):8205. Doi:10.3390/ijerph19138205.
89. STURM, H., A RIEGER, M., MARTUS, P., UEDING, E., WAGNER, A., HOLDERRIED, M., MASCHMANN, J., WORKSAFEMED, K., 2019. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *Plos One.* 14(1):e0209487. DOI: 10.1371/journal.pone.0209487.
90. SVOBODOVÁ, D., 2015. *Profesní poradenství: Vybrané kapitoly.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5092-7.
91. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
92. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.
93. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0470-3.
94. TAWFIK, D. et al., 2017. Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience. *HHS Author Manuscripts .* 44(3): 541–552. DOI: 10.1016/j.clp.2017.04.004
95. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
96. TOMPA, A., BIRO, A., JAKAB, M., 2016. Genotoxic Monitoring of Nurses Handling Cytotoxic Drugs. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 3(4): 365–369. DOI:10.4103/2347-5625.196484
97. TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R. et al., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2197-7.
98. VÁCHAL, J., VOCHOZKA, M. et al. 2013. *Podnikové řízení.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4642-5.

99. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
100. VÉVODA, J. et al., 2013 *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
101. VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5775-9.
102. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné: Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
103. WAGNER, A., RIEGER, M., MANSER, T., STURM, H., HARDT, J., MARTUS, P., LESSING, C., HAMMER, A., CONSORTIUM, W., 2019. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC Health Services*. 19 (1): 53. DOI: 10.1186/s12913-018-3862-7
104. XU, H., XUE, M., TAKASHI, E., KITAYAMA, A., ZHU, P., LIU, Y., 2023. Exploring the relationship between lateral violence and nursing professionalism through the mediating effect of professional identity: A cross-sectional questionnaire study. *Nurs Open*. 10(5): 3113–3121. DOI:10.1002/nop2.1561.
105. YANG, Y., HATANAKA, K., TAKAHASHI, K., SHIMIZU, Y., 2023. Working Conditions Among Chinese Nurses Employed in Japan: A Cross-Sectional Survey-Based Study. *Sage Open Nurs*. 9: 23779608231169382. DOI:10.1177/23779608231169382.
106. YARIBEYGI, H., PANAHI, Y., SAHRAEI, H., JOHNSTON, T., SAHEBKAR, A., 2017. The impact of stress on body function: A review. *Excli Journal*. 16: 1057–1072. DOI: 10.17179/excli2017-480.
107. YU, Z., KONG, D., LI, Y., ZHANG, J., GUO, A., XIE, Q., GAO, F., LUAN, X., ZHUANG, X., DU, CH., LIU, J., 2023. Psychological workplace violence and its influence on professional commitment among nursing interns in China: A multicenter cross-sectional study. *Front Public Health*. 11: 1148105. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1148105.
108. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-0156-6.

109. ZHANG, X., YINGQIAN, P., JIANG, T., DING, N., SHI, T., 2020. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses. *Medicine*. 99 (26): e20992. DOI: 10.1097/MD.00000000000020992.
110. ZUCKER, I., 2020. Is Teamwork Still Possible during a Global Pandemic? *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 319(1): H1–H2. DOI:10.1152/ajpheart.00408.2020.
111. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2275-2.

8 Seznam zkratek

Bc. – Absolvent vysoké školy v bakalářském studijním programu

DiS. – Diplomovaný specialista

doc. – docent

Ing. - Inženýr

JIP – Jednotka intenzivní péče

Mgr. – Absolvent vysoké školy v magisterském studijním programu

Např. - Například

ONP – Oddělení následné péče

PES NWI – Practice environment scale of the nursing work index/ Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče

Ph.D. – Nositel doktorátu

PhDr. – Doktor filozofie

Prof. – Profesor

Sb. – Sbírka

SZŠ – Střední zdravotnická škola

Tzv. -Takzvaně

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

WHO – World Health Organization/Světová zdravotnická organizace

9 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Žádost o schválení výzkumu

Příloha 1 Dotazník

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážená sestro,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. Jmenuji se Lucie Všečeková a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní obor Ošetrovatelství v intenzivní péči. Tento dotazník slouží k výzkumné části mé diplomové práci, jehož cílem je zjistit, v jakých oblastech je možné zlepšit pracovní podmínky sester. Výzkum má přispět k analýze zlepšení pracovních podmínek sester a v konečné fázi by měl vést ke zkvalitnění pracovních podmínek sester. Těmto otázkám bylo dosud věnováno málo pozornosti. Dovolujeme si Vás proto požádat účast ve výzkumu a o odpověď na otázky v tomto dotazníku. Dotazník se skládá z 37 otázek. Dotazník je anonymní a bude použit pouze ke statistickému zpracování, jako výzkumná část mé diplomové práce. Dotazník je určen sestřám pracujícím ve zdravotnickém zařízení.

Děkuji za spolupráci.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně.

Zakroužkujte vždy jen jednu odpověď

STANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

ŠKÁLA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (PES-NWI - CZ), PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI)

V tabulce jsou uvedeny položky (tvrzení). U každé položky, prosím uveďte, do jaké míry souhlasíte s tím, že se týká Vaší současné práce. Označte číslem jednu z možností

na škále: 1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

1	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty	1	2	3	4
2	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	1	2	3	4
3	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	1	2	3	4
4	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	1	2	3	4
5	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	1	2	3	4
6	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách)	1	2	3	4
7	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku	1	2	3	4
8	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami	1	2	3	4
9	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče	1	2	3	4
10	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	1	2	3	4
11	Hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná	1	2	3	4
12	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	1	2	3	4
13	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	1	2	3	4
14	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	1	2	3	4
15	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	1	2	3	4
16	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	1	2	3	4
17	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy)	1	2	3	4

18	V nemocnici je jasná filozofie ošetrovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	1	2	3	4
19	Spolupracuji se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	1	2	3	4
20	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem	1	2	3	4
21	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	2	3	4
22	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	1	2	3	4
23	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny)	1	2	3	4
24	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	1	2	3	4
25	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	1	2	3	4
26	Ošetrovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetrovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupem medicínském	1	2	3	4
27	Sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	1	2	3	4
28	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	1	2	3	4
29	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetrovatelské péče	1	2	3	4
30	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně)	1	2	3	4
31	Sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty	1	2	3	4

© Eileen T. Lake 2002. Used with permission.¹

¹ Zdroj: Eileen T. Lake. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Research in Nursing & Health. 2002;25(3):176-188. Překlad české verze: prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.; Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2017).

NESTANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

32. Pohlaví:

- 1 Muž
- 2 Žena

33. Jaký je Váš věk (uved'te počet let):.....

34. Na kterém oddělení v této nemocnici převážně pracujete? Označte 1 z možností.

Pro účely této studie označte to pracoviště nemocnice, kde trávíte většinu času své pracovní doby anebo kde poskytujete nejvíce ošetrovatelských služeb

- 1 Anesteziologicko – resuscitační oddělení
- 2 Gynekologicko – porodnické oddělení
- 3 Chirurgie
- 4 Infekční oddělení
- 5 Interní oddělení
- 6 Neurologie
- 7 Oddělení intenzivní péče (jakéhokoli typu)
- 8 Oddělení následné péče/Léčebně dlouhodobě nemocných
- 9 Ortopedie
- 10 Pediatrie nebo novorozenecké oddělení
- 11 Psychiatrie
- 12 Rehabilitace
- 13 Urologie
- 14 Jiné (prosím specifikujte jaké).....

35. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- 1 Středoškolské – SZŠ
- 2 Vyšší odborné – VOŠ – Dis.
- 3 Vysokoškolské – VŠ – Bc.
- 4 Vysokoškolské – VŠ – Mgr.

36. Máte specializační vzdělání?

- 1 Ano
- 2 Ne

37. Jaké je celková délka Vaší ošetrovatelské praxe?

- 1 Méně než 1 rok
- 2 1 – 5 let

- 3 6 – 10 let
- 4 11 - 15 let
- 5 16 – 20 let
- 6 21 a více let

VAŠE PŘIPOMÍNKY

Prosím napište Vaše případné komentáře, připomínky, názory k výše uvedeným
otázkám.

Příloha 2 Žádost o schválení výzkumu

██
██
██
██

Žádost o povolení výzkumu

Bc. Lucie Všeťečková

██
██
██
██

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Lucie Všeťečková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Ošetřovatelství v intenzivní péči, studijního programu Specializace v ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pracuji na diplomové práci s názvem „Možnosti zlepšení pracovních podmínek sester“. Předmětem výzkumu je zjistit, v jakých oblastech je možné zlepšit pracovní podmínky sester. Technika sběru dat je formou dotazníkového šetření. Dotazníky jsou určené pro sestry.

V rámci diplomové práce jsem si stanovila dva cíle:

- Vyhodnotit pracovní prostředí z pohledu směnných sester.
- Popsat možnosti zlepšení pracovních podmínek sester.

Ráda bych Vás požádala o souhlas s prováděním výzkumu ve Vaší v nemocnici. Název Vaší nemocnice nebude v diplomové práci uveden a výsledky budou zpracovány souhrnně za všechny zapojené nemocnice

Součástí příloh je dotazník pro sestry.

Předem Vám děkuji za laskavé posouzení mé žádosti.

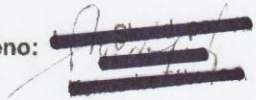
V Táboře dne 11. 05. 2023

S pozdravem Lucie Všeťečková

Vyjádření kompetentní osoby

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

A handwritten signature is present, but it has been completely obscured by three thick black horizontal bars.

