

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Faktory nespokojenosti sester a jejich vliv na kvalitu péče na  
kardiochirurgickém oddělení**  
Diplomová práce

Vedoucí práce  
PhDr. Věra Stasková

Autor  
Bc. Zuzana Eretová

2011

## **Factors of discontent among nurses and their impact on care quality at a cardiac surgery department**

Occupation of a general nurse belongs to demanding jobs in terms of professional preparation and performance. A nurse is expected to cope with professional activity, working with modern technology, administrative work, to bear the physical and mental load of her profession, to be able to influence and direct patients' feelings and behaviour and finally to be able to cope with professional as well as family problems she is faced to. All this is often dealt with in continuous operation on shift basis at various specialized workplaces. Questions how nurses working at a cardiac surgery department are satisfied or dissatisfied at their jobs, how the work experience length affects their satisfaction, whether possible discontent among nurses may affect quality of the nursing services provided by them and how the hospital management reduces the factors of discontent, became the subject of my thesis.

The research was performed at the Institute for Clinical and Experimental Medicine in Prague. This cardiac surgery clinic is the largest workplace with the longest tradition in the Czech Republic.

Quantitative as well as qualitative research methods were used for data collection when mapping the problems in question. The quantitative part involved a questionnaire both, for general nurses working at the cardiac surgery department, aimed at investigation into the discontent factors involved in their occupation, and for the patients undertaking treatment at the cardiac surgery department, to examine their satisfaction with the nursing care. Analysis of the collected data was then performed. An interview with representatives of the hospital line, middle and top managements was the instrument of the qualitative research. It was focused on the question how they proceed in elimination or reduction the discontent factors.

The following facts were found out by the quantitative research. Increased physical and mental load, non-cooperating patients and care about more patients at the same time, extensive administration related to patient care, insufficient remuneration, lack of communication from doctors and superiors, lack of auxiliary staff,

projection of occupation to private life or the problem of sleeping after a night shift are the most frequent discontent factors. Despite the above negative factors nurses are satisfied with their jobs regardless the length of experience. The identified factors of discontent do not affect quality of the care provided by the nurses.

The qualitative research results show that personal talks, active interviews and direct communication from the staff are the most frequent methods the management uses to map staff satisfaction. The top management representative is able to work herself on elimination or reduction of the discovered factors of discontent within her competences, which happens most often. She may also cooperate with the chief nurses or ward sisters. Unless she is able to solve a problem, it is passed to the authorized persons competent to deal with it (health care manager, social-legal department, HR department). The hospital director is also informed on the most serious cases. The management hardly ever cooperates with physicians on elimination or reduction of the discontent factors. The employees are informed by the top management representative about the problem solution methods in a personal talk. Representatives of the middle and line managements have the possibility to deal with the situation arisen in relation with the discontent factors themselves within their competences; this procedure is the most frequent. The most important aspect of solving the problem of discontent factors is its subject, which affects the solution method, whether it is to be dealt with by an individual or the whole team. The line management (ward sisters) and the middle management (chief nurses) may cooperate or they may also pass the problem to the main nurse. They inform the head physicians or the ward chief consultant on serious problems. The course of the problem solution is communicated to the employees by the ward sisters or chief nurses personally, orally.

The goals of the thesis have been met, the set hypotheses have been refuted, and the research questions have been answered. Representatives of the line, middle and top managements showed their interest in the research results already during the research interviews.

Proposals for activities leading to removal of the discovered negative factors have been formulated as the output of this thesis.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Faktory nespokojenosti sester a jejich vliv na kvalitu péče na kardiokirurgickém oddělení“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází Theses. cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 18. 8. 2011

.....

Podpis studenta

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Věře Staskové za vedení, cenné rady a připomínky během tvorby diplomové práce. Velký dík si také zaslouží všeobecné sestry z kardiologického oddělení, jejich vrchní a staniční sestry, manažerka ošetrovatelské péče a také pacienti kardiologického oddělení, bez jejichž přispění by práce nemohla vzniknout.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>3</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 HISTORIE KARDIOCHIRURGIE VE SVĚTĚ A V ČESKÉ REPUBLICE .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 <i>Současnost české kardiologie</i> .....	7
1.1.2 <i>Současnost české kardiologie v IKEM</i> .....	8
<b>1.2 OŠETŘOVATELSTVÍ – DŮLEŽITÁ SOUČÁST SYSTÉMU V PÉČI O PACIENTA...11</b>	<b>11</b>
1.2.1 <i>Profesionální ošetřovatelství</i> .....	12
1.2.2 <i>Role sestry v moderním ošetřovatelství</i> .....	13
1.2.3 <i>Profesionální výkonnost sestry</i> .....	14
<b>1.3 POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA KARDIOCHIRURGICKÉM</b>	
<b>ODDĚLENÍ .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 <i>Standardní ošetrovací jednotka</i> .....	15
1.3.2 <i>Resuscitační oddělení a JIP</i> .....	17
<b>1.4 SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY NA KARDIOCHIRURGICKÉM</b>	
<b>ODDĚLENÍ.....</b>	<b>20</b>
1.4.1 <i>Předoperační péče</i> .....	20
1.4.2 <i>Resuscitační pooperační péče</i> .....	22
1.4.3 <i>Pooperační péče na JIP</i> .....	24
<b>1.5 PRACOVNÍ SPOKOJENOST A JEJÍ FAKTORY .....</b>	<b>26</b>
1.5.1 <i>Pracovní prostředí ve zdravotnictví</i> .....	26
1.5.2 <i>Pracovní spokojenost</i> .....	27
1.5.3 <i>Vnitřní a vnější faktory ovlivňující pracovní spokojenost</i> .....	30
1.5.3.1 <i>Vnitřní faktory ovlivňující pracovní spokojenost</i> .....	30
1.5.3.2 <i>Vnější faktory ovlivňující pracovní spokojenost</i> .....	31
1.5.3.3 <i>Podíl MNG na ovlivňování pracovní spokojenosti zaměstnanců</i> .....	35
<b>1.6 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE .....</b>	<b>38</b>
1.6.1 <i>Metodika „Kvalita očima pacientů“</i> .....	41
<b>2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>43</b>
<b>2.1 CÍLE PRÁCE KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>43</b>
<b>2.2 PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>43</b>
<b>2.3 CÍL PRÁCE KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>43</b>
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 METODA SBĚRU DAT .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....</b>	<b>45</b>

<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Kvantitativní výzkum – dotazníky všeobecné sestry .....</b>	<b>46</b>
4.1.1 <i>Popisné charakteristiky.....</i>	46
4.1.2 <i>Spokojenost sester na jednotlivých odděleních .....</i>	49
4.1.3 <i>Faktory nespokojenosti – celkové vyhodnocení .....</i>	51
4.1.4 <i>Faktory nespokojenosti na jednotlivých odděleních.....</i>	66
4.1.5 <i>Faktory ovlivňující spokojenost v zaměstnání.....</i>	69
<b>4.2 Kvantitativní výzkum – dotazníky pacienti.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3 Statistická analýza – testování hypotéz .....</b>	<b>75</b>
<b>4.4 Kvalitativní výzkum – rozhovory se zástupci MNG.....</b>	<b>79</b>
4.4.1 <i>Vyhodnocení dat získaných z rozhovorů .....</i>	85
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>92</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>104</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>107</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>114</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>115</b>
<b>9.1 Seznam příloh .....</b>	<b>115</b>

## Úvod

Současná česká kardiologie je medicínský obor, který v uplynulých letech prošel velmi dynamickým rozvojem a to nejen z hlediska počtu prováděných operací, ale také z hlediska spektra a složitosti kardiologických výkonů a následné náročné ošetrovatelské péče o pacienty po těchto výkonech. Právě díky tomuto mimořádnému rozmachu se Česká republika řadí mezi nejvyspělejší státy v Evropě. V současné době jsou kardiologické operace standardním a bezpečným způsobem léčby srdečních onemocnění a každoročně tato léčba navrácí několik set tisíc lidí do plnohodnotného života.

Ale žádný medicínský zásah, ani bezchybně provedený kardiologický výkon, by neměl žádoucí výsledky bez kvalitní ošetrovatelské péče. Tato péče je zajišťována sestrami, které ve spolupráci s ostatními nelékařskými profesemi tráví s nemocnými nejvíce času. Pacient po kardiologickém výkonu očekává oporu nejen fyzickou, ale i psychickou a sociální, a měl by být přesvědčen o tom, že tým zdravotnických pracovníků je zde v dané době jen pro něho a že pro jeho zdraví vykoná maximum. Povolání všeobecné sestry se řadí k tzv. „pomáhajícím profesím“, u kterých je jednou z náplní práce tuto podporu poskytovat. V souvislosti s rychlým rozvojem medicíny a rozvojem ošetrovatelství jako vědní disciplíny je profese všeobecné sestry z hlediska odborné přípravy a poté samotného výkonu práce, spojeného s vysokou odpovědností a nutností dalšího celoživotního vzdělávání, pokládána za značně zátěžové povolání. A právě z tohoto důvodu je žádoucí, aby byly sestram vyvořeny takové pracovní podmínky, které by jim umožňovaly co největší spokojenost v jejich náročné profesi. V současné době probíhá nebo se chystá ve zdravotnictví mnoho změn, a proto se téma diplomové práce, při kterém jsou zjišťovány faktory nespokojenosti všeobecných sester v zaměstnání a jejich vliv na kvalitu poskytované péče, stává velmi aktuálním. Výzkumné šetření bylo uskutečněno na kardiologické klinice IKEM v Praze, která je největším pracovištěm s nejdelší tradicí v České republice.

Teoretická část práce se zabývá vývojem kardiologie, který nelze opomenout z důvodu uvědomění si změn, kterými tento obor prošel. Práce dále plyne



přechází k ošetrovatelství, které je důležitou součástí systému v péči o pacienta a je zaměřeno na poskytování ošetrovatelské péče v kardiochirurgii a specifika práce všeobecných sester pracujících na různých stanicích kardiochirurgického oddělení. Jak vytvořit přijatelné pracovní podmínky nám přibližuje kapitola o pracovní spokojenosti a jejích faktorech. Slova „spokojená sestra = spokojený pacient“ nám dokládá poslední teoretická část, týkající se kvality zdravotní péče. Praktická část je zaměřena na vlastní vyjádření zkušeností a pocitů sester, týkající se spokojenosti v zaměstnání, vztahů na pracovišti či pozitivních a negativních faktorů, které ovlivňují jejich spokojenost v práci. Také se zde zabýváme zjišťováním míry spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované péče a zda případná nespokojenost sester může ovlivnit kvalitu této péče. Neméně důležité je také šetření, týkající se podílu managementu na ovlivňování pracovní spokojenosti zaměstnanců, které praktickou část uzavírá.

Práce je pro většinu z nás neodmyslitelnou částí života. Každý člověk, bez ohledu na to, kde pracuje, má určitý vztah ke svému zaměstnání. Pro někoho je práce smysluplným naplněním života a pracuje s radostí a nadšením, někdo naopak s nechutí a negativními postoji k práci, a je také možné přicházet do zaměstnání s obavami a se strachem, co nepříjemného pracovní den opět přinese. Pro každého člověka je práce jinak důležitá, ale spokojenost v této oblasti je jistě jednou z jeho nejdůležitějších hodnot.

## 1. Současný stav

### *1.1 Historie kardiochirurgie ve světě a v České republice*

Abychom si přiblížili a uvědomili rozvoj kardiochirurgie, a s ním související náročnou práci na tomto oddělení, je nezbytné poohlédnutí do historie. Fakt, že lidstvo trpí ischemickou chorobou srdeční nejméně 3000 let, nám dokládají zkoumání již na mumiích starého Egypta. Necelých 300 let je prozkoumán syndrom anginy pectoris a dán do spojitosti s uzávěry koronárních tepen. Do druhé poloviny 19. století se lékaři domnívali, že v případě srdce není možná chirurgická léčba. Německý chirurg Dr. Billroth v 80. letech 19. století prohlašoval, „že chirurg, který se pokusí sešít poraněné srdce, navždy ztratí úctu svých kolegů.“ V roce 1896 pak německý chirurg Dr. Rehn úspěšně sešil bodné rány pravé srdeční komory (10, 39, 51).

Možností chirurgické léčby ischemické choroby srdeční se zabýval v roce 1899 francouzský profesor fyziologie Franck, který se domníval, že sympatektomie poskytne nemocnému úlevu od bolesti. První operace pak byla provedena v roce 1916. Umožnit rozvoj kolaterální cirkulace bylo v dalších letech cílem mnoha operačních postupů s různým úspěchem. V roce 1945 doznala rozšíření metoda Dr. Vineberga, při které byla implantována vnitřní hrudní tepna do myokardu levé komory srdeční. Etapa přímé revaskularizace srdečního svalu začíná koncem 50. let 20. století. V roce 1951 dochází k prvnímu použití mimotělního oběhu v klinické praxi Dr. Gibbonem. První publikovaná rekonstrukce věnčité tepny pomocí přímé anastomózy mezi pravou vnitřní hrudní tepnou a pravou věnčitou tepnou byla provedena v roce 1960 Dr. Goetzem. První úspěšný aortokoronární bypasse provedl Dr. Garret v roce 1964. Od května 1967 se k revaskularizaci myokardu začíná rutinně používat žilní štěp z velké safény (10, 39, 51).

Začátky chirurgické léčby chlopenních vad se pojí s diagnózou mitrální stenózy. V roce 1923 Dr. Cutler a Dr. Levin uskutečnili jako první protěti mitrální chlopně přes hrot levé komory srdeční. Dr. Soumar v roce 1925 poprvé provedl roztažení mitrální chlopně prstem přes levé ouško. Dr. Harken a Bailey v roce 1948 provádějí

mitrální komisurotomii zavřenou cestou. V roce 1961 Dr. Starr a Edwards informují o náhradě mitrální chlopně umělou chlopní. V roce 1951 je zkonstruována Dr. Hufnaglem kuličková protéza pro použití u aortální chlopní vady. V 60. letech 19. století dochází k prudkému rozvoji chirurgické léčby těchto vad a objevují se různé typy chlopních náhrad (10, 39, 51).

Od druhé poloviny 19. století se také rozvíjejí operace na hrudní aortě. Do objevení a zavedení mimotělního oběhu se na hrudní aortě mohly provádět pouze jednoduché výkony. V roce 1938 Dr. Gross poprvé podvázal tepennou dučej u dítěte a v roce 1944 Dr. Crafoord jako první provedl resekci u koarktace sestupné hrudní aorty. Výduť vzestupné aorty resekovali v roce 1956 Dr. Cooley a DeBakey. V roce 1966 Dr. Waldhausen zavádí do praxe plastiku koarktace sestupné hrudní aorty. Roku 1968 lékaři Bentall a DeBono nahrazují částí vzestupné aorty kombinovanou protézou s reimplantací koronárních tepen. V 90. letech 19. století je zaveden lékaři ze Stanfordu nový léčebný postup v ošetřování některých onemocnění hrudní aorty, kterým je implantace stentgraftů (10, 39, 51).

V České republice provedl první úspěšnou kardiochirurgickou operaci Dr. Bedrna v Hradci Králové, který v roce 1947 podvázal otevřenou tepennou dučej. Od roku 1951 pak začal realizovat mitrální komisurolyzy. V Brně roku 1965 Dr. Navrátil začíná s implantacemi umělých chlopní. Dr. Lichtenberg v Praze roku 1970 provádí první aortokoronární bypasse žilním štěpem a v roce 1971 zahajuje Dr. Hejhal program koronární chirurgie v dnešním pražském IKEM (18, 19, 39, 54).

Mezi kardiochirurgické výkony řadíme také transplantaci srdce. Techniku ortotopické transplantace srdce vyvinul Dr. Shumway na univerzitě ve Stanfordu a s její pomocí v roce 1964 Dr. Hardy na univerzitě v Mississippi implantoval srdce šimpanze lidskému příjemci. Zvířecí srdce však vyvolalo okamžitou rejekci a pacient několik hodin po operaci zemřel na oběhové selhání. První transplantaci srdce z člověka na člověka provedl roku 1967 Dr. Barnard v Jižní Africe. Pacient však zemřel po 18 dnech na infekci. Během následujícího roku bylo celosvětově provedeno více než 100 srdečních transplantací, avšak s ne velmi příznivými výsledky. A proto se v průběhu 70. let na transplantace srdce soustřeďovalo pouze několik center. Vedoucí úlohu

si udržovala dlouhá léta Stanfordská univerzita pod vedením Dr. Shumwaye. Podstatný krok v rozvoji transplantací poskytl objev nového imunosupresiva Cyklosporinu v roce 1980. Od roku 1981 dochází k prudkému nárůstu počtu transplantací srdce a k výraznému zlepšení krátkodobých i dlouhodobých výsledků. V současnosti se transplantace srdce stala zavedenou léčbou pro nemocné v terminálním stádiu srdečního selhání a ročně se na celém světě provede přibližně 2700 výkonů. Operační úmrtnost se pohybuje od 5 % do 10 %, jednoroční přežívání je 80 až 90 % a pětileté přežívání je asi 75 % (39, 51, 54).

První transplantaci srdce v České republice provedli v roce 1984 prof. Firt a prof. Kočandrle v IKEM v Praze. V současnosti jsou v České republice dvě transplantační centra provádějící transplantace srdce a to IKEM Praha a CKTCH Brno. Tato centra provádějí dohromady ročně přibližně 60 – 70 srdečních transplantací (18, 19, 39).

### *1.1.1 Současnost české kardiologie*

Ve vyspělých zemích světa se ročně provádí 800 – 1200 operací srdce na 1 milion obyvatel. Česká republika nezůstala pozadu. Počet kardiologických oddělení se během posledních patnácti let ze čtyř zvýšil na třináct a počet operací srdce dosahuje až 1200 výkonů na 1 milion obyvatel. Díky tomuto rozvoji se naše země řadí mezi nejvyspělejší státy v Evropě a to nejen počtem operací ale i kvalitou ošetrovatelské péče (39, 51, 54).

Náplň současné kardiologie dospělých tvoří asi v 70 % léčba ischemické choroby srdeční. Druhé místo zaujímají operace srdečních chlopní. Zbývajících 5 –10 % operačních výkonů tvoří chirurgie aorty, vrozené vady u dospělých, transplantace srdce, nádory, výdutě, chirurgická léčba arytmií apod. Roste počet kombinovaných výkonů chlopní a věnčitých cév a zvyšuje se počet pacientů operovaných ve vyšších věkových kategoriích a s mnoha přidruženými chorobami. S vývojem nových metod v invazivní kardiologii je dnes značná část pacientů, dříve indikovaných k chirurgickému řešení, úspěšně léčena kardiology. To platí zejména u ischemické choroby srdeční, kde počet

kardiologických intervencí již několikanásobně převyšuje počet operací. Dochází i k užší spolupráci mezi kardiology a kardiouchirurgy a rozvíjejí se tzv. hybridní procedury, tj. kombinace kardiouchirurgické operace a katetrizačního výkonu. V současné době jsou kardiouchirurgické operace standardním a bezpečným způsobem léčby srdečních onemocnění (39, 51, 54).

### *1.1.2 Současnost české kardiouchirurgie v IKEM*

Klinika kardiiovaskulární chirurgie v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny je největší kardiouchirurgické pracoviště s nejdelší tradicí v České republice. Její výsledky jsou měřitelné s nejvyhlášenějšími klinikami v zahraničí. A protože právě na této klinice probíhalo šetření diplomové práce, rozhodli jsme se ji představit podrobněji.

Klinika kardiiovaskulární chirurgie je ve své činnosti zaměřena na provádění srdečních operací u dospělých včetně transplantací srdce a na rekonstrukce hrudní aorty. Vedoucí místo zde zaujímá chirurgická léčba ischemické choroby srdeční, která představuje asi 50 % všech výkonů. K přímé revaskularizaci myokardu pomocí aortokoronárních bypassů jsou kromě štěpů z žil dolních končetin rutinně používány štěpy z vnitřní hrudní tepny (u 98 % výkonů). Stále více jsou využívány i ostatní tepny, zejména loketní. Klinika je vedoucím členem v mezinárodní randomizované prospektivní studii hodnotící přínos tepenných štěpů. Odběry žil z dolních končetin jsou prováděny v co největší míře endoskopicky. Cílem je lepší kosmetický efekt a snížení nepříjemných pocitů po operaci (18, 19, 20).

V současné době je prováděno asi 15 % výkonů přímo na bijícím srdci bez mimotělního oběhu. Provádí se zde také operace komplikací ischemické choroby srdeční, např. poinfarktových perforací mezikomorové přepážky a výdutí levé komory srdeční. Pracoviště provádí také chirurgické výkony pro vrozené vady u dospělých, z nichž nejčastější je defekt septa síní. Stále více se operují nemocní ve vyšším věku a s rizikovými faktory jako například ejekční frakcí srdce pod 20 – 30 %, s pokročilou aterosklerózou, s chronickou renální insuficiencí v dialyzačním programu, s hepatálním

postižením, těžkým plicním postižením či diabetem s mnohočetnými komplikacemi, které ještě nedávno provedení operace znemožňovaly (18, 19, 20).

Chirurgická léčba získaných chlopních vad spočívá jak v přímých náhradách chlopní, tak v jejich plastikách. A právě u výkonů na chlopních se ještě více než u operací pro ischemickou chorobu srdeční projevuje zaměření indikací na komplikovanější nemocné. Značná pozornost je v současné době věnována mitrálním vadám. Zde převládá snaha o plastickou úpravu vlastní chlopně a o zachování závěsného aparátu při nutnosti náhrady. Pro operace aortálních chlopní jsou přínosem nové chlopní náhrady s lepšími hemodynamickými vlastnostmi, které umožňují lepší život nemocného dlouhodobě po operaci. Velmi důležitým průlomem v náhradách aortálních chlopní je zahájení programu perkutánních katéetrových náhrad. Tyto výkony byly v Kardiocentru provedeny jako první v České republice (18, 19, 20).

Rekonstrukce velkých cév zahrnuje zákroky pro výdutě, disekce a traumata hrudní aorty. Byla zavedena řada nových postupů jako kanylace tepenného systému přes arterii axillaris, metoda zástavy oběhu v hluboké hypotermii, antegrádní perfuze tepen zásobujících mozek a další. To umožňuje mimo jiné i zákroky v oblasti aortálního oblouku. Provedená rekonstrukce může být kompletnější s dopadem především na dlouhodobou prognózu nemocných (18, 19, 20).

Na klinice byl v roce 2003 spuštěn program „umělého srdce“, přesněji mechanické srdeční podpory. Příjemci mechanické srdeční podpory jsou kandidáti na transplantaci srdce v době, kdy srdce právě není k dispozici. Při léčbě se používají přístroje Thoratec VAD, Thoratec HeartMate II (tyto přístroje jsou v současné době nejpoužívanějšími) a Levitronix CentriMag. Dosavadní výsledky jsou zejména s ohledem na stav pacientů před implantací, velmi potěšující. Jak uvádí prof. Pirk, „prakticky jistá smrt se změnila ve slušnou naději nejenom na přežití, ale i na kvalitní život (19).“ Klinika zaujímá prioritní místo v chirurgické léčbě poruch srdečního rytmu. Tato oblast se týká zejména léčení komorových tachyarytmií u nemocných po infarktu myokardu, a operací pro fibrilace síní, tzv. MAZE operace. Při těchto výkonech je k destrukci vodivé tkáně používána radiofrekvenční energie a hluboké mrazení tkání.

Tradiční je dlouhodobá spolupráce s Kardiologickou klinikou na implantacích kardiostimulátorů, tzv. pacemakerů nebo defibrilátorů (18, 19, 20).

V roce 2003 byla na klinice provedena pětistá transplantace srdce. Pět až deset let po transplantaci žije 40 % nemocných. V současné době provádí klinika kolem 30 - 40 transplantací srdce ročně. V roce 2007 byla na klinice provedena první kombinovaná transplantace srdce a plic a pacientka se i nadále těší dobrému zdraví (18, 19).

Kardiochirurgická klinika velmi úzce spolupracuje také s klinikou anesteziologie a resuscitace, která poskytuje odborné perioperační zajištění, tzn. v období před operací, během operace i po operaci, všem pacientům, kteří podstupují chirurgické operační výkony prováděné v rámci kliniky kardiovaskulární chirurgie. Na pooperačním resuscitačním oddělení se šestnácti lůžky je poskytována komplexní intenzivní péče, která zahrnuje všechny současné moderní postupy monitorace spolu s mechanickou a farmakologickou podporou orgánových funkcí srdce a krevního oběhu, plic, gastrointestinálního traktu, ledvin a centrální nervové soustavy. Přírozenou součástí této komplexní intenzivní péče je i kvalitní sesterská ošetrovatelská péče zahrnující bio-psycho-sociální a duchovní potřeby pacienta. Pokud je stav pacientů stabilizovaný, a nevyžaduje-li již další resuscitační péči, jsou překládáni na jednotku intenzivní péče kliniky kardiovaskulární chirurgie a posléze na standardní oddělení (18, 19).

Nová oddělení jsou moderně zařízená a plně klimatizovaná. Třilůžkové pokoje jsou vybaveny lůžky, která jsou ke zvýšení pohodlí dálkově ovladatelná a polohovatelná. Na každém pokoji mají pacienti k dispozici toaletu a sprchový kout, samozřejmě je televize. Jako nadstandard jsou k dispozici 3 jednolůžkové pokoje. Na celém oddělení je možné po domluvě WiFi připojení k Internetu. O multidisciplinární spolupráci nasvědčuje i pokračující kooperace kardiochirurgického oddělení s lázněmi Poděbrady, kam jsou pacienti odesíláni šestý až osmý pooperační den na časnou rehabilitaci. Tento moderní způsob rehabilitace, který je mnohem efektivnější než pozdní, odložená rehabilitace, se v praxi plně osvědčil a pacienti se mnohem dříve vracejí do normálního života (18, 19, 51).

Klinika také poskytuje pregraduální i postgraduální výuku studentům medicíny a lékařům. K dalším činnostem kliniky patří výzkumná aktivita. Řada mladých chirurgů tak získala výzkumné granty a ve spolupráci s Fyziologickým ústavem Akademie věd provádí sérii zajímavých pokusů na izolovaném modelu krysího srdce. V klinickém výzkumu pak pokračuje řešení grantů a výzkumných záměrů. Většina těchto úkolů je založena na multidisciplinárním principu ve spolupráci s ostatními pracovišti Kardiocentra, zejména s klinikou Kardiologie (18, 19).

### ***1.2 Ošetřovatelství - důležitá součást systému v péči o pacienta***

Ošetřovatelství má své nezastupitelné místo v péči o člověka. Současné ošetřovatelství je velmi vzdálené od toho, které se provozovalo před padesáti lety, ale nelze opomenout slova první teoretičky ošetřovatelství Nightingalové, která před sto lety vymezila ošetřovatelství jako „činnost využívající prostředí pacienta na pomoc v jeho uzdravení (31, str. 3).“ Mezi mnohými dalšími pak Hendersonová jako první definovala ošetřovatelství slovy, že „jedinečnou úlohou ošetřovatelství je pomáhat nemocným i zdravým při vykonávání činností podporujících zdraví, uzdravování nebo zabezpečení klidné smrti, které by mohly tyto osoby vykonávat i bez pomoci, pokud by měli dostatek potřebných sil, vůle nebo znalostí, a toto vykonávat tak, aby jim sestra pomohla znovu nabýt nezávislost, a to tak rychle, jak jen je možné (31, str. 3).“ WHO vymezuje ošetřovatelství jako „systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (23, str. 15).“

Ve druhé polovině 20. století rozpracovala celá řada teoretiček ošetřovatelství své názory na tento obor. Určité charakteristiky jsou mnohým těmto definicím společné. Jedná se zejména o ohleduplnost, laskavost, individuální přístup, holistické zaměření. Ošetřovatelství je vědou stejně jako uměním zabývající se zlepšováním, udržením a navrácením zdraví, jako i péčí o umírající (31).

Ošetřovatelství se v současné době formuje jako vědní disciplína, opírající se o mnohé vědní oblasti, které svými vědeckými možnostmi napomáhají jeho rozvoji.



Jedná se především o biologické a medicínské vědy, psychologii, sociologii, pedagogiku a další. Předmětem ošetrovatelství je poskytování péče zdravým a nemocným jedincům, rodinám a celým komunitám. Orientuje se především na zdraví, jeho udržení a ochranu, na prevenci vzniku chorob. Pokud již k nemoci došlo, je zaměřeno na co nejrychlejší obnovu zdraví, a případně i na pomoc při důstojném umírání. Ošetrovatelství je orientováno holisticky a objektem jeho péče je celá bytost člověka s jeho bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami (22, 23, 33, 36).

### *1.2.1 Profesionální ošetrovatelství*

Povolání sestry prošlo složitým vývojem nejen v minulosti, ale i v současné době. Můžeme jmenovat jen málo povolání, ve kterých se událo v poměrně krátkém časovém období takové množství změn jako v profesi sestry. Mění se nejen profesionální, právní, či regulační postavení sestry, ale i vzdělání, pracovní a ekonomické podmínky. Ve většině zemí tvoří sestry nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, a to nejen v nemocnicích ale i v ambulantní a zejména v komunitní péči. Sestry a ošetrovatelská profese tak mají v systému zdravotní péče nezastupitelnou úlohu a podle Světové zdravotnické organizace představují nejdůležitější přínos do oblasti zdraví jednotlivců a skupin (4, 5).

Současným problémem v České republice není profesionalizace jako taková, ale úroveň, jaké nyní dosahuje. Vystávají nám otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry v současné legislativě, jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních služeb, do jaké míry kooperující profese a samotní pacienti či klienti respektují její odbornou kompetenci, na jaké úrovni jsou kooperující vztahy, jaké postoje zaujímá veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších otázek. Jednoznačné odpovědi v současné době na tyto otázky není možné dát, především proto, že se zdravotnický systém nachází v souvislosti s širším společenským rámcem v procesu změn (3, 4, 5, 23).

### *1.2.2 Role sestry v moderním ošetrovatelství*

Termín „role“ vyjadřuje specifické formy chování potřebné k vykonávání určitého úkolu nebo skupiny úkolů daného pracovního místa nebo práce.

Ve společnosti existují různé názory na to, co se očekává od role, kterou plní ošetrovatelská profese, a která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy. Existují tři možné alternativy. Sestra jako náhrada milující, utěšující a pečující matky, která jedná instinktivně a tyto úkoly plní jako poslání. Sestra, která plní nařízení lékaře, a efektivně a zručně vykonává úkoly v rámci diagnostiky a léčby chorob. Sestra, která jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení jednotlivých problémů klienta. Všechny tyto možnosti obsahují prvky, které jsou legitimní a hodnotné. Současné vymezení podoby sestry jako profesionála, zahrnuje následující prvky, jakými jsou emocionální stránka, společenská důležitost profesionální praxe, technická kompetence, dovednosti nezbytné pro profesionální praxi, profesionální znalosti a vytvoření nezávislého úsudku a názoru (1, 32, 33).

Plnění profesionálních rolí všeobecné sestry, které se navzájem prolínají, v praxi vlastně charakterizuje činnost sester při zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin, při zvyšování efektivity zdravotní péče a úrovně osobní spokojenosti v zaměstnání, ve zlepšování postojů občanů a zákonodárců k ošetrovatelskému povolání a jejich očekávání kvalitní péče (33).

Role sestry - pečovatelky je spjata s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a plánuje jejich řešení.

Role sestry – asistentky se uplatňuje v diagnosticko – terapeutické péči. Sestra připravuje pacienta k vyšetření, asistuje lékaři, zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem.

Sestra - edukátorka nemocného a jeho rodiny se výchovou podílí na upevňování zdraví a prevenci poruch zdraví, na rozvoji soběstačnosti nebo sebeobslužných činností,

na pomoci rodinám naučit se žít s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných praktických dovedností.

V roli sestry – obhájkyň nemocného se stává se mluvčím v případě, kdy pacient není schopen projevit své potřeby, zájmy, problémy a přání. Podporuje tak pacientův pocit bezpečí a jistoty.

Role sestry – koordinátorky se uplatňuje v plánování a realizaci ošetrovatelské péče úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Pacienta a jeho rodinu vede sestra k aktivní spolupráci na individualizované péči (36).

Poznání vlastní role je u sestry nesmírně důležité, neboť jen její dokonalé osvojení může vyloučit na jedné straně strnulé vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkovážné porušování pravidel a chování (4).

### *1.2.3 Profesionální výkonnost sestry*

Při ošetrovatelských činnostech uplatňuje sestra v rámci ošetrovatelského procesu všechny výše zmíněné role. Tyto úkoly a činnosti jako celek zahrnují profesionální výkonnost sestry. Z hlediska jejich obsahu je můžeme rozdělit do následujících skupin.

Základní ošetrovatelská péče zahrnuje činnosti zaměřené na identifikaci a plánovité uspokojování potřeb člověka, které mohou být onemocněním pozměněny či si je nemocný není schopen sám zajistit.

Diagnosticko – terapeutická činnost obsahuje práce spojené s přípravou a provedením různých vyšetření včetně následného pozorování nemocného po vykonaném zákroku. Do terapeutické činnosti jsou zahrnuty všechny úkony týkající se sledování stavu a léčení nemocného.

Psychosociální činnost je nezbytná jak pro ošetrovatelskou diagnostiku, tak pro spolupráci s nemocným a jeho rodinou na tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu a na zajišťování celkové pohody ošetrované osoby. Do této činnosti jsou zahrnuty různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukační práce, ochrana

oprávněných zájmů pacienta, jeho podpora, pomoc při dorozumívání se a kontakt s okolím.

Administrativní práce jsou potřebnou a samozřejmou součástí práce sestry. Velmi důležité je vedení ošetrovatelské dokumentace, záznamy o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovny, apod.

Přípravné a dokončovací práce tvoří činnosti spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů, péče o pomůcky, doplňování léků a materiálu (13, 45, 50).

### ***1.3 Poskytování ošetrovatelské péče na kardiochirurgickém oddělení***

Kardiochirurgie je medicínský obor zabývající se operačním řešením a umožněním specializované ošetrovatelské péče pacientům s vrozenými či získanými srdečními vadami, chorobami srdce, hrudní aorty a plicnice. Všechna onemocnění mají společný faktor, porušenou hemodynamiku. Jedná se o stenózy (chlopně, aorty, plicnice, koronárních tepen), insuficienci chlopně, kombinační vady (insuficience a stenózy), zkratové vady (defekt septa, A - V píštěl), aneurysma (aorty, srdce), disekce aorty, poruchu vedení srdečního vzruchu, kardiomyopatie a nádory. Ve vyčleněných centrech se kardiochirurgie také zabývá transplantacemi srdce (54).

K zajištění co nejvyšší úrovně odborné lékařské i ošetrovatelské péče jsou zřizována kardiochirurgická centra, která vyžadují nejen specializovanou erudici a vzdělání zdravotnických pracovníků, ale také specializované technické a materiální vybavení.

#### ***1.3.1 Standardní kardiochirurgická ošetrovací jednotka***

Tato jednotka zajišťuje nemocným, kteří jsou zde hospitalizováni, veškerou základní diagnosticko - léčebnou a ošetrovatelskou péči. Ošetrovací jednotku řídí vedoucí lékař a staniční sestra, která zodpovídá za organizaci a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, kterou zabezpečují pracovníci nelékařských zdravotnických oborů.

Základem standardní ošetrovací jednotky jsou pokoje pro nemocné rozdělené na aseptickou a septickou část, přípravná a pracovní sestra, vyšetřovací a převazovací místnost, sociální zařízení včetně koupelen, místnost pro čištění pomůcek, skladové prostory, kuchyňka s jídelnou popřípadě společenská místnost. Z technického vybavení se na standardní ošetrovací jednotce nachází neinvazivní monitorovací zařízení (EKG, P, TK), centrální rozvod kyslíku, odsávací zařízení, infuzní pumpy, perfuzory, polohovatelná lůžka s množstvím přídavných zařízení. Na některých typech oddělení se zřizují také tzv. intermediální jednotky (IMP), které jsou přechodem mezi JIP a standardní ošetrovací jednotkou. Péče o pacienta na standardní kardiologické ošetrovací jednotce je multioborová, což znamená, že kromě registrovaných všeobecných sester s různým stupněm dalšího vzdělání, zdravotnických asistentů či sanitárek, se zde uplatňují i nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, psychologové nebo sociální pracovníci (47, 48, 50).

Všeobecné sestry pracují na standardní ošetrovací jednotce většinou skupinovým systémem, popřípadě systémem primárních sester, ve směnném nepřetržitém provozu. Specifikem práce všeobecné sestry na standardní kardiologické ošetrovací jednotce je znalost vyšetřovacích metod a ošetrovatelských technik o pacienty s chirurgickým onemocněním srdce, znalost technik odběrů biologického materiálu, znalost o podávaných skupinách léků, sledování jejich efektu, interakcí a vedlejších účinků. Sestra asistuje lékaři, dokáže se orientovat v náhle vzniklé situaci a dokáže poskytnout pomoc v případě ohrožení života. Efektivně vede ošetrovatelskou dokumentaci, která představuje samostatný záznam sestry o nemocném, jeho pozorování, potřebách, plánu provedení a efektu ošetrovatelské péče. Dokumentaci doplňují další záznamy, např. sesterská překladová zpráva, hodnocení soběstačnosti, hodnocení rizika vzniku komplikací, hodnocení výživy či edukační záznam. V aktivní péči užívá sestra všechny prvky moderního ošetrovatelství a poskytuje péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb nemocných. Tato metoda představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které slouží ke zhodnocení stavu individuálních potřeb nemocného, ke stanovení ošetrovatelských problémů a k plánování, realizaci

a vyhodnocení efektivity ošetrovatelské péče. Je zaměřena také na výchovně vzdělávací činnost – edukaci při prevenci chorob (správná životospráva), nácviku dovedností (aplikace inzulínu u diabetiků), poučení o výživě apod., posilování sebepečce a navrácení klienta do domácího prostředí. Při své činnosti je sestra v neustálém kontaktu se spolupracovníky, s nemocnými a jejich příbuznými. Tento kontakt klade značné nároky na osobní vlastnosti každého člověka a vyžaduje od obou zúčastněných stran nejen vstřícnost a pochopení ale i trpělivost a toleranci (47, 48, 50).

### *1.3.2 Resuscitační oddělení a jednotka intenzivní péče*

Intenzivní medicína je v současnosti nezastupitelným oborem. Na odděleních intenzivní péče je zajišťována odborná specializovaná péče všem pacientům se závažnými postiženími a poruchami orgánů, které bezprostředně ohrožují jejich životní funkce. Jak uvádí Zadák „intenzivní medicína je zaměřena na péči o kriticky nemocné pacienty, kteří profitují z umístění na jednotce poskytující mnohem podrobnější a kontinuální sledování stavu a léčbu, která běžně není dostupná na standardních odděleních (58, str. 10).“

Podle možností a rozsahu poskytované péče rozlišujeme 3 stupně intenzivní péče – nižší, vyšší a nejvyšší. Všeobecně je využíván k odstupňování péče návrh Evropské společnosti pro intenzivní medicínu – ESICM. Toto dělení nepředstavuje tři druhy jednotek intenzivní péče, ale funguje jako doporučený vzorec pro personální a přístrojové vybavení příslušného stupně oddělení (58).

Ke stanovení ceny péče na JIP hrazené pojišťovkami je v současné době využíván systém TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Jde o systém, který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám používaných v terapii u jednotlivých pacientů. Jedná se například o podávání antibiotik, podporu oběhu, laboratorní vyšetření, typ ventilace, invazivní metody apod. Seznam zdravotnických výkonů s bodovým ohodnocením a požadavky na minimální personální a technické vybavení jednotek intenzivní péče jsou zakotveny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb. (25).

V rámci kardiochirurgického oddělení jsou zřizovány JIP II. a III. stupně. Jednotky intenzivní péče II. stupně poskytují zvýšenou sesterskou péči a základní monitorování je zde rozšířeno o invazivní monitoraci, měření srdečního výdeje a dlouhodobou umělou plicní ventilaci. Zobrazovací metody a statim vyšetření jsou k dispozici 24 hodin denně. Neprovádějí se zde speciální invazivní metody jako je měření intrakraniálního tlaku, bulbární oxymetrie, plicní katetrizace či očišťovací metody krve. Jednotky intenzivní péče III. stupně jsou nejvyšším stupněm intenzivní péče, který je nazýván péčí resuscitační. Poskytují plný rozsah intenzivní péče se zaměřením na kritické stavy různé etiologie. Samozřejmostí je možnost veškeré invazivní monitorace, dlouhodobá umělá plicní ventilace a provádění kontinuálních metod očišťování krve. Je zde zajištěna speciální sesterská péče s péčí nutriční a rehabilitační. Jednotky mají okamžitý přístup ke všem komplexním vyšetřením, zobrazovacím technikám a rychlou dostupnost specialistů různých oborů. Základním pravidlem pro náležitou práci jednotky intenzivní péče je stálá přítomnost lékařského personálu, který zajišťuje provoz 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Každá JIP musí mít stanoveného vedoucího lékaře, který je specialistou v oblasti intenzivní péče a splňuje všechny předpoklady této specializace. Za práci ošetrovatelského personálu a administrativní činnost je zodpovědná vedoucí sestra JIP (staniční sestra). Počet sester na JIP se liší v různých státech podle ekonomické úrovně a také podle typu jednotky a oboru, který zajišťují. Jen tak pro orientaci, pokud vezmeme v potaz JIP III. typu, předpokládá se jedna sestra na každého pacienta a jedna sestra v záloze, dále jedna sestra s delší praxí v intenzivní péči jako vedoucí sestra v každé směně. Důležitou součástí personálu na jednotce intenzivní péče jsou nutriční terapeuti a fyzioterapeuti, nově je zaveden kontakt s klinickým farmakologem. Na velkých JIP s více než 15 lůžky se jeví velmi efektivní funkce sestry, která funguje jako klinická instruktorka (teaching nurse) a dohlíží na edukaci nově příchozích sester (58).

Kardiochirurgická jednotka intenzivní péče II. nebo III. stupně je typem oborové a vysoce specializované jednotky intenzivní péče. Důvody oddělení kardiochirurgických pacientů od obecné chirurgické intenzivní péče jsou hned dva. Jedním je přesné plánování resuscitačních lůžek potřebných pravidelně pro umístění

pacientů po kardiochirurgických výkonech a druhým je daná skutečnost, že oddělení typu ARO či chirurgická JIP znamená pro tyto pacienty zvýšené riziko nozokomiálních infekcí, především od dlouhodobě hospitalizovaných pacientů vyžadujících intenzivní péči. (58)

Pracovní činnost všeobecné sestry na kardiochirurgickém resuscitačním oddělení a jednotce intenzivní péče je značně náročná a zodpovědná, a to jak z funkce a kompetencí sestry samotné, ale také z pozice uspokojování potřeb pacienta prostřednictvím poskytované ošetrovatelské péče. Odborná zdatnost a zaujetí pro práci na jednotce intenzivní péče se řadí k základním předpokladům, které mají vliv na kvalitu péče o kriticky nemocné pacienty. Důležité jsou zde znalosti sestry nejen z oblasti intenzivní ošetrovatelské péče, chirurgie a kardiologie, ale také i určitý technický talent z důvodu manipulace s přístroji, kterými je pacient obklopen. Neméně důležitý je i fakt, že se stále více zvyšuje věk operovaných pacientů a s ním i větší možnost přidružených komplikací po operaci. Péče o tyto pacienty je pak o to náročnější a složitější. Klade se zde také velký důraz na individuální péči a uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacientů. Citlivý a lidský přístup personálu je důležitý ke zmírnění psychického strádání pacientů nejen po operaci, ale i během celé hospitalizace (10, 34, 39, 49, 58).

Sestra pracující v resuscitační a intenzivní péči musí perfektně ovládat jak veškerou přístrojovou techniku, tak farmakologii a především přesně a účelně reagovat na změny fyziologických funkcí nemocných. Kvalifikovaná sestra nečeká jen na pokyny. Rychlé tempo v současných zdravotnických zařízeních od sestry vyžaduje, aby posuzovala, předvídala a hodnotila stav pacientů a během minut na něj reagovala tak, aby péče byla maximálně účinná a koordinovaná. Terapie a výkony v resuscitační a intenzivní péči zahrnují činnosti k obnovení, podpoře nebo umělému udržení životních funkcí, jako např. dýchání či krevního oběhu, vnitřního prostředí, funkce ledvin a centrálního nervového systému. Cílem resuscitační a intenzivní péče je odvrácení stavů bezprostředně ohrožujících život. Psychické a fyzické vypětí sester pracujících na těchto odděleních je vysoké. Sestra se zde častěji setkává se smrtí



a s nemocnými ohroženými na životě, musí pracovat rychle a bezchybně (10, 25, 34, 39, 45, 49).

#### ***1.4 Specifika práce všeobecné sestry na kardiochirurgickém oddělení***

Ošetrovatelská péče v kardiochirurgii prošla v průběhu uplynulých let nebývalým rozvojem. Sestra se postupně stává důležitou a rovnocennou členkou zdravotnického týmu. Během každodenní práce pak sestra řeší náročné úkoly a složité situace, ale protože je v nejbližším kontaktu s pacientem, setkává se často i s různými lidskými osudy.

##### *1.4.1 Předoperační péče*

K plánovanému výkonu je pacient přijímán den před operací. Přichází většinou již s hotovými předoperačními vyšetřeními. Na oddělení provede sestra nezbytné laboratorní náběry biochemické a hematologické a objedná potřebné množství krevních derivátů k operaci. Zaznamená 12 ti svodové EKG, provede spirometrii, změří fyziologické funkce – TK, P (na obou horních končetinách), TT, váhu a výšku pacienta, vše zaznamená do příjmové dokumentace a vyplní ošetrovatelský plán. Seznámí pacienta s prostorovým uspořádáním ošetrovací jednotky, léčebným režimem, provozem oddělení, denním harmonogramem, uvede pacienta na pokoj a předá informační brožuru s veškerými potřebnými informacemi o průběhu výkonu a pooperační péči. K nácviku správné dechové rehabilitace po operaci zajistí sestra fyzioterapeuta. Podrobně je pacient o průběhu operace a léčby informován lékařem (kardiochirurgem a anesteziologem) a následně podepíše informované souhlasy. Sestra se pak prostřednictvím zpětné vazby utvrdí, zda pacient informacím týkajících se ošetrovatelské péče porozuměl, či potřebuje ještě něco vysvětlit. U důležitých sdělení je vhodné zopakování. Při komunikaci si sestra všimá všech projevů pacienta a zaznamená je do ošetrovatelské dokumentace. Důležitá je psychická podpora pacienta, protože při chirurgických zákrocích je přirozeným jevem předoperační strach, který

vyplývá z obav, že nastanou komplikace a operace bude neúspěšná. Tento strach lze redukovat nejen vhodnou informovaností či podporou pozitivních cílů ale také ubezpečením, že se nemocný může na zdravotnický personál oddělení kdykoli obrátit. V rámci krátkodobé předoperační přípravy zabezpečí sestra hygienickou péči pacienta – osprchování desinfekčním mýdlem, kontrolu nehtů a pupku a přípravu operačního pole – oholení hrudníku, HK, DK, a třísel. 6 – 8 hodin před výkonem musí být pacient lačný, proto je poučen, že od půlnoci nesmí nic konzumovat per os a je nutná informace o zákazu kouření. U pacientů s poruchami výživy a diabetiků zajistí sestra periferní intravenózní vstup k aplikaci parenterální výživy. Den před operací ordinuje pacientovi anesteziolog na noc hypnotika a sedativa, sestra zajistí jejich podání a všímá si účinku léků. V den operace podá sestra pacientovi ranní dávku léků a v rámci prevence TEN (trombembolická nemoc) aplikuje nízkomolekulární heparin dle anesteziologického záznamu, zkontroluje zda nemá zubní protézu, šperky, ženy nalakované nehty a zjistí, zda byla dostatečně provedena hygiena. Před podáním premedikace je nutné, aby se pacient vyprázdnil. Sestra zajistí převlečení do operační košile a na výzvu z operačního sálu aplikuje premedikaci s poučením pacienta, aby již nevstával z lůžka. Před aortokoronárním bypassesem neprovádí sestra bandáž DK z důvodu odběru štěpů. Během celé přípravy sestra s pacientem komunikuje a psychicky jej podporuje. Transportuje pacienta na lůžku na operační sál, kde jej i s dokumentací převezme anesteziologická sestra (10, 17, 39, 48, 51, 59).

Zpět na standardní oddělení se v některých případech může pacient vrátit na doléčení před propuštěním do domácí péče. K úkolům sestry patří edukace pacienta o životosprávě, odpočinku, pokračující rehabilitaci, stravování, péči o ránu, dočasném omezení v denních aktivitách. Všechny tyto informace pak najde pacient v informační brožuře, kterou obdržel již při začátku hospitalizace na oddělení. Velmi důležitou edukací v této době je časná rehabilitace. Jedná se o pokrokový způsob rehabilitace, který je značně efektivnější než pozdní, odložená rehabilitace. V praxi se plně osvědčil a pacienti takto rehabilitovaní se mnohem dříve vracejí do běžného života (17, 51).

#### *1.4.2 Resuscitační pooperační péče*

Jak shodně uvádí Bojar, Brát a Handl „cílem bezprostřední resuscitační pooperační péče je stabilizace a optimalizace hemodynamiky kardiovaskulárního systému, udržení vhodné bilance krystaloidních a koloidních tekutin, úprava parametrů vnitřního prostředí, kontrola koagulace a dovedení uměle ventilovaného pacienta k extubaci.“ (9, 10, 14)

Z operačního sálu je pacient převezen na resuscitační pooperační jednotku, kde zůstává po dobu, která závisí na vývoji jeho pooperačního stavu. Samotná práce sestry začíná přípravou lůžka, které je nutno vyhřát, protože pacient je předáván ze sálu podchlazený. Dále připraví a zkontroluje dýchací přístroj, nastaví alarmové hranice a požadovaný ventilační režim. Připraví a zkontroluje hrudní sání (včetně požadovaného podtlaku), monitor vitálních funkcí s přípravou komůrek pro invazivní měření tlaků, připraví lineární dávkovače a infúzní pumpy. Příjem pacienta ze sálu je vždy kolektivní prací dvou až tří sester. Pacient je napojen na ventilátor, monitor vitálních funkcí, srdeční stimulaci, hrudní drény jsou napojeny na aktivní sání, permanentní močový katétr na sběrný systém, i. v. podávané léky jsou nastaveny do lineárních dávkovačů a infúzních pump, je natočeno EKG a proveden RTG plic. Pacient zaujímá polohu mírně v polosedě a je přikryt zahřívací pokrývkou. Anesteziologický lékař a sestra předají informace o operovaném lékaři a sestře z resuscitačního oddělení. Sestra sleduje a zaznamenává do pooperačního záznamu pacienta v pravidelných intervalech následující monitorované funkce a bilance. EKG křivku její rytmus, pravidelnost, přítomnost arytmií. HR (srdeční frekvenci), funkčnost stimulace - sleduje zda dodává impulsy a zabraňuje rozpojení, zaznamenává hodnoty a délku stimulace. Sleduje MAP (střední arteriální tlak), který je měřen invazivně v a. radialis, a CVP (centrální žilní tlak v oblasti vústění dutých žil do pravé síně), kontroluje polohu a kalibraci kapsle, průchodnost mikroproplachu a přetlaku. Monitoruje TT (tělesnou teplotu), SpO<sub>2</sub> (pulsní oxymetrii), kvalitu vědomí pacienta, zajišťuje tlumení bolesti. V rámci bilance tekutin (hodinové a celkové) zaznamenává množství podávaných léků v ml/hod, diurézu, odpady z drénů, příjem krevních derivátů, koloidů a krystaloidů. V rozsahu

ošetrovatelské péče u pacienta na ventilátoru monitoruje sestra nastavení ventilátoru (režim, % podíl O<sub>2</sub> ve vdechované směsi, minutový objem dechů, objem 1 dechu, počet D/min, poměr vdechu a výdechu, pozitivní přetlak při výdechu, max. inspirační tlak). Kontroluje tlak v obturační manžetě endotracheální kanyly pomocí manometru. Sleduje účinnost ventilace odběry arteriální a žilní krve na ASTRUP (krevní plyny). Pravidelně asepticky odsává dýchací cesty a provádí prodýchávání ambuvakem. Zajišťuje pravidelnou nebulizaci s mukolytiky, zvlhčování vdechované směsi, kontrolu teploty a množství destilované vody ve zvlhčovači. Při nástupu spontánní ventilace pacienta, provádí odvykání od ventilátoru a extubaci. Po extubaci uskutečňuje střídání tzv. „lehké a těžké masky“ (v případě „těžké masky“ se jedná se o spontánní dýchání za trvalého přetlaku kdy dochází k řádnému rozepětí plicních sklípků - CPAP), realizuje pravidelnou inhalaci mukolytik. První pooperační den zajistí RTG plic. V případě medikací a v péči o invazivní vstupy zabezpečuje sestra správné ředění a aseptickou aplikaci ordinovaných léků a infúzí, zaznamenává ředění, rychlost infúze v ml/hod., dávku v µg/kg/min., a každou změnu dávky nebo léku. Dodržuje aseptické ošetřování invazivních vstupů, kontroluje okolí vstupů, provádí aseptickou manipulaci se vstříkovacími kohoutky, kontroluje průchodnost a proplachy i. v. linek, zabezpečuje správný způsob a aseptické provádění laboratorních odběrů, provádí hodnocení výsledků. V ošetrovatelské péči o ránu a hrudní drény sleduje prosakování obvazu, bolestivost, napětí a šubání v ráně. Sleduje barvu, teplotu a pulsaci DK. Realizuje aseptické převazy rány. Kontroluje výdej z drénů (množství, barvu, příměsi), průchodnost, těsnost. Zajišťuje aseptickou manipulaci a převazy drénů. Hrudní sání udržuje průchodné, sleduje jeho těsnost, předchází zalomení či rozpojení. Nabírá a hodnotí koagulační parametry krve. Z hygienické péče zabezpečuje pacientovi suché a čisté povlečení, pravidelné omývání, masáže, prevenci dekubitů, provádí péči o dutinu ústní a vykapávání spojivek. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je psychická motivace pacienta. Lidskou pozornost, pomoc, obětavost, povzbuzení a vysvětlení nedokáže nahradit ani ta nejdokonalejší technika. Toto zůstává plně v kompetenci sestry a zdravotnického týmu. Po nabytí vědomí sdělí sestra pacientovi, že je na pooperačním oddělení a ubezpečí jej o své stálé přítomnosti. Lékař pak oznámí pacientovi jeho

momentální stav a výsledek operace. Před každou činností sestra vysvětlí, co bude dělat a co očekává od pacienta. Určí způsob komunikace (oční pohyby, psaní, otázky). Vyřídí nemocnému vzkazy od rodiny (9, 10, 14, 25, 39, 40, 48, 51, 54, 57, 59).

Přestože je pacient po operaci sledován nejmodernější monitorovací technikou zůstává i nadále nejvýznamnější součástí monitorace nepřetržité klinické sledování sestrou, a stále platí, že „nejlepším monitorem na intenzivní péči je zkušená sestra a oko lékaře (40, str. 43).“

Při nekomplikovaném průběhu předává sestra operovaného pacienta 1. nebo 2. pooperační den s veškerou dokumentací sestře na jednotku intenzivní péče (40).

#### *1.4.3 Pooperační péče na JIP*

Po odeznění akutního pooperačního stavu a stabilizaci je pacient přeložen na JIP. Před překladem pacienta z resuscitačního oddělení sestra připraví lůžko, které vybaví potřebnými přístroji. Jedná se o monitor vitálních funkcí, EKG svody, saturační čidlo, kyslíkový přístroj a směšovač, CPAP masku, kyslíkové brýle a masku, soupravu na drény, lineární dávkovače. Nachystá ošetrovatelskou dokumentaci, zapíše pacienta do stavu nemocných, na štítek na tabuli na inspekci a do sešitu EKG na druhý den. Přihlásí pacienta na centrální monitor. Po příjezdu uloží pacienta na lůžko, napojí monitor a EKG svody, změří fyziologické funkce (TT, TK, P, saturaci, CVP). Lůžko opatří signalizací a ovládáním lůžka, stolkem s emitní miskou s buničinou. Po předání informací se věnuje pacientovi. Představí se mu, vysvětlí, na jakém se nachází oddělení, k čemu slouží přístroje a pomůcky u lůžka. Ubezpečí jej, že je stále k dispozici, pokud by něco potřeboval. U pacientů na JIP sestra nadále monitoruje základní životní funkce a provádí laboratorní odběry v závislosti na lékaři určeném režimu (R0, R1, R2), který obsahuje časovou hranici pro měření fyziologických funkcí a statimových odběrů krve. Z odběrů sestra kontroluje především ABR (acidobazická rovnováha), hladinu kalia, u pacientů s chronickou renální insuficiencí sleduje denně hodnoty kreatininu a urey. U pacientů s diabetem monitoruje hladinu glykémie. Dále sestra zajišťuje podle daného režimu dostatečnou oxygenaci a dechovou rehabilitaci pomocí CPAP masky, kyslíkové

masky nebo kyslíkových brýlí. V rámci dechové rehabilitace připravuje inhalace s ordinovanými léky, edukuje pacienta o rehabilitaci dýchání (nafukování balonu) a zajistí jeho postupnou mobilizaci. Sleduje a zaznamenává bilanci tekutin, pacienta pravidelně každý den váží. Pokud nejsou komplikace, odstraní sestra pacientovi 2. pooperační den permanentní močový katétr. Pokud má pacient aktivní hrudní sání nebo redonovu drenáž zajišťuje aseptickou manipulaci a převazy. Hrudní sání udržuje průchodné, sleduje těsnost, předchází zalomení nebo rozpojení. V případě jejich odstranění asistuje lékaři. Sleduje operační ránu a provádí převazy dle ordinace lékaře. Důležitým úkolem je dodržování dostatečné analgezie po operaci. Sestra zajistí aplikaci analgetik či opiátů dle ordinace lékaře a všímá si jejich účinku. U ostatních medikací zabezpečuje sestra správné ředění a aseptickou aplikaci ordinovaných léků a infúzí, zaznamenává ředění, rychlost podání, dávku a každou změnu dávky nebo léku. Dodržuje aseptické ošetřování invazivních vstupů, kontroluje okolí vstupů, provádí aseptickou manipulaci se vstříkovacími kohoutky, kontroluje průchodnost a proplachy i. v. linek. U antikoagulačních léků si sestra všímá vedlejších účinků a pravidelně kontroluje koagulační parametry. V oblasti hygienické péče zabezpečuje sestra pacientovi čisté povlečení postele a pyžamo, dopomoc u hygieny, masáže, prevenci dekubitů a kontroluje péči o dutinu ústní. K dalším úkolům sestry patří zajištění fyzioterapeuta, který pacienta edukuje o vhodné rehabilitaci, sestra pak provádí kontrolu, zda pacient postupuje správně. Neméně důležitá je také dostatečná pooperační výživa, proto sestra zabezpečí nutričního specialistu. Edukace, které provádí sestra na JIP se týkají péče o operační rány, pooperační rehabilitace, životosprávy, diety či lázeňské léčby. Během pobytu pacienta na JIP sestra neustále hodnotí celkový stav pacienta a při jakékoliv změně jeho zdravotního stavu informuje lékaře. Při nekomplikovaném průběhu je pacient 7. až 10. den propuštěn domů, nebo nastupuje přímo z nemocnice lázeňskou léčbu. Při nutnosti dalšího doléčení je přeložen na standardní kardiochirurgickou jednotku (9, 10, 14, 17, 39, 51, 54, 57).

Výše uvedené kapitoly poskytují náhled do běžného pracovního dne všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení. K tomu, aby byly ve svém zaměstnání spokojeny, je žádoucí vytvoření vhodných pracovních podmínek.

## ***1.5 Pracovní spokojenost a její faktory***

Vliv na spokojenost zaměstnanců má nepochybně pracovní prostředí, které je součástí pracovních podmínek. Na jedné straně je pracovní prostředí podmíněno charakterem vykonávané práce, technickým vybavením, technologickými postupy, fyzikálními faktory prostoru, kde pracovní činnost probíhá a na druhé straně se zde podílí sociální faktory, mezilidské vztahy, způsob organizace a řízení (4, 28).

Jak zdůrazňuje Štikar „dokonalé pracovní prostředí je takové, ve kterém jsou všechny složky kultury práce v souladu s úrovní techniky a technologie, z hlediska estetiky a ergonomie je dobře vyřešeno, má kladný vliv jak na produktivitu a kvalitu lidské práce, tak i na společenský rozvoj člověka a kultivaci jeho schopností a vlastností. Tato kultivace je jednou z podmínek technického a vědeckého pokroku. Zlepšování pracovního prostředí musí být cílevědomou činností, organizovanou v každém podniku i v širších životních podmínkách (55, str. 47).“

### ***1.5.1 Pracovní prostředí ve zdravotnictví***

Pracovní prostředí ve zdravotnictví je tvořeno širokým souborem různorodých faktorů, které vytváří příznivé i nepříznivé podmínky při práci. Může zde dojít i k absurdním situacím, kdy hlavní zásadou a úsilím všech zdravotníků je zachovat nebo obnovit zdraví pacientů, sami zdravotníci mohou přitom svého zdraví pozbývat. Z toho vyplývá, že jejich činnost má rizikový charakter. A právě pracovní prostředí má velký vliv na výkon sester. Může vést k tomu, že sestry z určitých pracovišť odchází, fluktuují nebo naopak zůstávají. Kladný vliv pracovního prostředí se pak projeví ve všech oblastech, a to od spokojenosti personálu až po spokojenost pacientů. Velké množství empirických výzkumů dokládá význam tzv. „pozitivního pracovního prostředí“ pro práci sester z hlediska jejich pracovní spokojenosti (4, 10, 28).

Bártlová uvádí: „Vytváření pozitivního pracovního prostředí sester je předpokladem spokojenosti ošetrovatelského personálu a zároveň i nejsilnějším determinujícím faktorem celkové spokojenosti klientů. Je výzvou pro řídicí pracovníky,

aby se podíleli na tvorbě takového pracovního prostředí, které povede k optimalizaci produktivity, ke spokojenosti sester i pacientů (4, str. 38).“

### *1.5.2 Pracovní spokojenost*

„Pocity úspěšnosti, uspokojení, radosti a optimistický náhled na život, ale také opaky těchto prožitků a stavů, vyjadřují míru naplňování našich cílů, potřeb a očekávání – vyjadřují úroveň subjektivního vyrovnávání se s různými stránkami a podmínkami života. Pocit uspokojení nebo nespokojení se nachází také v pracovní sféře, která zaujímá značnou část života dospělého člověka. Úroveň pracovní spokojenosti či nespokojenosti pak výrazně vymezuje obecnou kvalitu života, a také se projevuje ve významném vztahu k fyzickému a duševnímu zdraví jedince (55, str. 111).“

Pracovní spokojenost, je psychology jako fenomén zkoumána od 30. let 19. století. Za tuto dobu vznikla i řada definic pracovní spokojenosti. V souvislosti s „příznivým nebo pozitivním emocionálním stavem, který vyplývá z hodnocení práce nebo pracovních zkušeností“, ji uvádí řada autorů citovaných Slaměnkem (46).

Již existující teoretické přístupy k pracovní spokojenosti se dělí podle toho, zda pojímají pracovní spokojenost jako jednodimenzionální nebo dvoudimenzionální jev. V případě jednodimenzionálního přístupu jsou spokojenost a nespokojenost chápány jako krajní meze jedné roviny a jejich míra se může kontinuálně pohybovat od úplné spokojenosti po úplnou nespokojenost. Jiným způsobem řečeno, dostatek spokojenosti vyplývá z nedostatku nespokojenosti. Tento přístup také předpokládá i přímo úměrný vztah obou veličin tj. vytvářením příznivějších podmínek pro práci se bude zvyšovat spokojenost. Takovýto přístup je základem jednofaktorové teorie (Maslow, Alderfer, Vroom, Stogdill). Dvoudimenzionální přístup je ovlivněn zjištěním, že spokojenost a nespokojenost jsou ovlivňovány různými skupinami faktorů. Jako příklad je uveden plat, který se výrazně podílí na nespokojenosti, ale neovlivňuje spokojenost. Tento přístup je základem dvoufaktorové teorie (Herzberg, Maixner, Snyderman) (46, 55).

Představitelem jednodimenzionálních teorií pracovní spokojenosti je Maslowova hierarchie potřeb. Maslow uvádí: „Člověk je bytost s potřebami



a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje (56, str. 14).“

Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa vychází z uspořádání lidských potřeb do pěti úrovní.

Fyziologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu a slouží k přežití. K těmto potřebám řadíme pohyb, spánek, čistotu, výživu, vyprazdňování, dýchání, sexuální potřebu. Jedinec dělá většinou všechno pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními. V situaci, kdy se stávají fyziologické potřeby aktuálními, stanou se dominantními a ovlivní celkové jednání a chování člověka. V organizační praxi bychom tyto potřeby situovali na příjemnou teplotu na pracovišti, fungující jídelnu a kantýnu, vhodné pracovní oblečení nebo hygienické zázemí, zkrátka příjemné pracovní podmínky (23, 55).

Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty. Pracovní uplatnění nachází tato potřeba např. v jistotě práce, úpravě pracovní doby, bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, ve valorizaci mezd či pracovních výhodách, ale také při fungující zpětné vazbě od nadřízeného (55, 56).

Potřeba lásky a sounáležitosti, nazývána někdy také jako potřebou afiliační, je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění. V pracovním kolektivu může být naplněna příjemnou atmosférou na pracovišti, přátelským vedením, soudržností pracovního týmu či setkáváním zaměstnanců mimo pracovní dobu (výlety, kultura, sport), nebo také pozitivní zpětnou vazbou od pacientů (55, 56).

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Zmíněná potřeba může být saturována odměnou za splnění úkolu, delegováním k určitému tématickému úkolu, respektováním zlepšovacího návrhu, vysláním na konferenci či seminář, návrhem na vyšší tarifní ohodnocení, kladným oceněním ze strany spolupracovníků, uznáním prestiže profese či pozice ale také pocitem naplnění z konkrétní práce (55, 56).

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být, tzn., že musí sám u sebe nacházet uspokojení z práce a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře. Klasickým příkladem saturace této potřeby je nabídka povýšení, tvůrčí příležitost, úspěšnost v práci, náročná práce (23, 56).

Maslow předpokládá, že práce, která může uspokojit většinu jím uznávaných potřeb, je tou prací, která by mohla být zdrojem větší spokojenosti pracovníka (56).

Zástupcem dvoudimenzionální teorie pracovní spokojenosti je Herzberg. V této teorii jsou diferencovány dvě skupiny faktorů. První skupinu představují faktory, které se týkají obsahu práce a váží se k osobnosti člověka (samotná práce, úspěch, uznání, zodpovědnost, růst a povýšení). Tato skupina je nazvána jako motivační faktory a jejich příznivé hodnocení ovlivňuje spokojenost. Druhá skupina je tvořena faktory, které se týkají vnějších podmínek práce (mezilidské vztahy, dozor, pracovní podmínky, plat a bezpečí, firemní politika). Tato skupina je označena jako hygienické faktory a jejich nepříznivé hodnocení vyvolává nespokojenost (46, 55).

Dvoudimenzionální Herzbergova teorie lépe vyjadřuje složitost pracovní spokojenosti jako jevu, avšak nevystihuje všechny jeho vazby a proměnlivosti. Velmi málo zaznamenává a vyjasňuje změny v emocionálních reakcích. Příkladem je přidání platu, které nás může krátkodobě povzbudit, ale postupem času pozitivní prožitek odezní a nastavenou úroveň začneme brát jako standard. Nepopiratelným ziskem Herzbergerova výzkumu však zůstává rozlišení dvou skupin faktorů, kdy se jedna skupina faktorů přiklání k vnitřním podmínkám tj. k osobnosti člověka a skupina druhá k vnějším podmínkám, týkajícím se organizace (46).

### *1.5.3 Vnitřní a vnější faktory ovlivňující pracovní spokojenost*

Pracovní spokojenost jako postoj je ovlivňována značným množstvím faktorů. Význam těchto faktorů a pořadí jejich důležitosti na utváření spokojenosti či nespokojenosti jsou značně proměnlivé. Jejich spektrum lze rozdělit na vnitřní, osobnostní proměnné a vnější, které jsou na pracovníkovi nezávislé (28, 32, 55).

#### *1.5.3.1 Vnitřní faktory ovlivňující pracovní spokojenost*

Věk je jedním z nejvýznamnějších vnitřních faktorů působících na pracovní spokojenost. Přibližně do třiceti let života je pro člověka typická zvýšená aktivita. Jedinec je, pokud jde o dosahování vlastních cílů, netrpělivý a jeho jednání je mnohem více ovlivnitelné aktuálními reakcemi na různé podněty. Tímto je způsobena i větší nespokojenost, která se po 45. roce věku snižuje, kdy má člověk již realističtější přístup k životu, což se samozřejmě uplatní i v pracovní sféře. V knize o personálním managementu Armstrong uvádí, že „starší lidé jsou se svou prací více spokojeni než mladší a že spokojenost s prací má tendenci s věkem stoupat.“ Často se hovoří o tzv. mezigeneračních konfliktech, čímž rozumíme rezervovaný či odmítavý postoj k některým předávaným normám a hodnotám, které nová generace považuje za překonané. Avšak soužití několika věkových kategorií sester na jednom pracovišti nemusí nutně znamenat mezigenerační konflikty. Je nezbytné identifikovat silné stránky jednotlivých generací a na nich stavět, aby byl vytvořen dobře fungující tým. Kovářová ve své publikaci uvádí v souvislosti s věkem sester nový fenomén a tím je klesající počet sester ve věkových skupinách mladších 45 let a naopak vyšší podíl sester ve věkových skupinách starších 45 let (1, 28).

S věkem zaměstnanců úzce souvisí další kategorie pracovní spokojenosti, kterou je délka zaměstnání. Podle Kohoutka existuje předpoklad, že člověk setrvává na stejném pracovním místě z důvodu, protože se mu daří a stávající zaměstnání mu vyhovuje a s postupem času je i větší možnost adaptace (28).

V míře spokojenosti nalezneme rozdíly také mezi oběma pohlavími. Muži očekávají takové pracovní podmínky, které jim umožní uspokojit potřebu

sebeprosazení, adekvátní sociální a finanční ocenění. Ženy očekávají zejména uznání, dobré vztahy, přijetí což jsou sociální aspekty práce. Tyto aspekty jsou také uváděny respondentkami ve výzkumu „Změny v postavení sester na počátku nového tisíciletí“ (3, 5, 28).

Lze předpokládat, že i rodinný život může přinášet mnoho stabilizačních a jiných pozitivních prvků, které mají vliv i na osobnost člověka v pracovním procesu. Ale jak uvádí Kovářová, sestry jsou vystaveny zvyšujícímu se tlaku při harmonizování povinností mezi rodinným životem a nároky pracovního procesu. Z výzkumu Šimíkové vyplývá, že převážná část dotazovaných sester myslí na svou práci i doma a pracovní problémy se odrážejí i v osobním životě (28, 30).

Úspěšné vykonávání jakékoli pracovní činnosti vyžaduje určité množství motivace. V pracovním procesu se motivace komplexně projevuje ve vztahu člověka k práci. Náležitá motivace směřuje k požadované úrovni výkonu. Ke stimulujícím (motivačním) činitelům řadíme společenské hodnocení práce, hmotné hodnocení, jistotu pracovního místa, společenské hodnocení v pracovní skupině, porovnávání výsledků vlastní činnosti s výsledky činnosti druhých pracovníků, činnost vedoucích pracovníků, výkon pracovní činnosti a seberealizace, kariérní postup, serióznost nebo pověst organizace, pracovní podmínky, vzdělávání a odborný rozvoj, zpětná vazba a hodnocení, atmosféra na pracovišti (1, 28, 32, 38).

#### *1.5.3.2 Vnější faktory ovlivňující pracovní spokojenost*

Ke vnějším faktorům ovlivňujícím pracovní spokojenost a které jsou na pracovníkovi nezávislé, bezesporu patří fyzikální prostředí. Během pracovního procesu je člověk různě ovlivňován pracovním prostředím, které je vytvořeno řadou složitých a rozmanitě působících činitelů, které do značné míry ovlivňují hodnocení spokojenosti. Jedná se o osvětlení, hluk a vibrace, prašnost, kvalitu ovzduší, teplotu, chemické, fyzikální a biologické škodliviny. Význam fyzikálních podmínek vzrůstá zejména v případě, že jsou nepříznivé a nepřispívají k pohodě. A právě nezdravé pracovní prostředí snižuje výkon sester a je jedním z důvodů nedostatku sester (5, 37, 55).

Bezpečné pracoviště je předpokladem pro pozitivní pracovní prostředí. Práce všeobecných sester patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Zdravotníci se pohybují v prostředí, kde se setkávají s infekčními chorobami, radioaktivním zářením a chemickými látkami. Často musí zvládnout velmi fyzicky náročnou manipulaci s pacientem. Zde působí vynucená poloha těla při práci, trvalá práce ve stoje, jednostranné zatížení páteře a končetin aj. Fyzická práce je náročná na svalové skupiny a pohybové ústrojí, představuje navíc zátěž kardiovaskulárního systému, zasahuje výrazně do metabolismu a termoregulace těla. Sestry jsou přetíženy psychicky, tato zátěž klade velké nároky na nervový systém a psychiku, pozornost, paměť, myšlení a rozhodování. Samozřejmě nemůžeme opomenout stres a odpovědnost za svěřené nemocné. Senzorická práce zatěžuje smyslové orgány, převážně zrak zejména při dlouhodobé práci při umělém osvětlení nebo sluch při práci s různými přístroji. Nejprůkazněji vypovídají o nebezpečnosti ve zdravotnictví údaje o nemocech z povolání Ústavu zdravotnických informací a statistiky. V roce 2002 bylo v České republice nahlášeno 1532 nemocí z povolání, přičemž podíl pracovníků ve zdravotnictví činil 17 % (5, 37, 42).

Psychosociální aspekty výkonu profese všeobecné sestry jsou jedním z dalších vnějších faktorů ovlivňujících spokojenost v práci. Postavení sestry je ve vztahu k nemocnému složitější než postavení lékaře. Sestra je vnímána pacientem jednak jako součást celého zdravotnického týmu (tj. v úzké spolupráci s lékařem), ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti. Od sestry se očekává, že unese fyzické a psychické nároky své profese a dokáže se vypořádat i s ostatními problémy spojenými s výkonem povolání. A právě tato psychosociální zátěž je jedním ze základních faktorů, které určují náročnost této profese. U sester může dojít v dlouhodobé perspektivě důsledkem nepřiměřených požadavků a omezené pozitivní sociální odezvy k příznakům chronické nespokojenosti, tzv. „burn out syndromu“, neboli syndromu vyhoření. Příčiny vzniku tohoto syndromu můžeme nacházet jak v individuálních faktorech (zvyšující se nároky

na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, stres, napětí, souhrnná zátěž i v soukromí), tak především v pracovních a organizačních faktorech (nátlak sociální role, monotónní rutina, nedostatek nezávislosti, absence sociální podpory). Syndrom vyhoření není jen obyčejná únava, ale je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce a života vůbec. V posledních letech je věnována velká pozornost právě problematice psychosociální zátěže a syndromu vyhoření u sester. Řada studií je zaměřena na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích jako ARO, JIP, dialyzační střediska (Bártlová, Jobánková 2001, Kovářová 2006). Tento názor však bývá v současné době často zpochybňován, neboť jiné studie uvádějí, že i sestry pracující ve standardních oborech jako interna, chirurgie či psychiatrie jsou rovněž vystaveny celé řadě faktorů způsobujících psychickou zátěž vedoucí až k syndromu vyhoření (5, 15, 22, 29, 42).

V souvislosti s pracovní spokojeností je důležitý také druh a charakter vykonávané práce. Zde hraje roli na jedné straně společenské ocenění a prestiž profese a na straně druhé konkrétní pracovní prostředí. Kromě toho souvisí i se subjektivním hodnocením povolání a mírou identifikace pracovníka s profesí. Zajímavá práce umožňující samostatné provádění činností, vlastní rozhodování a poskytující potřebný sociální status pozitivně ovlivňuje spokojenost. Bártlová uvádí: „Prestiž zpravidla chápeme jako určitý způsob kladného hodnocení, ocenění a úcty, který je prokazován osobám, předmětům, sociálním pozicím apod. Prestiž je relativní hodnota, je to důležitost a vážnost, která je připisována skupinám, povoláním nebo jejich příslušníkům, případně jednotlivým osobám, na základě určitého více či méně obecně uznávaného měřítka (5, str. 34).“ V českých zemích poprvé provedl výzkum prestiže v roce 1937 Obrdlík. Z výzkumů, jak se ukazuje nelze však zjednodušeně usuzovat na skutečnou společenskou prestiž. Jejich věrohodnost by musela být ověřena dalšími výzkumy. Je možné předpokládat, že se společenské hodnocení povolání sestry mění vlivem změn probíhajících ve zdravotnictví. Nicméně, důležité je i to, jak posuzují svoji profesi z hlediska prestiže samotné sestry. Vnímání společenského hodnocení vlastní profese je důležitým indikátorem vztahu k povolání. Pokud se soustředíme na výzkum Bártlové prováděný v letech 2004 – 2006 „Změny v profesi sestry na počátku nového tisíciletí“, dozvíme se mimo jiné i jak je vnímána společenská prestiž samotnými

sestrami. V České republice je vážnost profese všeobecné sestry vnímána nejčastěji jako průměrná nebo nižší. Pozitivněji vnímají prestiž mladší sestry s praxí v oboru do tří let a všeobecné sestry, které hodnotí vlastní životní úroveň jako vyšší. Pro vnímání prestiže vlastního povolání není důležité, v jakém typu a na jakém oddělení zdravotnického zařízení sestra pracuje. Nebyly zjištěny výrazné statisticky významné rozdíly mezi sestrami ve státních či soukromých zařízeních. Rovněž stupeň vzdělání nemá na vnímání společenské prestiže profese všeobecné sestry vliv (3, 5, 32).

Finanční ohodnocení je prostředkem k zabezpečení naší základní existence, ale zároveň působí jako forma společenského ocenění. Mzda je tedy prostředkem k uspokojení jak nižších tak vyšších potřeb člověka. Stává se tak poměrně dominantním činitelem motivace a následně i pracovní spokojenosti. Ale není tomu tak u všech pracovníků a za jakýchkoliv okolností. Výzkumy ukazují, že v podmínkách ohrožujících zdraví je pracovní nespokojenost zásadně ovlivněna faktory vztahujícími se k riziku, nebezpečí a ochraně zdraví, ale ne finančním ohodnocením. Z výsledků výzkumů Bártlové v roce 2006, vyvolává plat sester v České republice jednoznačně nejvyšší míru nespokojenosti. V roce 2009 si Ministerstvo zdravotnictví plně uvědomuje situaci na trhu práce související s povoláním všeobecných sester v České republice, uvědomuje si také, že tento dlouhodobý jev může v budoucnosti významně ohrožovat rozsah, dostupnost i kvalitu zdravotní péče. Mezi nejzávažnější příčiny patří finanční ohodnocení, dlouhé a duplicitní vzdělávání, postavení ve společnosti, kompetence a pracovní podmínky. 1. července 2009 dochází k navýšení platů všeobecných sester o 15 % cestou zvýšení tarifů a k úpravě Katalogu prací. V roce 2011 uzavírá Ministerstvo zdravotnictví s Českou asociací sester memorandum garantující zlepšení podmínek nelékařských pracovníků. Zaměřuje se na oblasti vzdělávání, posilování kompetencí, reformní a protikorupční kroky a rovněž zvyšování platů nelékařských pracovníků. První návrh chystaných změn bude připraven do 30. 6. 2011 (11, 24, 32, 42, 55, 60, příloha č. 4).

Pracovní skupina zaujímá významnou pozici mezi faktory podílejícími se na pracovní spokojenosti. Každý člověk má potřebu patřit do nějaké sociální skupiny, být její součástí, identifikovat se s ní. Příslušnost ke skupině uspokojuje různé potřeby.

Síla a přitažlivost jakékoli sociální skupiny je tím větší, čím více může tyto potřeby uspokojit. Prostředí, ve kterém se pracovně pohybujeme, zahrnuje celou řadu determinant jako je velikost pracovní skupiny, složení pracovní skupiny, vnitřní vztahy a vztahy k okolí. Důležitým aspektem je sociální klima skupiny, na němž závisí spokojenost jejích členů a míra její aktivity. Bártlová uvádí: „Vztahy mezi zdravotnickým personálem, především vztahy mezi sestrami a lékaři jsou jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti a také významným prvkem v poskytování zdravotnické péče a mohou mít vliv na výsledky poskytované zdravotní péče (2, str. 31).“ Z dalšího výzkumu Bártlové vyplývá, že pro naprostou většinu sester jsou vztahy s lékaři velmi důležité pro jejich spokojenost v práci. Některé dílčí výsledky však naznačují také negativní zkušenosti sester ve vztahu s lékaři, které se týkají chování lékařů ve smyslu nerovnocennosti, neprofesionality a přehlížení, ale také nešetrného a neetického přístupu lékaře k pacientům. Jak autorka uvádí: „Zlepšení vztahů mezi sestrami a lékaři je nejdůležitějším faktorem při redukování nežádoucích účinků nevhodného chování na klinické výsledky (6).“ Sociální klima na pracovišti závisí na charakteru vztahů a interakcí mezi jejími členy, je zde důležité jasné vymezení pravidel chování, pravomocí a povinností jednotlivých členů. Sociální klima působí na výkon, soudržnost na motivovanost a spokojenost členů skupiny a z ní vyplývající ochotu se v daném směru angažovat (7, 16, 38, 55).

Sociálním klimatem na pracovišti se zabývá management v ošetrovatelství. Definovat bychom ho mohli „jako všechno, co posiluje vztahy v týmu, co udržuje a podporuje správné fungování systému péče, co dokáže rychle a efektivně reagovat na problémy v pracovních i mezilidských vztazích (55, str. 321).“

#### *1.5.3.3 Podíl managementu ve zdravotnictví na ovlivňování pracovní spokojenosti zaměstnanců*

Ve zdravotnictví se setkáváme se třemi základními úrovněmi manažerů. Manažeři první linie (základní management) provádějí činnosti spojené s výkonem každodenních úkolů a zodpovídají za vedení ošetrovací jednotky a uspokojení potřeb pacientů. Zajišťují komunikaci mezi vedením organizace a provozními pracovníky,



pověřují ošetrovatelskými úkoly členy týmu, monitorují a hodnotí pracovní výkony, motivují pracovní tým, usměrňují komunikaci s pacienty i v pracovním kolektivu, využívají smysl pro spravedlnost při odměnách nebo sankcích. Zabezpečují dostatečné množství spotřebního materiálu, pomůcek a léků. Management první linie je zastoupen staničnými sestrami (12, 26, 27).

Střední manažeři řídí určité stupně, při kterých využívají taktické vedení a střednědobé plánování, získávají a předávají informace, zaměřují se na mezilidské vztahy. Zodpovídají za celkovou činnost veškerého zdravotnického nelékařského i nezdravotnického personálu na oddělení či klinice. Plánují, vedou a kontrolují poskytování ošetrovatelské péče, podílí se na personálním obsazení pracoviště, zabezpečují odborný růst personálu. Spolupracují a delegují kompetence na své zástupce – staniční a úsekové sestry. Zástupci středního managementu jsou vrchní sestry (12, 26, 27).

Vrcholoví manažeři (top management) se nalézají na vrcholu manažerské pyramidy. Zařazujeme zde ředitele nemocnice, náměstkyni, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestra). Jejich zaměření je na strategické plánování, koncepce a vize. Vytvářejí nebo mění organizační struktury organizace. Náměstci pro ošetrovatelskou péči jsou zodpovědní za odbornou úroveň a celkovou činnost úseku ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení. Zodpovídají za koordinaci specifických ošetrovatelských postupů a plánů péče o pacienta, usměrňují zdravotnické pracovníky, zabezpečují aplikaci nových metod a poznatků v rámci zkvalitnění ošetrovatelské péče. Rozpracovávají na základě výsledků analýz koncepce a strategické plány v ošetrovatelské péči. Ve své práci spolupracují s poradním sborem, ve kterém jsou zastoupeni pracovníci zdravotnických odborů, vzdělávacích institucí a stavovských organizací. Přímo řídí vedoucí sestry klinik či oddělení, vedoucí laboranty a vedoucí asistenty. Ve zdravotnických zařízeních, které mají charakter obchodní společnosti (akciová společnost), vykonává funkci vrcholové sestry manažerka ředitelka pro ošetrovatelskou péči. Organizačně podléhá generálnímu řediteli akciové společnosti a zaměřuje se zejména na vize, koncepci a strategii plánování změn v organizační struktuře z pozice odborníka systému. (12, 26, 27).

Všeobecné sestry v současné době působí v organizacích a zařízeních ve funkcích vyžadujících roli manažera. Charakter práce i ostatní spolupracovníci vyžadují od sestry manažerky vytvoření takového pracovního prostředí, aby bylo možné zabezpečit kvalitní ošetrovatelskou péči. A právě toto všechno mají v rukách vrchní a staniční sestry, jak uvádí ve svém článku Škubová. Jsou-li dobré manažerky, nemohou nechat svůj kolektiv „zpustnout“. Musí ho denně opečovávat, posilovat a rozvíjet jeho přednosti. Musí vědět, že k jednomu z nežádanějších pocitů patří u člověka pocit bezpečí a jistoty. Nadřízená sestra by měla být oporou svým podřízeným v jejich oprávněných požadavcích a současně by se za ně měla postavit a obhájit je i v situacích, kdy pochybily. Velké množství empirických výzkumů dokládá velký význam pozitivního pracovního prostředí pro práci sester z hlediska jejich pracovní spokojenosti (52, 26).

Pro zdravotnické povolání je specifická převážně týmová práce. Tým představuje skupinu lidí se znalostmi a dovednostmi týkajícími se určitého oboru a stanoveného cíle. Práce v týmu posiluje v zaměstnancích motivaci a zájem o práci. Pracovní výsledky týmu mimo jiné souvisí také s osobností manažera a jeho řídicím stylem, jenž se promítá do předávání úkolů, kontroly a hodnocení pracovních výsledků. Umění vedoucího pracovníka spočívá ve schopnosti včas a diferencovaně ocenit preferenční úroveň potřeb člověka, měl by umět posoudit, zda a jakým způsobem se situace mění, načasovat a ve vhodnou dobu využít adekvátní motivační působení. Nespokojenost s vedoucím pracovní skupiny tak patří k okolnostem, které mají značný vliv na odchod pracovníka z organizace. Dobrou organizací práce jako faktor přispívající ke spokojenosti s prací rovněž uvádí výsledky výzkumu Bártlové z roku 2006 (1, 7, 15, 26).

Míra pracovní spokojenosti či nespokojenosti výrazně determinuje obecnou kvalitu života a projevuje se ve významném vztahu k fyzickému a duševnímu zdraví jedince. Z psychologického hlediska má pracovní činnost dvě vzájemně se spojující stránky. Objektivní stránka zahrnuje takové projevy pracovního chování, jako je výkonnost, efektivita, kvalita výsledků apod. Subjektivní stránka je představena spokojeností jakožto odrazem práce a jejích podmínek. Přestože jsou obě stránky

vzájemně propojeny, neznamena příznivá kvalita jedné stránky vždy automaticky výskyt stejné kvality na stránce druhé. Nemusí tedy nutně znamenat, že spokojení pracovníci budou vždy výkonní a naopak (55).

### ***1.6 Kvalita zdravotní péče***

Pojem kvalita, či jakost se řadí v posledních desítkách let k velmi frekventovaným slovům. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je zajímavým a citlivým tématem, které nezajímá pouze provozovatele těchto služeb, ale i širokou veřejnost. Má své průkopníky, je nejdůležitější složkou vývoje, postavení na trhu a úspěchu mnoha firem ve všech oblastech podnikání. Kvalita je intuitivně vnímaný pojem, který můžeme definovat mnoha způsoby. Pro orientaci jsou uvedeny některé z nich. WHO definovala v roce 1966 kvalitu péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ Gladkij vymezuje kvalitu jako „měřítko shody mezi vytýčenými cíly a poskytovanou péčí“, či jako „stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje.“ Škrla limituje kvalitu označením „dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (35, str. 136).“

Škrla uvádí ve své knize prohlášení Evropského výboru sester (PCN) z roku 2004, kde jsou sestry v Evropě považovány za nejpočetnější skupinu zaměstnanců a jako takové hrají ústřední roli v zavádění změn a zlepšování kvality poskytované péče. „Zajišťování kvality péče není pouze kolektivní odpovědností ošetřovatelské profese, ale osobní odpovědností každé sestry (53, str. 92).“

Nové zaměření poskytování kvalitní zdravotní péče vychází z přirozené potřeby etického a lidského přístupu k pacientům a přesvědčení, že léčebná péče by měla být orientována především na uspokojování potřeb pacientů, a to zejména těch, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální. Uspokojení nebo naopak nedostatečné saturování potřeb se promítá do vědomí pacientů jako subjektivně pocíťovaná spokojenost či nespokojenost, a to buď s péčí jako takovou, nebo s některými jejími aspekty. Kvalita zdravotní péče je tak chápána jako komplexní služba. Rozeznáváme tři dimenze kvality

zdravotních služeb. Kvalita služeb z hlediska klienta znamená, co vyžadují klienti od služeb. Kvalita služeb z hlediska profesionálního určuje, zda služby naplňují potřeby tak, jak jsou vymezeny profesionály, kteří je realizují a zda obsahují vhodné techniky a procedury, které jsou nezbytné pro plnění pacientových potřeb. Kvalita služeb z hlediska řízení stanovuje nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci stanovených limitů a nařízení. Tyto tři orientace v sobě zahrnují zajištění bezpečnosti, odbornosti, přijatelnosti, efektivnosti, vhodnosti, ekonomičnosti, dostupnosti, dodržení kontinuity péče, včasnosti a sociokulturního aspektu péče. Předmětem kvality péče ve zdravotnickém zařízení jsou produkty, např. léky, dokumentace, jídlo, prádlo, snímky vyšetření. Dále se jedná o péči či služby jako rehabilitace, diagnostické služby, odběry krve, ošetrovatelská péče, lékařská péče, apod. V rámci kvalifikace zaměstnanců by měli vedoucí pracovníci v pravidelných intervalech hodnotit výkon zaměstnanců, s jeho výsledkem by měli být zaměstnanci seznámeni. Posledním předmětem kvality je prostředí, v rámci kterého se sleduje stav budov, osvětlení, míra hluku, parková úprava nemocnice, provozní podmínky a kvalita pracovního prostředí (35, 41).

Kvalita zdravotní péče je veličina závislá na mnoha proměnných. Na pracovním prostředí, na materiálních, finančních a personálních zdrojích, na podnikové kultuře a etice, na úrovni medicínské a ošetrovatelské péče, na loajalitě zaměstnanců, na strategii a koncepci managementu, na komunikaci, a také na kontrole a nápravných opatřeních. Hodnocení kvality má dvě orientace. Subjektivní, která představuje jak je člověk jako jedinec spokojen s poskytovanou péčí, a objektivní, která představuje sledování určitých přesně nastavených a dohodnutých kritérií. Každá nemocnice by měla monitorovat a vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče. Programy mají různou formu, jako například komplexní řízení kvality „Total Quality Management – TQM“, které se uplatňuje zejména při zajišťování kvality řízení celého zdravotnického zařízení a pro zajištění kvality neklinických provozů, např. stravování, úklid či praní prádla. V rámci tohoto řízení se pak užívají mezinárodní normy kvality ISO 9000:2000 či 9001:2000. Novější podoba má název „Continuous Quality Improvement – CQI“ a je v dnešní době ve zdravotnictví velmi zdůrazňována. V praxi to znamená snahu o kontinuální zlepšování kvality všech procesů poskytování péče,

včetně klinických procesů. Spolupracuje se zde s klinickými ukazateli kvality péče a s doporučenými postupy „Clinical practice Guidelines“, jejichž vývoj se na mezinárodní i národní úrovni opírá o uplatňování tzv. „Evidence Based Medicine“ a „Evidence Based Nursing“, což znamená medicínu a ošetřovatelství založené na vědeckých důkazech. V praxi je pak nutné, aby se začaly co nejdříve uplatňovat nejnovější vědecké poznatky a přístupy, ověřené validními klinickými studiemi (8, 41).

Jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnické péče je spokojenost pacientů. Kromě posuzování kvality péče podle klinických ukazatelů je dnes standardně používaným měřítkem jejího hodnocení. Spokojenost pacientů začala být v České republice sledována počátkem 90. let minulého století. Bylo to v době zásadních politických, sociálních a ekonomických změn, které kromě jiného přinesly do zdravotnictví novou manažerskou kulturu. Většina vedoucích pracovníků v této době byla změnám a novým přístupům nakloněna a měli snahu manažerskou praxi modernizovat. Tento pozitivní faktor, přispěl k poměrně rychlému rozšíření průzkumů spokojenosti v našich nemocnicích. Problematikou se začala teoreticky i výzkumně zabývat Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a empiricky začala spokojenost pacientů zkoumat Hnilicová. Sledování spokojenosti pacientů je chápáno jako nezbytná součást managementu kvality zdravotní péče (8, 41).

Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou tedy užitečnou zpětnou vazbou pro lékaře, ošetřující personál i pro vedení zdravotnického zařízení. Lze je velmi dobře využít jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. Spokojenost pacientů nelze zaměňovat či ztotožňovat s kvalitou klinické péče, definovanou podle objektivně měřitelných ukazatelů, i když klinický efekt léčby může spokojenost pacientů do jisté míry ovlivnit. Pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, více důvěřují lékařům a sestřám. To může mít pozitivní vliv na míru spolupráce pacientů v průběhu léčby a ve výsledku pak vymezit dosažené klinické výsledky. Proto jsou v dnešní době pacienti žádáni, aby kvalitu péče ohodnotili. Děje se tak pomocí programů zajišťování a hodnocení kvality, které jsou známy pod anglickým termínem „Quality Assurance“ (8, 41).

### *1.6.1 Metodika „Kvalita očima pacientů“*

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí je významným indikátorem při sledování kvality ošetrovatelské péče. Často se stává předmětem diskusí otázka, zda je možné vymezit či definovat spokojenost pacientů. Jednoznačná odpověď zatím není. Existují určité pokusy v tomto směru ve smyslu základního myšlenkového rámce (41).

Ministerstvo zdravotnictví podpořilo v rámci programů „Zdraví 21“ a „Národní politika jakosti“ vývoj standardizované metodiky nazvané „Kvalita Očima Pacientů.“ Řešitel projektu RNDr. Tomáš Raiter ve spolupráci se společností STEM/MARK, a.s. zkonstruovali výzkumný nástroj a metodiku zpracování dat lokalizované pro Českou republiku. Metodika je měřitelná se zahraničními a umožňuje srovnání. Je využívána nejen v přímo řízených organizacích Ministerstva zdravotnictví, ale stále častěji je používána jako nástroj řízení kvality zdravotnictví na úrovni krajů. Krajské samosprávy využívají hlavní přednosti této metodiky, která spočívá v tom, že poskytuje výstupy použitelné jak pro informovanost laické veřejnosti, tak i pro odbornou veřejnost a managementy nemocnic na území kraje. Smyslem standardizovaného měření kvality péče, založeném na shodné metodice sběru a zpracování dat o zkušenostech pacientů, je umožnit přesné a statisticky průkazné srovnání kvality jednotlivých nemocnic a jejich odborných útvarů. Informace o kvalitě péče, kterou poskytují pacienti jednotlivých klinik, oddělení a stanic nemocnice jsou zároveň důležitým podkladem pro management nemocnice při zlepšování služby pacientům a odstraňování nedostatků ve zdravotní péči (43, 44).

V modelu postaveném na „dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích“, je spokojenost určována pozitivním ohodnocením určených dimenzí. Původ těchto dimenzí je empirický, jsou statisticky odvozeny pomocí faktorové analýzy z dat získaných v průzkumech. V metodice Kvalita očima pacientů vznikly dimenze jako výsledek hledání odpovědí na čtyři obecné otázky. Co pacienti chtějí? Co pacienti oceňují, čeho si váží? Co pomáhá a co brání schopnosti pacientů zvládat zdravotní potíže? Jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodiny nejdůležitější? Výsledkem je osm různých dimenzí kvality, které se staly měřítkem toho, zda se pacient

cítí po zkušenosti se zdravotnickým zařízením spokojený či nespokojený. Dimenze kvality se týkají následujících oblastí. Přijetí pacienta do nemocnice (zdravotnického zařízení), respektu, ohledů, úcty k pacientovi, koordinace a integrace péče o pacienta, informací, komunikace s pacientem, tělesného pohodlí pacienta, citové opory a zmírnění strachu a úzkosti pacienta, zapojení rodiny a blízkých pacienta, propouštění a pokračování léčby pacienta. „Dimenze jsou tématicky definované oblasti péče o pacienta a každá dimenze zahrnuje 3 – 10 škálových otázek dotazníku. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí v jednotlivých dimenzích je vyjádřena procentem pozitivních hodnocení poskytnuté péče ve vybraných ukazatelích, které tvoří jednotlivé dimenze“. Žádná z hodnocených dimenzí neobsahuje hodnocení odborného lékařského postupu. Praxe z obdobných výzkumů po celém světě ovšem potvrzují vysokou korelaci mezi kvalitou odbornou a kvalitou měřenou prostřednictvím těchto osmi dimenzí kvality (21, 44).

Pravidelné poskytování informací o kvalitě zdravotní péče veřejnosti významně přispívá ke zvyšování povědomí o odpovědnosti občanů za své zdraví a posilování pozice pacienta v systému zdravotní péče v České republice. Zdravotnická zařízení v České republice by se měla připravit na to, že nároky pacientů stále porostou. Generace, které budou žádat služby a komunikaci na vysoké úrovni, teprve dozrávají do věku zvýšené spotřeby zdravotnických služeb. Proto je nutné počítat s tím, že pouze ta zdravotnická zařízení, která budou své služby zdokonalovat rychleji, než porostou požadavky klientů, budou vykazovat také růst spokojenosti pacientů (43, 44).

Spokojenost pacientů je přímo úměrná se spokojeností zdravotnického personálu. Zkušenosti ze zahraničí i u nás převážně ukazují, že pacienti jsou zpravidla spokojeni tam, kde je také spokojen personál zdravotnického zařízení. Nedílnou součástí systematické práce na zvyšování kvality zdravotní péče je proto také uskutečňování standardizovaných výzkumů zaměřených na kvalitu pracovního života personálu zdravotnických zařízení (43).

## **2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky**

### ***2. 1 Cíle práce kvantitativní výzkum***

- Cíl 1: Identifikovat faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení.
- Cíl 2: Zjistit vliv délky praxe všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení na jejich spokojenost v zaměstnání.
- Cíl 3: Zjistit vliv identifikovaných faktorů nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče.

### ***2. 2 Předpokládané hypotézy kvantitativního šetření***

- H1: Nejčastěji vyskytujícím se faktorem nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení je nedostatečné finanční ohodnocení.
- H2: Sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení déle než jeden rok jsou v zaměstnání více spokojeny než sestry s praxí jeden rok a méně.
- H3: Faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení negativně ovlivní spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

### ***2. 3 Cíl práce kvalitativní výzkum***

- Cíl 1: Zmapovat způsob snižování faktorů nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení z pohledu managementu.

### ***2. 4 Výzkumné otázky kvalitativního šetření***

1. Jakým způsobem zjišťuje management příčiny nespokojenosti sester?
2. Jaké možnosti řešení má top management při snižování faktorů nespokojenosti sester?
3. Jakým způsobem postupuje při odstraňování faktorů nespokojenosti střední a základní management?



### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metoda sběru dat***

Výzkumný úsek diplomové práce byl rozdělen na dvě části. První část se týkala dotazování všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení, jímž byly zjišťovány faktory nespokojenosti v jejich povolání. Dotazováním byla také zjišťována spokojenost hospitalizovaných pacientů s ošetrovatelskou péčí na kardiochirurgickém oddělení. Druhá část se týkala činnosti základního, středního a top managementu nemocnice při odstraňování či snižování faktorů nespokojenosti. První dvě dotazování probíhala současně, druhá část byla realizována po vyhodnocení výsledků předchozí, první etapy výzkumu.

K podrobnému zmapování dané problematiky byla ke sběru dat zvolena metodologie výzkumu jak kvantitativní, tak kvalitativní. V kvantitativní části byl vytvořen dotazník pro všeobecné sestry a pro pacienty podstupující léčbu na kardiochirurgickém oddělení. Srozumitelnost a použitelnost dotazníků byla zjištěna předvýzkumem a konzultací se statistikem. V dotazníku pro sestry, který obsahoval 34 otázek, jsme využili ve větší části otázky uzavřené, ve čtyřech případech otázky polouzavřené a v jednom případě otázku otevřenou a projekční. Dotazník pro pacienty obsahoval 9 otázek. Polouzavřené otázky byly tři, otevřená a projekční otázka byla jedna, zbytek tvořily otázky uzavřené. K měření spokojenosti respondentů jsme použili pětibodovou Likertovu stupnici. Nestandardizované dotazníky, použité ve výzkumné části jsou uvedeny v přílohách 1 a 2. Nástrojem sběru dat kvalitativního šetření byl individuální nestrukturovaný otevřený rozhovor. Odpovědi respondentů byly zaznamenány písemnou formou a přepsány. Otázky použité v rozhovoru jsou uvedeny v příloze 3.

Sběr dat probíhal v období od prosince 2010 do dubna 2011. Dotazníky byly distribuovány osobně po předchozím schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Vyplňování dotazníků probíhalo anonymně do předtištěných formulářů, pacienti vyplňovali dotazníky po propuštění z hospitalizace. Vyplněné dotazníky byly

vhazovány do označené, uzamčené schránky na oddělení. Pro vlastní výzkumné šetření bylo distribuováno 300 dotazníků (150 sestry, 150 pacienti). Vráceno bylo 248 vyplněných dotazníků (128 sestry, 120 pacienti). Návratnost dotazníků byla 82,6 %. Do závěrečného hodnocení bylo použito 202 vyplněných dotazníků (100 sestry, 102 pacienti). Výsledky kvantitativního šetření byly zpracovány pomocí programu SPSS verze 11.0 a datové matice Microsoft Office Excel 2007. K vyhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných byly použity křížové testy. Výsledkem kvalitativního výzkumu byla kategorizace dat získaných z rozhovorů a interpretace v tabulkách.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor v kvantitativní části zahrnoval všeobecné sestry kardiologického oddělení, pracující na standardním oddělení, na oddělení JIP a oddělení resuscitační péče, a dále pak pacienty podstupující léčbu na kardiologickém oddělení. Pacienti vyplňovali dotazník v den propuštění z hospitalizace. Respondentům byla ponechána možnost odmítnutí účasti na tomto šetření, čehož část dotazovaných využila. Celkem bylo osloveno 248 respondentů.

Výběrový vzorek pro kvalitativní šetření byl tvořen třemi staničními sestrami, jako zástupci základního managementu, dvěma vrchními sestrami, jež zastupují střední management a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, která zastupuje top management. Pro potřeby výzkumného šetření byly respondentky označeny S1 – S3 (staniční sestry), V1, V2 (vrchní sestry), H1 (hlavní sestra).

Vlastní výzkumné šetření probíhalo v IKEM v Praze se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

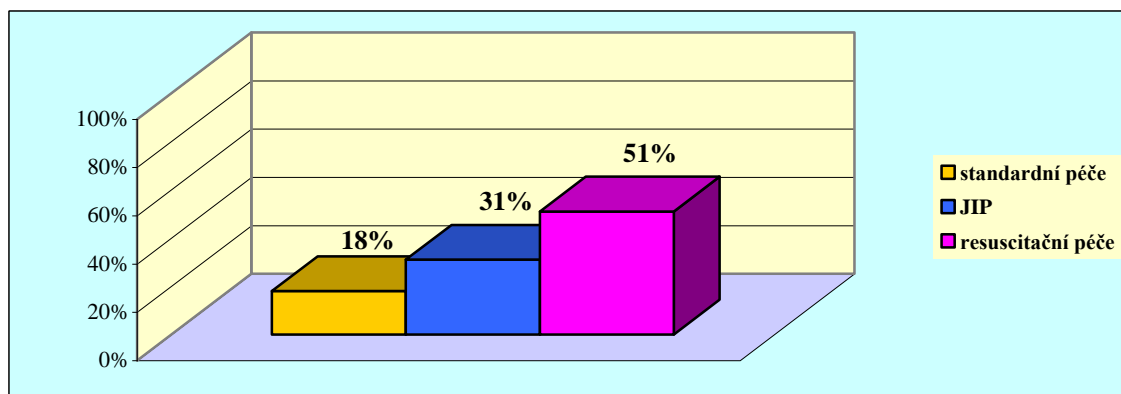
## 4. Výsledky

### 4.1 Kvantitativní výzkum – Vyhodnocení dotazníků pro všeobecné sestry

Ke zpracování výsledků byly použity programy Microsoft Excel, Microsoft Word a program SPSS.

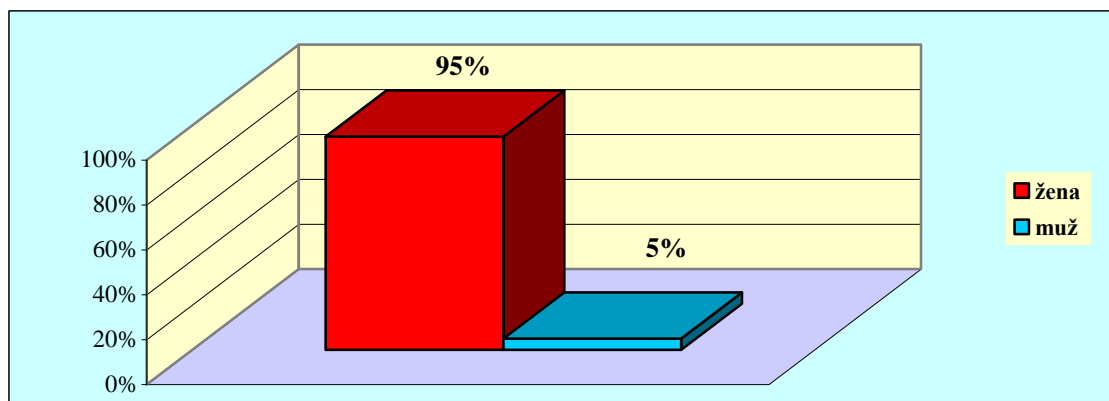
#### 4.1.1 Popisné charakteristiky

**Graf 1 Rozdělení respondentů podle typu oddělení** (k otázce č. 4, dotazník sestry)



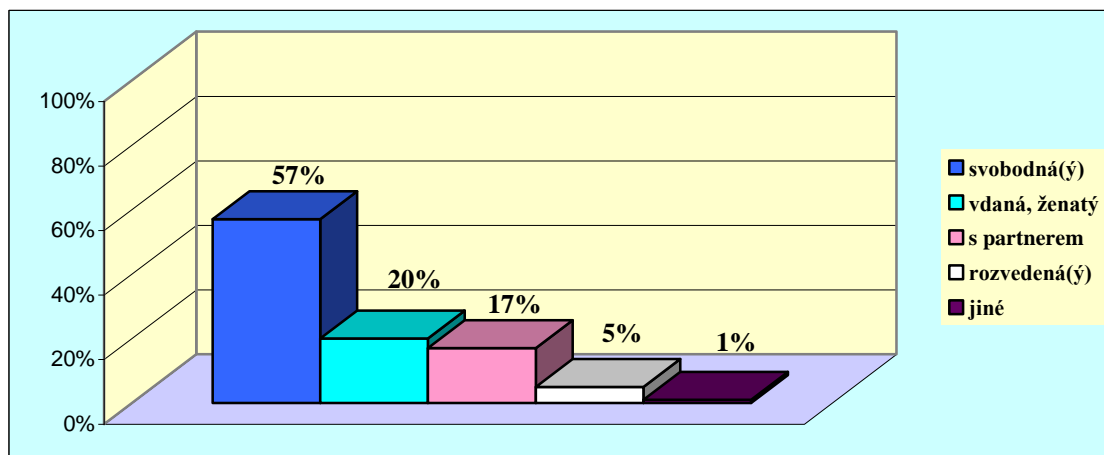
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) pracuje 51 sester (51 %) na oddělení resuscitační péče, 31 respondentů (31 %) je zaměstnáno na jednotce intenzivní péče a 18 respondentů (18 %) pracuje na oddělení standardní péče.

**Graf 2 Pohlaví respondentů** (k otázce č. 1, dotazník sestry)



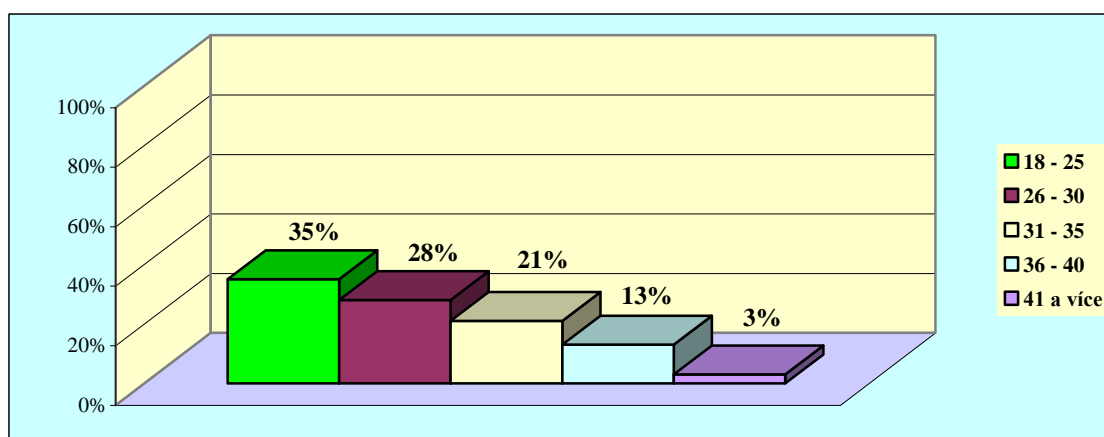
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo 95 zástupců (95 %) žen a pouze 5 dotazovaných (5 %) bylo mužského pohlaví.

**Graf 3 Rodinný stav respondentů** (k otázce č. 2, dotazník sestry)



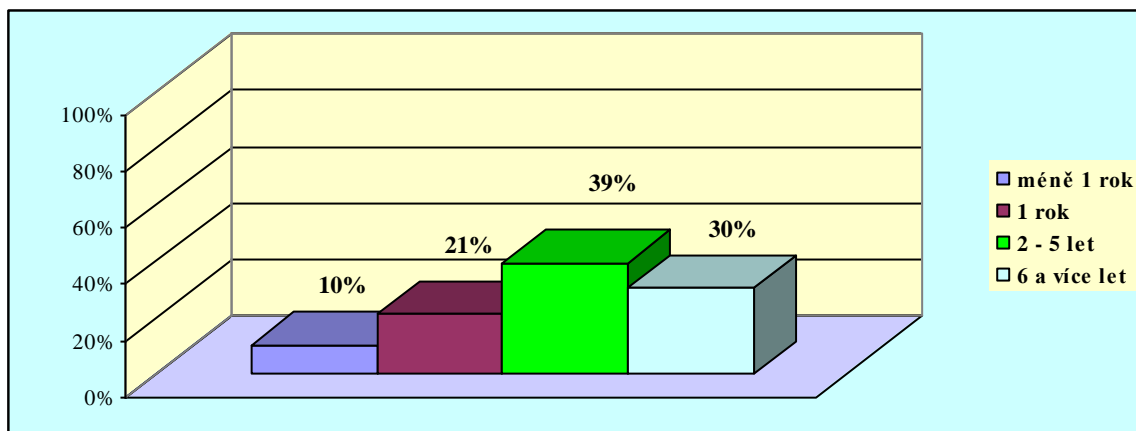
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 57 respondentů (57 %) svobodných, 20 respondentů (20 %) označilo odpověď vdaná/ženatý, 17 respondentů (17 %) žije s partnerem. 5 respondentů (5 %) je rozvedených a 1 respondent (1 %) označil odpověď jiné.

**Graf 4 Věkové skupiny respondentů** (k otázce č. 3, dotazník sestry)



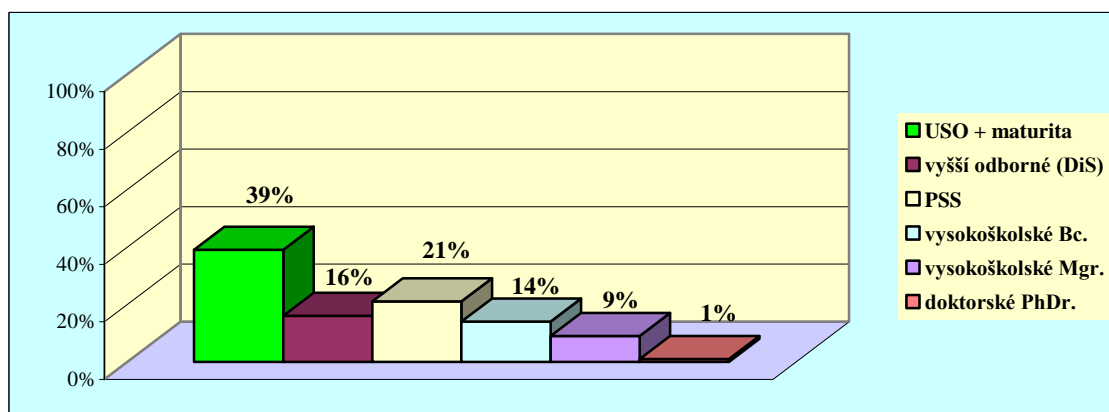
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 35 respondentů (35 %) ve věku 18 – 25 let, věková skupina 26 – 30 let je zastoupena 28 respondenty (28 %), 31 – 35 let má 21 respondentů (21 %). Věkovou kategorii 36 – 40 let označilo 13 respondentů (13 %) a ve věkové kategorii 40 a více let se nachází 3 respondenti (3 %).

**Graf 5 Délka praxe respondentů** (k otázce č. 5, dotazník sestry)



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je nejčetnější skupina 39 respondentů (39 %) s praxí 2 – 5 let. Druhou skupinu tvoří 30 respondentů (30 %) s délkou praxe 6 a více let. S praxí 1 rok se nachází na třetím místě 21 respondentů (21 %) a délku praxe méně než 1 rok označilo 10 respondentů (10 %).

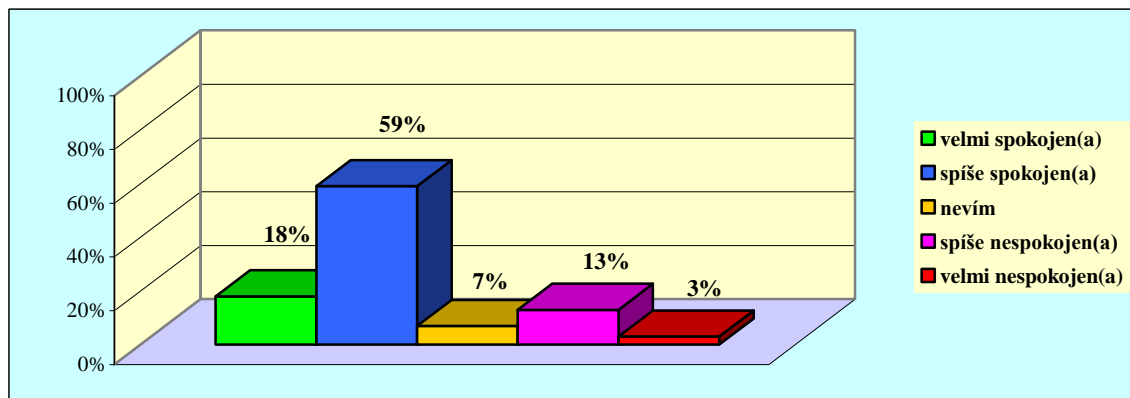
**Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů** (k otázce č. 6, dotazník sestry)



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) má 39 respondentů (39 %) úplné střední odborné vzdělání s maturitou. 21 respondentů (21 %) absolvovalo PSS a 16 respondentů (16 %) má vyšší odborné vzdělání DiS. 14 respondentů (14 %) má ukončené vysokoškolské vzdělání a titul Bc., 9 respondentů (9 %) má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. 1 respondent (1 %) má ukončené vysokoškolské vzdělání a titul PhDr.

#### 4.1.2 Spokojenost všeobecných sester na jednotlivých odděleních

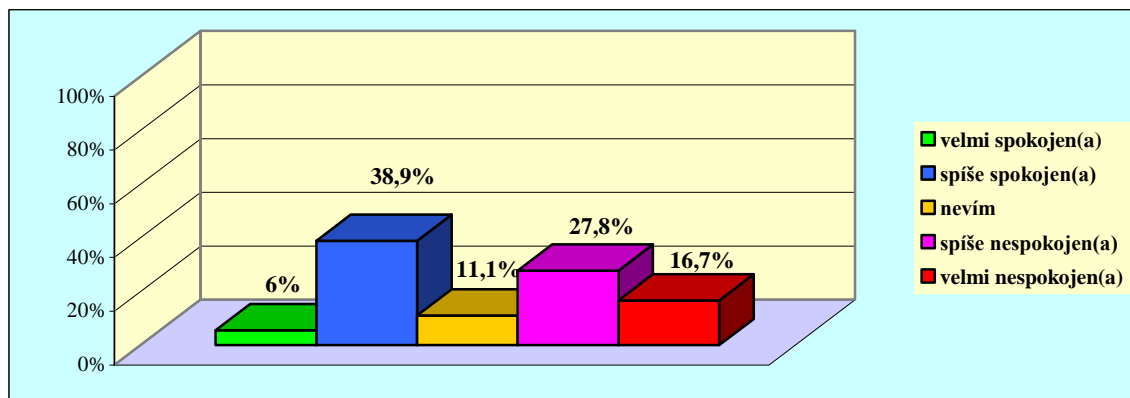
**Graf 7 Spokojenost respondentů v zaměstnání (k otázce č. 9, dotazník sestry)**



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 59 dotazovaných (59 %) ve svém zaměstnání spíše spokojeno. 18 respondentů (18 %) je v zaměstnání velmi spokojeno.

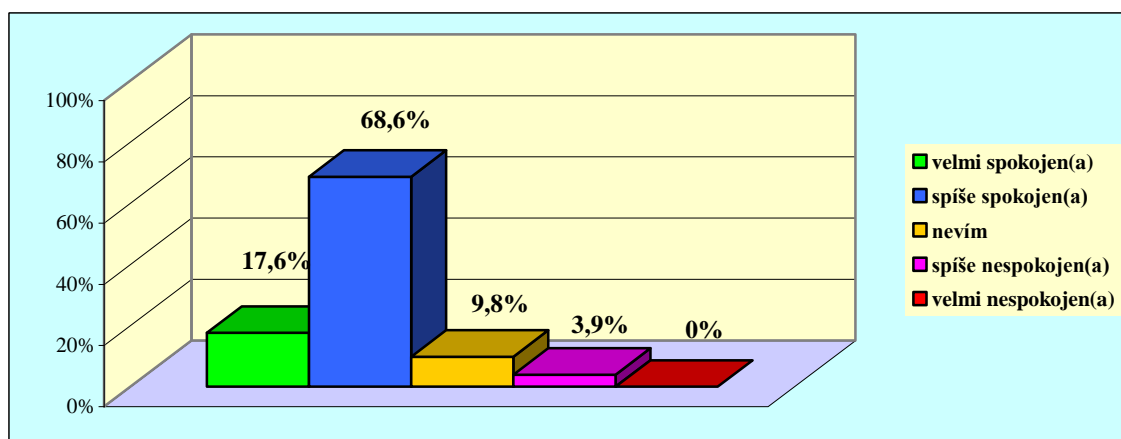
13 respondentů (13 %) uvádí, že je ve svém zaměstnání spíše nespokojeno a 3 respondenti (3 %) jsou v zaměstnání velmi nespokojeni. 7 respondentů (7 %) označilo otázku nevím.

**Graf 8 Spokojenost respondentů v zaměstnání – standardní oddělení**



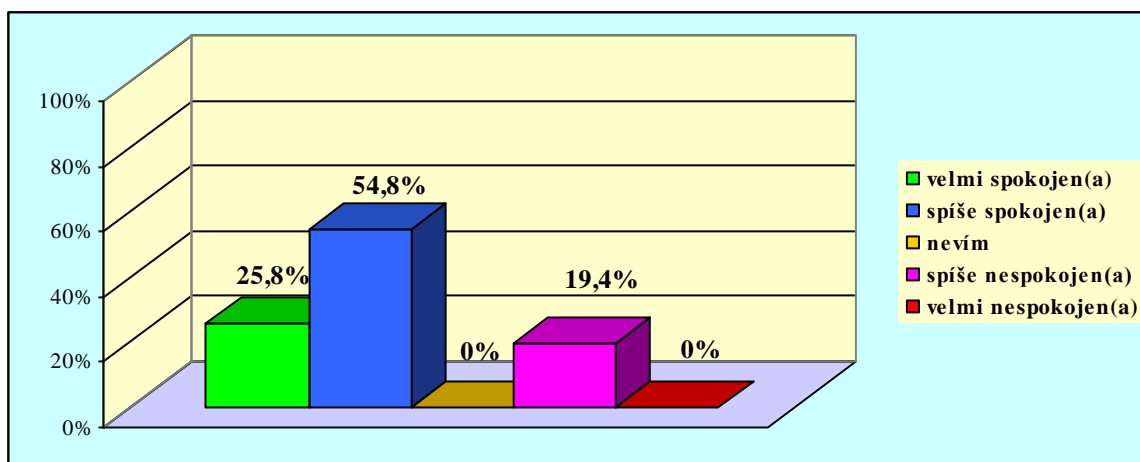
Z celkového počtu 18 respondentů standardního oddělení (100 %) je v zaměstnání velmi spokojen 1 respondent (5,6 %). Spíše spokojeno je 7 respondentů (38,9 %). Spíše nespokojeno je 5 respondentů (27,8 %) a velmi nespokojeni v zaměstnání jsou 3 respondenti (16,7 %). Odpověď nevím označili 2 respondenti (11,1 %).

**Graf 9 Spokojenost respondentů v zaměstnání – oddělení resuscitační**



Z celkového počtu 51 respondentů RES (100 %) je v zaměstnání velmi spokojeno 9 respondentů (17,6 %) a spíše spokojeno 35 respondentů (68,6 %). Spíše nespokojeni se svým zaměstnáním jsou 2 respondenti (3,9 %). Odpověď nevím označilo 5 respondentů (9,8 %). Velmi nespokojen není žádný z respondentů.

**Graf 10 Spokojenost respondentů v zaměstnání – JIP**



Z celkového počtu 31 respondentů JIP (100 %) je v zaměstnání velmi spokojeno 8 respondentů (25,8 %) a spíše spokojeno 17 respondentů (54,8 %). Spíše nespokojeno se svým zaměstnáním je 6 respondentů (19,4 %). Odpověď nevím a velmi nespokojen neoznačil žádný z respondentů.

#### 4.1.3 Vyhodnocení faktorů nespokojenosti

Faktory byly identifikovány z dotazníku pro sestry, zadány a vyhodnoceny programem SPSS. Tabulky jsou řazeny sestupně od nejvyšší četnosti po četnost nejnižší.

**Tabulka 1 Negativní faktor zvýšená psychická zátěž (k otázce č. 30/10)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	67	67	67	67
Neoznačilo	33	33	33	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo zvýšenou psychickou zátěž jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 67 respondentů. 33 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 2 Negativní faktor nespolupracující pacient (k otázce č. 31/3)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	66	66	66	66
Neoznačilo	34	34	34	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo nespolupracujícího pacienta jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 66 respondentů. 34 respondentů odpověď neoznačilo.



**Tabulka 3 Negativní faktor péče o více pacientů najednou (k otázce č. 31/2)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	59	59	59	59
Neoznačilo	41	41	41	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo péči o více pacientů najednou jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 59 respondentů. 41 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 4 Negativní faktor zvýšená fyzická zátěž (k otázce č. 30/9)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	50	50	50	50
Neoznačilo	50	50	50	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo zvýšenou fyzickou zátěž jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 50 respondentů. 50 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 5 Negativní faktor finanční ohodnocení (k otázce č. 30/1)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	46	46	46	46
Neoznačilo	54	54	54	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo finanční ohodnocení jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 46 respondentů. 54 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 6 Spokojenost sester s finančním ohodnocením (k otázce č. 24)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	3	3	3	3
Spíše spokojen(a)	42	42	42	45
Nevím	9	9	9	54
Spíše nespokojen(a)	34	34	34	88
Velmi nespokojen(a)	12	12	12	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je se svým finančním ohodnocením 42 respondentů spíše spokojeno a 3 respondenti jsou velmi spokojeni. 34 respondentů je se svým finančním ohodnocením spíše nespokojeno a 12 respondentů je velmi nespokojeno s finančním ohodnocením. 9 respondentů označilo odpověď nevím.

**Tabulka 7 Negativní faktor množství administrativy (k otázce č. 31/15)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	45	45	45	45
Neoznačilo	55	55	55	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo množství administrativy související s poskytováním ošetrovatelské péče jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 45 respondentů. 55 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 8 Negativní faktor nedostatek pomocného zdrav. personálu (k otázce č. 31/10)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	44	44	44	44
Neoznačilo	56	56	56	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo nedostatek pomocného zdravotnického personálu jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 44 respondentů. 56 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 9 Negativní faktor nedostatek času na pacienta (k otázce č. 31/1)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	43	43	43	43
Neoznačilo	57	57	57	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo nedostatek času na pacienta jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 43 respondentů. 57 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 10 Negativní faktor promítání se zaměstnání do soukromí (k otázce č. 30/12)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	40	40	40	40
Neoznačilo	60	60	60	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo promítání se zaměstnání do soukromí jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 40 respondentů. 60 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 11 Negativní faktor problém s usínáním po noční službě (k otázce č. 30/14)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	37	37	37	37
Neoznačilo	63	63	63	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo problém s usínáním po noční službě jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 37 respondentů. 63 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 12 Spokojenost s uznáváním profesních úspěchů ze strany lékařů (k otázce č. 28)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	4	4	4	4
Spíše spokojen(a)	25	25	25	29
Nevím	35	35	35	64
Spíše nespokojen(a)	19	19	19	83
Velmi nespokojen(a)	17	17	17	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů jsou 4 respondenti velmi spokojeni s uznáváním profesních úspěchů sester ze strany lékařů. 25 respondentů je spíše spokojeno. Spíše nespokojeno je 19 respondentů a velmi nespokojeno je 17 dotazovaných. 35 respondentů označilo odpověď nevím.

**Tabulka 13 Negativní faktor nedostatečná komunikace ze strany nadřízených**  
(k otázce č. 30/3)

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Označilo	35	35	35	35
Neoznačilo	65	65	65	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo nedostatečnou komunikaci ze strany nadřízených jako negativní faktor ovlivňující jejich spokojenost s prací 35 respondentů. 65 respondentů odpověď neoznačilo.

**Tabulka 14 Spokojenost s vykonáváním přesčasů** (k otázce č. 8)

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	3	3	3	3
Spíše spokojen(a)	31	31	31	34
Nevím	31	31	31	65
Spíše nespokojen(a)	31	31	31	96
Velmi nespokojen(a)	4	4	4	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů označilo shodně 31 respondentů odpovědi spíše spokojen, spíše nespokojen a nevím. Velmi spokojeni jsou s vykonáváním přesčasů 3 respondenti a velmi nespokojeni jsou 4 respondenti.

**Tabulka 15 Spokojenost s pracovními vztahy mezi sestrami a lékaři (k otázce č. 20)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	11	11	11	11
Spíše spokojen(a)	45	45	45	56
Nevím	12	12	12	68
Spíše nespokojen(a)	24	24	24	92
Velmi nespokojen(a)	8	8	8	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s pracovními vztahy mezi lékaři a sestrami velmi spokojeno 11 respondentů a spíše spokojeno 45 respondentů. Spíše nespokojeno je 24 respondentů a velmi nespokojeno je 8 respondentů. 12 respondentů použilo odpověď nevím.

**Tabulka 16 Spokojenost s přístupem lékařů k pacientům (k otázce č. 19)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	16	16	16	16
Spíše spokojen(a)	41	41	41	57
Nevím	13	13	13	70
Spíše nespokojen(a)	23	23	23	93
Velmi nespokojen(a)	7	7	7	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s přístupem lékařů k pacientům velmi spokojeno 16 respondentů a spíše spokojeno 41 respondentů. 23 respondentů je spíše nespokojeno a 7 respondentů je velmi nespokojeno. 13 respondentů označilo odpověď nevím.

**Tabulka 17 Spokojenost s pracovním oděvem (k otázce č. 17)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	14	14	14	14
Spíše spokojen(a)	46	46	46	60
Nevím	10	10	10	70
Spíše nespokojen(a)	22	22	22	92
Velmi nespokojen(a)	8	8	8	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s pracovním oděvem velmi spokojeno 14 respondentů a spíše spokojeno 46 respondentů. 22 respondentů je s pracovním oděvem spíše nespokojeno a 8 respondentů velmi nespokojeno. Odpověď nevím označilo 10 respondentů.

**Tabulka 18 Spokojenost se sociálním zázemím (denní místnost) (k otázce č. 15)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	26	26	26	26
Spíše spokojen(a)	44	44	44	70
Spíše nespokojen(a)	26	26	26	96
Velmi nespokojen(a)	4	4	4	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je se sociálním zázemím velmi spokojeno 26 respondentů a spíše spokojeno 44 respondentů. Odpověď spíše nespokojen(a) označilo 26 dotazovaných a velmi nespokojen(a) 4 respondenti.

**Tabulka 19 Spokojenost s fyzikálními faktory na pracovišti (k otázce č. 18)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	8	8	8	8
Spíše spokojen(a)	59	59	59	67
Nevím	8	8	8	75
Spíše nespokojen(a)	24	24	24	99
Velmi nespokojen(a)	1	1	1	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s fyzikálními vlivy na pracovišti velmi spokojeno 8 respondentů a spíše spokojeno 59 respondentů. Spíše nespokojeno je 24 respondentů a velmi nespokojen 1 respondent. Odpověď nevím označilo 8 respondentů.

**Tabulka 20 Spokojenost s pracovními vztahy mezi sestrami (k otázce č. 21)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	11	11	11	11
Spíše spokojen(a)	68	68	68	79
Nevím	7	7	7	86
Spíše nespokojen(a)	10	10	10	96
Velmi nespokojen(a)	4	4	4	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s pracovními vztahy mezi sestrami velmi spokojeno 11 respondentů a spíše spokojeno 68 respondentů. Spíše nespokojeno je 10 respondentů a velmi nespokojeni jsou 4 respondenti. Odpověď nevím označilo 7 respondentů.



**Tabulka 21 Spokojenost s počtem sester na směnu (k otázce č. 11)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	19	19	19	19
Spíše spokojen(a)	64	64	64	83
Nevím	4	4	4	87
Spíše nespokojen(a)	13	13	13	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je velmi spokojeno s počtem sester na směnu 19 respondentů a spíše spokojeno 64 respondentů. 13 respondentů je spíše nespokojeno a 4 respondenti použili odpověď nevím.

**Tabulka 22 Spokojenost sester s prací ve směnném provozu (k otázce č. 7)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	18	18	18	18
Spíše spokojen(a)	65	65	65	83
Nevím	5	5	5	88
Spíše nespokojen(a)	12	12	12	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je 65 respondentů spíše spokojeno s prací ve směnném provozu. 18 respondentů je velmi spokojeno se směnnou prací. 12 respondentů je s prací na směny spíše nespokojeno a 5 respondentů použilo odpověď nevím.

**Tabulka 23 Spokojenost s ošetrovací jednotkou (k otázce č. 16)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	33	33	33	33
Spíše spokojen(a)	53	53	53	86
Nevím	3	3	3	89
Spíše nespokojen(a)	11	11	11	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s uspořádáním ošetrovací jednotky velmi spokojeno 33 respondentů a spíše spokojeno 53 respondentů. 11 respondentů označilo odpověď spíše nespokojen(a) a 3 respondenti odpověď nevím.

**Tabulka 24 Spokojenost s uznáváním profesních úspěchů ze strany kolegů (k otázce č. 27)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	7	7	7	7
Spíše spokojen(a)	40	40	40	47
Nevím	43	43	43	90
Spíše nespokojen(a)	10	10	10	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s uznáváním profesních úspěchů ze strany kolegů velmi spokojeno 7 respondentů a spíše spokojeno 40 respondentů. Spíše nespokojeno je 10 respondentů. 43 respondentů označilo odpověď nevím.

**Tabulka 25 Spokojenost se vzděláváním umožněným zaměstnavatelem (k otázce č. 25)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	22	22	22	22
Spíše spokojen(a)	48	48	48	70
Nevím	21	21	21	91
Spíše nespokojen(a)	7	7	7	98
Velmi nespokojen(a)	2	2	2	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je se vzděláváním umožněným zaměstnavatelem velmi spokojeno 22 respondentů a spíše spokojeno 48 respondentů. Spíše nespokojeno je 7 respondentů a velmi nespokojeni jsou 2 dotazovaní. 21 respondentů označilo odpověď nevíím.

**Tabulka 26 Spokojenost s pracovními vztahy mezi sestrami a vrchní sestrou (k otázce č. 23)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	36	36	36	36
Spíše spokojen(a)	41	41	41	77
Nevím	15	15	15	92
Spíše nespokojen(a)	7	7	7	99
Velmi nespokojen(a)	1	1	1	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s pracovními vztahy mezi sestrami a vrchní sestrou velmi spokojeno 36 respondentů a spíše spokojeno 41 respondentů. Spíše nespokojeno je 7 respondentů a velmi nespokojen 1 respondent. 15 respondentů použilo odpověď nevíím.

**Tabulka 27 Ovlivnění spokojenosti zpětnou vazbou od nadřízeného (k otázce č. 10)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Ovlivňuje	70	70	70	70
Neovlivňuje	8	8	8	78
Nevím jak hodnotí	15	15	15	93
Nedostávám	7	7	7	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů ovlivňuje pracovní spokojenost zpětná vazba od nadřízeného 70 respondentů a 8 respondentů neovlivňuje. 15 respondentů neví, jak jej zaměstnavatel hodnotí a 7 respondentů udává, že zpětnou vazbu nedostává.

**Tabulka 28 Spokojenost s přístrojovým vybavením pracoviště (k otázce č. 14)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	46	46	46	46
Spíše spokojen(a)	45	45	45	91
Nevím	3	3	3	94
Spíše nespokojen(a)	4	4	4	98
Velmi nespokojen(a)	2	2	2	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s přístrojovým vybavením pracoviště velmi spokojeno 46 respondentů a spíše spokojeno 45 respondentů. Odpověď spíše nespokojen označili 4 respondenti a velmi nespokojeni jsou 2 respondenti. Odpověď nevím použili 3 respondenti.

**Tabulka 29 Spokojenost se způsobem předávání služby (k otázce č. 12)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	21	21	21	21
Spíše spokojen(a)	66	66	66	87
Nevím	8	8	8	95
Spíše nespokojen(a)	5	5	5	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je se způsobem předávání služby velmi spokojeno 21 respondentů a spíše spokojeno 66 respondentů. 5 respondentů je spíše nespokojeno a 8 respondentů použilo odpověď nevím.

**Tabulka 30 Spokojenost s pracovními vztahy mezi sestrami a staniční sestrou (k otázce č. 22)**

	Četnost	Procenta	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Velmi spokojen(a)	47	47	47	47
Spíše spokojen(a)	43	43	43	90
Nevím	10	10	10	100
Celkem	100	100	100	

Z celkového počtu 100 respondentů je s pracovními vztahy mezi sestrami a staniční sestrou velmi spokojeno 47 respondentů a spíše spokojeno 43 respondentů. 10 respondentů použilo odpověď nevím. Varianty spíše nespokojen(a) a velmi nespokojen(a) nebyly respondenty označena.

**Tabulka 31 Souhrnná tabulka nejčtenějších faktorů nespokojenosti**

	<b>Četnost</b>	<b>Procenta</b>
Zvýšená psychická zátěž	67	67
Nespolupracující pacient	66	66
Péče o více pacientů najednou	59	59
Zvýšená fyzická zátěž	50	50
Finanční ohodnocení	46	46
Množství administrativy	45	45
Nedostatek pomocného personálu	44	44
Nedostatek času na pacienta	43	43
Promítání se zaměstnání do soukromí	40	40
Problém s usínáním po noční službě	37	37
Nedostatečná komunikace nadřízených	35	35
Přesčasy	35	35
Pracovní vztahy lékař - sestra	32	32
Přístup lékařů k pacientům	30	30
Pracovní oděv	30	30
Sociální zázemí	30	30
Fyzikální faktory na pracovišti	25	25

Tato tabulka prezentuje nejčtenější faktory nespokojenosti vnímané všemi dotazovanými 100 respondenty (100 %) a byla vytvořena na základě údajů uvedených v tabulkách č.1. – č. 19. Faktory nespokojenosti jsou zastoupeny do hodnoty 25 odpovědí respondentů (25 %).

#### 4.1.4 Výsledky nejčtenějších faktorů nespokojenosti zastoupených na jednotlivých odděleních

Tabulky prezentují zastoupení jednotlivých faktorů nespokojenosti na standardním oddělení, JIP a oddělení resuscitačním. Tabulky byly zpracovány z důvodu odlišného zastoupení faktorů nespokojenosti na jednotlivých odděleních. Údaje byly zpracovány z odpovědí respondentů na otázky č. 4, 7 - 31 v dotazníku sester a vyhodnoceny programem Microsoft Office Excel. Jejich další využití bylo v kvalitativním šetření při rozhovorech se zástupci managementu.

**Tabulka 32 Negativní faktory – standardní oddělení**

	Četnost	Procenta
Zvýšená psychická zátěž	14	77,8
Mzda	13	72,2
Nedostatek času na pacienta	13	72,2
Nespolupracující pacient	13	72,2
Péče o více pac. najednou	12	66,7
Nedostatek pomocného personálu	12	66,7
Množství administrativy	12	66,7
Nedostatečná komunikace nadřízení	11	61,1
Zvýšená fyzická zátěž	9	50
Problém usínáním po noční službě	9	50
Přístup lékařů k sestřám	8	44,4
Pracovní ocenění	7	38,9
Promítání se zaměstnání do soukromí	7	38,9
Nedostatek volného času	7	38,9
Pracovní oděv	7	38,9
Přístup lékařů k pacientům	6	37,5
Uznávání profesních úspěchů	6	37,5
Fyzikální faktory (hluk, klimatizace)	6	37,5

Tato tabulka prezentuje nejčtenější faktory nespokojenosti vnímané dotazovanými 18 respondenty standardního oddělení (100 %). Faktory nespokojenosti jsou zastoupeny do hodnoty 6 odpovědí respondentů (37,5 %).

**Tabulka 33 Negativní faktory – JIP**

	Četnost	Procenta
Sociální zázemí (denní místnost)	24	77,4
Nespolupracující pacient	24	77,4
Přístup lékařů k pacientům	23	74,2
Zvýšená psychická zátěž	22	70,9
Uznávání prof. úspěchů sester lékaři	22	70,9
Pracovní vztahy mezi lékaři a sestrami	20	64,5
Zvýšená fyzická zátěž	19	61,3
Nedostatek pomocného personálu	19	61,3
Nevhodné stavební uspořádání odděl.	18	58,1
Množství administrativy	18	58,1
Pocit pracovního přetížení	15	48,4
Finanční ohodnocení	15	48,4
Nejednotnost příkazů vedení při péči	15	48,4
Promítání se zaměstnání do soukr.	14	45,2
Nedostatek času na pac.	14	45,2
Rodinní příslušníci	12	38,7
Nedostatečná komunikace nadř.	10	32,3
Nedostatek volného času	9	29
Problém s usínáním po noční službě	9	29
Péče o více pacientů najednou	9	29
Pracovní ocenění	8	25,8
Nedostatečná komunikace kolegyň	7	22,6

Tato tabulka prezentuje nejčetnější faktory nespokojenosti vnímané dotazovanými 31 respondenty pracujícími na JIP (100 %). Faktory nespokojenosti jsou zastoupeny do hodnoty 7 odpovědí respondentů (22,6 %).



**Tabulka 34 Negativní faktory – oddělení resuscitační**

	<b>Četnost</b>	<b>Procenta</b>
Péče o více pacientů najednou	38	74,5
Zvýšená psychická zátěž	31	60,9
Nespolupracující pacient	29	56,8
Pocit pracovního přetížení	23	45
Zvýšená fyzická zátěž	22	43,1
Finanční ohodnocení	21	41,2
Nejednotnost příkazů vedení	19	37,3
Problém s usínáním po noční službě	19	37,3
Promítání se zaměstnání do soukromí	19	37,3
Nedostatek pracovního ocenění	18	35,3
Nedostatek času na pac.	16	31,4
Množství administrativy	16	31,4
Nedostatečná komunikace nadřízených	14	27,5
Postoj nadřízeného	13	25,5
Nedostatek pomocného personálu	13	25,5
Nespokojenost s pracovním oděvem	12	23,5
Fyzikální faktory (hluk, klimatizace)	12	23,5
Nedostatečná komunikace od kolegyň	10	19,6

Tato tabulka prezentuje nejčetnější faktory nespokojenosti vnímané dotazovanými 51 respondenty pracujícími na resuscitačním oddělení (100 %). Faktory nespokojenosti jsou zastoupeny do hodnoty 10 odpovědí respondentů (19,6 %).

#### 4.1.5 Číselné pořadí důležitosti faktorů ovlivňujících spokojenost v zaměstnání

Souhrnný výsledek jednotlivých oddělení z pohledu oslovených respondentů.

**Tabulka 35 Číselné pořadí důležitosti faktorů ovlivňujících pracovní spokojenost**  
(k otázce č. 32)

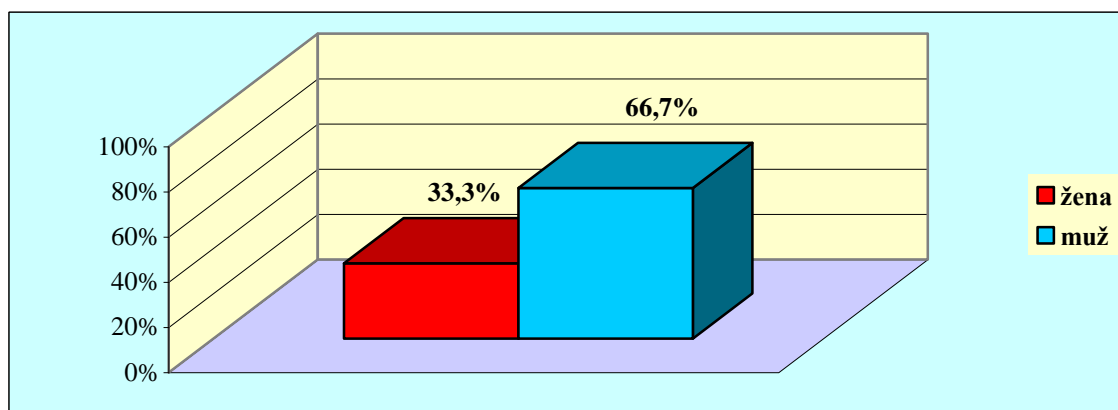
Pořadí	Oddělení standard	Oddělení JIP	Oddělení resuscitační
1.	Mzda	Mzda	Pracovní atmosféra
2.	<b>Skupina spolupracovníků</b>	<b>Skupina spolupracovníků</b>	<b>Skupina spolupracovníků</b>
3.	Pracovní prostředí	Pracovní atmosféra	Mzda
4.	Pracovní atmosféra	Pracovní prostředí	Pracovní prostředí
5.	<b>Spokojenost pacientů</b>	<b>Spokojenost pacientů</b>	<b>Spokojenost pacientů</b>
6.	Pracovní ocenění a postoj nadřízeného	Seberealizace	Pracovní ocenění a postoj nadřízeného
7.	Bezpečnost při práci	Pracovní ocenění a postoj nadřízeného	Seberealizace
8.	<b>Využití získaných znalostí</b>	<b>Využití získaných znalostí</b>	<b>Využití získaných znalostí</b>
9.	Osobní růst	Osobní růst	Péče a uspokojování potřeb druhých lidí
10.	Péče a uspokojování potřeb druhých lidí	Péče a uspokojování potřeb druhých lidí	Bezpečnost při práci
11.	Seberealizace	Bezpečnost při práci	Osobní růst
12.	<b>Možnost dalšího vzdělávání</b>	<b>Možnost dalšího vzdělávání</b>	<b>Možnost dalšího vzdělávání</b>

Tato tabulka demonstruje číselné pořadí důležitosti faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost, označené 100 respondenty pracujícími na kardiologickém oddělení (100 %). 1 znamená nejvyšší důležitost a 12 nejnižší důležitost. Společné faktory pro všechna tři oddělení jsou následující. Na 2. místě je uvedena skupina spolupracovníků, na 5. místě spokojenost pacientů, na 8. místě využití získaných znalostí a na 12. místě možnost dalšího vzdělávání. Ostatní zjištěné faktory spokojenosti se v rámci jednotlivých oddělení stanoveným pořadím odlišují.

#### 4.2 Kvantitativní výzkum – Vyhodnocení dotazníků pro pacienty

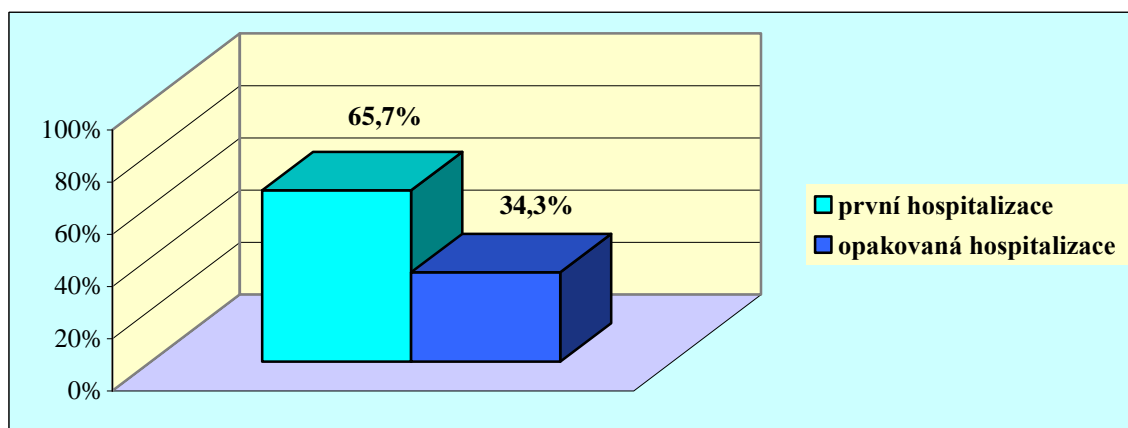
Ke zpracování výsledků byl použit program Microsoft Office Excel.

**Graf 6 Pohlaví respondentů ( k otázce č. 6, dotazník pacienti)**



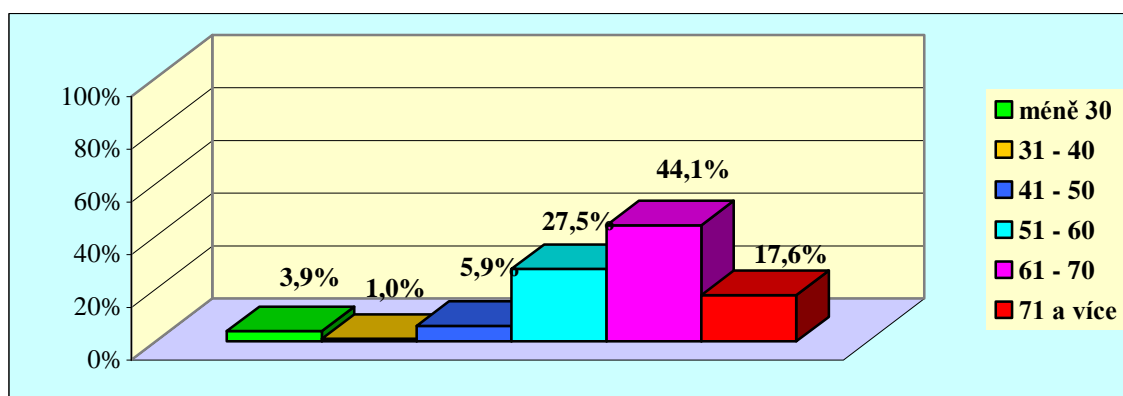
Anonymní dotazník použitý při výzkumu vyplnilo celkem 102 respondentů (100 %). Z tohoto počtu bylo 68 dotazovaných (66,7 %) mužů a 34 dotazovaných (33,3 %) tvořily ženy.

**Graf 7 Pořadí hospitalizace respondentů na oddělení ( k otázce č. 1, dotazník pacienti)**



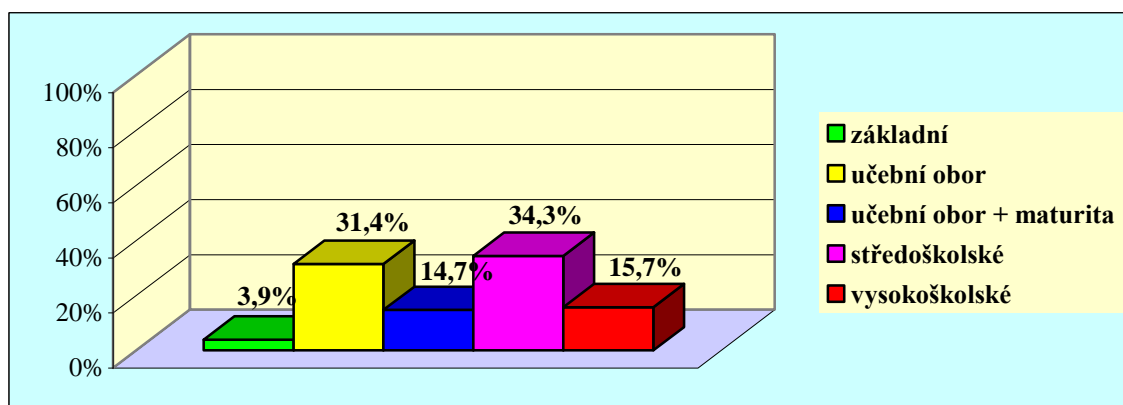
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) udává 67 respondentů (65,7 %) první hospitalizaci na oddělení a 35 respondentů (34,3 %) udává opakovanou hospitalizaci na oddělení.

**Graf 8 Věk respondentů ( k otázce č. 7, dotazník pacienti)**



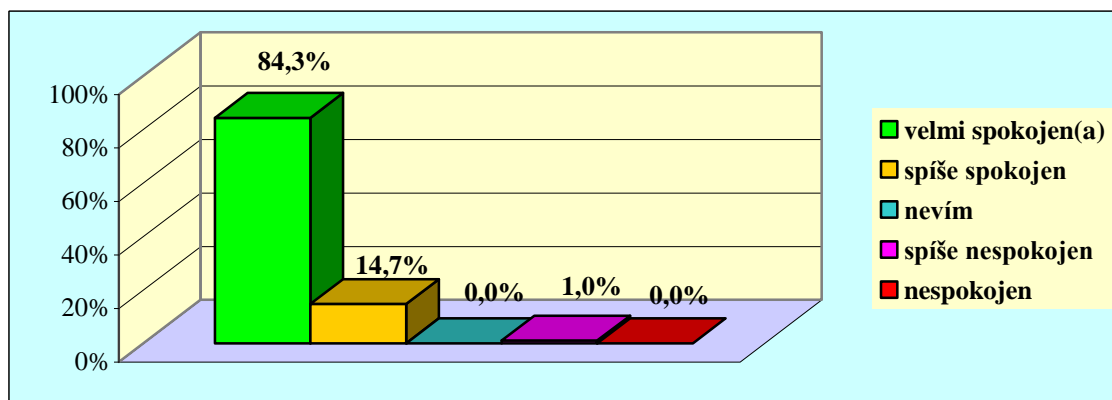
Věkové skupiny z celkového počtu 102 respondentů (100 %) jsou zastoupeny následovně. Věkovou skupinu méně než 30 let tvoří 4 respondenti (3,9 %). Věková skupina 31 - 40 let je zastoupena 1 respondentem (1%). Ve věkové skupině 41 – 50 let je 6 respondentů (5,9 %). Zástupců věkové skupiny 51 – 60 let je 28 (27,5 %). Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti věkové kategorie 61 – 70 let se 45 zástupci (44,1 %). Nejstarší věková skupina 71 a více let je zastoupena 18 respondenty (17,6 %).

**Graf 9 Vzdělání respondentů ( k otázce č. 8, dotazník pacienti)**



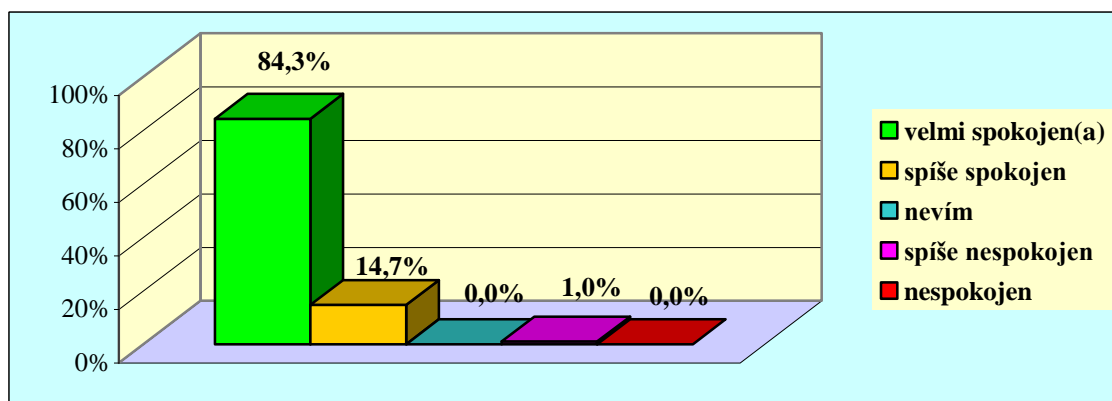
Z celkového počtu 102 dotazovaných (100 %) mají základní vzdělání 4 respondenti (3,9 %), učební obor ukončilo 32 respondentů (31,4 %), učební obor s maturitou dokončilo 16 respondentů (14,7 %), středoškolské vzdělání má 35 respondentů (34,3 %) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 16 respondentů (15,7 %).

**Graf 10 Spokojenost respondentů s přístupem sester ( k otázce č. 2, dotazník pacienti)**



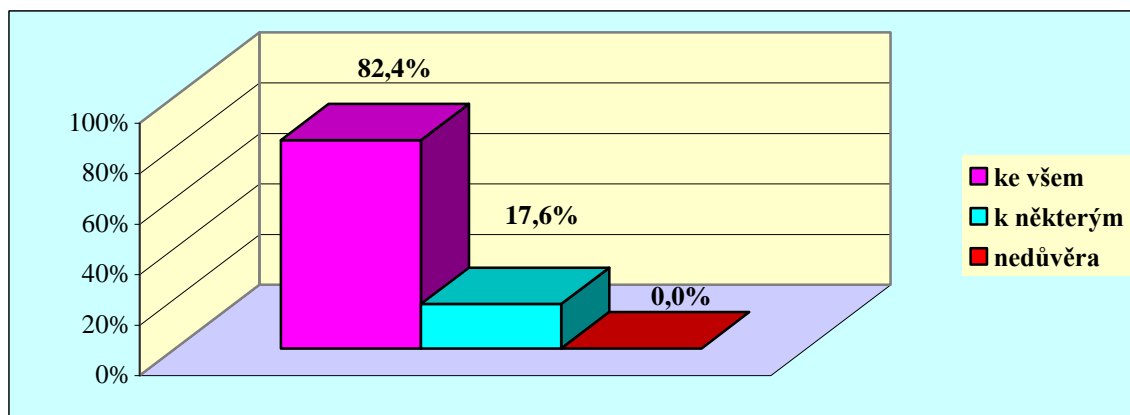
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) udává 86 respondentů (84,3 %), že byli velmi spokojeni s přístupem sester k jejich osobě. 15 respondentů (14,7 %) bylo s přístupem sester spíše spokojeno. 1 respondent (1 %) udává, že byl s přístupem sester spíše nespokojen.

**Graf 11 Spokojenost respondentů s úrovní poskytované ošetrovatelské péče ( k otázce č. 3, dotazník pacienti)**



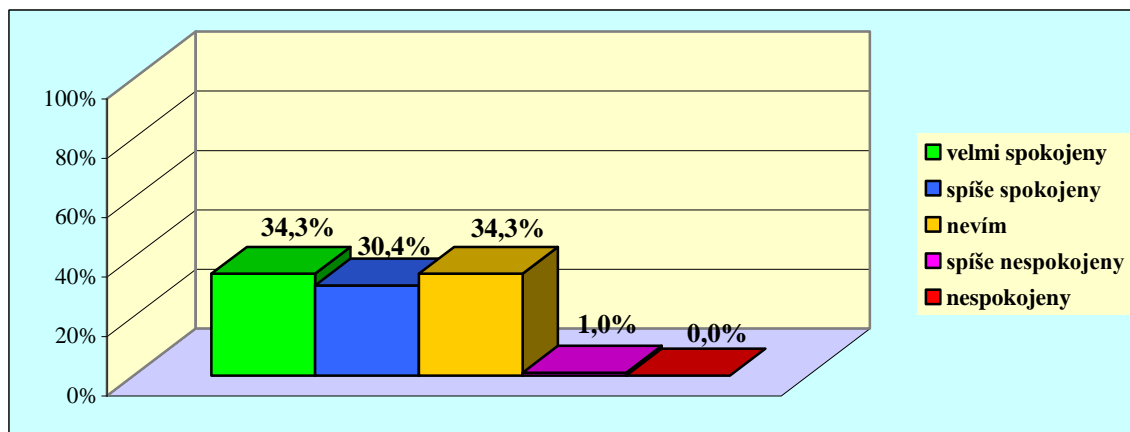
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) udává 86 respondentů (84,3 %), že byli velmi spokojeni s úrovní poskytované ošetrovatelské péče. 15 respondentů (14,7 %) bylo s úrovní poskytované péče spíše spokojeno a 1 respondent (1 %) byl s úrovní poskytované péče spíše nespokojen.

**Graf 12 Důvěra respondentů k sestřím ( k otázce č. 4, dotazník pacienti)**



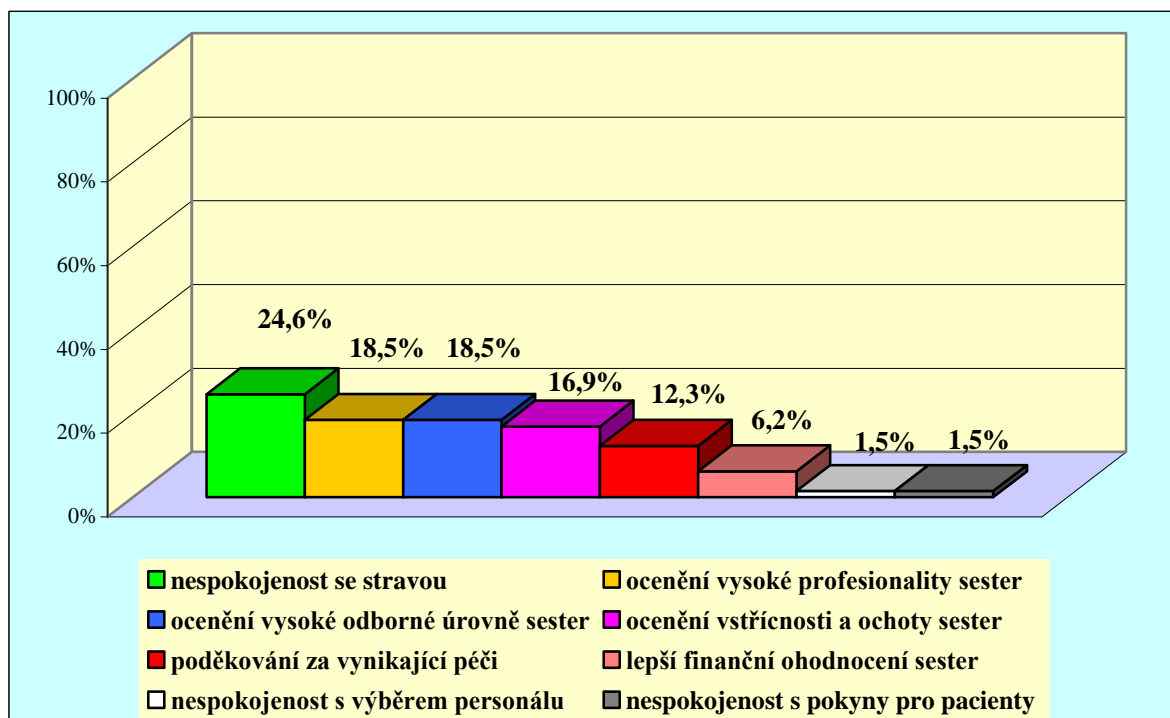
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) udává 84 respondentů (82,4 %), že důvěřovalo všem sestřím, 18 respondentů (17,6 %) udává, že důvěřovalo pouze některým sestřím a nikdo z respondentů neudává, že by sestřím nedůvěřoval.

**Graf 13 Spokojenost sester v zaměstnání z pohledu respondenta ( k otázce č. 5, dotazník pacienti)**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) se 35 respondentů (34,3 %) domnívá, že jsou všeobecné sestry ve svém zaměstnání velmi spokojeny. 31 respondentů (30,4 %) se domnívá, že jsou všeobecné sestry ve svém zaměstnání spíše spokojeny a jeden respondent (1 %) se domnívá, že jsou všeobecné sestry ve svém zaměstnání spíše nespokojeny. 35 respondentů (34,3 %) použilo k odpovědi možnost nevím. Možnost nespokojeny nepoužil žádný z respondentů.

**Graf 14 Otevřené odpovědi pacientů ( k otázce č. 9, dotazník pacienti)**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %), kteří účastnili výzkumu, odpovědělo na otevřenou otázku 45 respondentů. Z tohoto počtu je 16 respondentů (24,6 %) nespokojeno se stravou na oddělení. 12 respondentů (18,5 %) ocenilo vysokou odbornou úroveň sester pracujících na oddělení a 12 respondentů (18,5 %) ocenilo vysokou profesionalitu sester pracujících na oddělení. 11 respondentů (16,9 %) ocenilo vstřícnost a ochotu sester. 8 respondentů (12,3 %) napsalo poděkování za vynikající péči. 4 respondenti (6,2 %) poukázali na to, že by měly být sestry lépe placeny. 1 respondent (1,5 %) projevil nespokojenost s pokyny pro pacienty a 1 respondent (1,5 %) doporučil pečlivější výběr personálu pro špičkové pracoviště.

### 4.3 Statistická analýza – testování hypotéz

Ke zpracování zjištěných údajů byly použity programy Microsoft Office Excel a SPSS. Při testování statistických hypotéz byly vždy porovnávány dvě hypotézy. Jedna hypotéza, tzv. nulová (H0), je hypotéza, kterou testujeme. Druhou hypotézou je tzv. alternativní hypotéza (H1).

**H0: Spokojenost v zaměstnání není závislá na délce praxe respondenta.**

**H1: Spokojenost v zaměstnání je závislá na délce praxe respondenta.**

**Tabulka 39a Testování závislosti odpovědí na otázky č. 5 a č. 9 (v dotazníku sester)**

Délka praxe * Spokojenost sester		Spokojenost sester					Celkem
		1	2	3	4	5	
Délka praxe	0 Výsledek	3	22	3	3	0	31
	Očekávaný výsledek	5,58	18,29	2,17	4,03	0,93	31
1	Výsledek	15	37	4	10	3	69
	Očekávaný výsledek	12,42	40,71	4,83	8,97	2,07	69
Celkem	Výsledek	18	59	7	13	3	100
	Očekávaný výsledek	18	59	7	13	3	100

Signifikance (P) = dosažená hladina významnosti, **P = 0,337 (33,7 %)**

Tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkají souvislosti spokojenosti sester v zaměstnání a délky praxe. Kategorie 0 délka praxe uvádí 31 respondentů s praxí ≤ 1 rok, kategorie 1 uvádí 69 respondentů s praxí 2-5 let a 6 > let. Kategorie 1-5 spokojenost sester označují míru spokojenosti (1 velmi spokojen, 2 spíše spokojen, 3 nevím, 4 spíše nespokojen, 5 velmi nespokojen). Velmi spokojeno je celkem 18 respondentů, spíše spokojeno je celkem 59 respondentů, nevím označilo celkem 7 respondentů, spíše nespokojeno je 13 respondentů a velmi nespokojeni jsou 3 respondenti.

Na základě dosažené hladiny významnosti, která je větší než 5 % (P = 33,7 %) není prokázána souvislost mezi odpověďmi na otázku 5 a 9 z dotazníku sester. V platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že spokojenost v zaměstnání není závislá na délce praxe respondenta.



**H0: Zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na spokojenost pacientů s celkovým přístupem sester.**

**H1: Zvýšená psychická zátěž sester má vliv na spokojenost pacientů s celkovým přístupem sester.**

**Tabulka 40 Testování závislosti odpovědí na otázky č. 30/10 (dotazník sestry) a č. 2 (dotazník pacientů)**

		Přístup sester			Celkem
		1	2	4	
Psychická zátěž	1 Výsledek	54	12	1	67
	Očekávaný výsledek	56,28	10,05	0,67	67
2	Výsledek	30	3	0	33
	Očekávaný výsledek	27,72	4,95	0,33	33
Celkem	Výsledek	84	15	1	100
	Očekávaný výsledek	84	15	1	100

Signifikance (P) = dosažená hladina významnosti, **P = 0,580 (58 %)**

Tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkají souvislosti psychické zátěže sester a spokojenosti pacientů s celkovým přístupem sester.

Kategorie 1 psychická zátěž uvádí 67 respondentů, kteří označili zátěž, kategorie 2 uvádí 33 respondentů, kteří zátěž neoznačili.

Kategorie 1, 2, 4 přístup sester označují míru spokojenosti pacientů (1 velmi spokojen, 2 spíše spokojen, 4 spíše nespokojen). Velmi spokojeno je celkem 84 respondentů, spíše spokojeno je celkem 15 respondentů a velmi nespokojen je 1 respondent.

Na základě signifikace, která je větší než 5 % (P = 58 %) není prokázána souvislost mezi odpověďmi na otázku č. 30/10 z dotazníku sester a odpověďmi na otázku č. 2 z dotazníku pacientů. V platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na spokojenost pacientů s celkovým přístupem sester.

**H0: Zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na spokojenost pacientů s úrovní poskytované ošetrovatelské péče.**

**H1: Zvýšená psychická zátěž sester má vliv na spokojenost pacientů s úrovní poskytované ošetrovatelské péče.**

**Tabulka 41 Testování závislosti odpovědí na otázky č. 30/10 (dotazník sestry) a č. 3 (dotazník pacienti)**

		Úroveň oš. péče			Celkem	
		1	2	4		
Psychická zátěž	1 Výsledek	53	13	1	67	
	Předpokládaný výsledek	56,28	10,05	0,67	67	
	2 Výsledek	31	2	0	33	
	Předpokládaný výsledek	27,72	4,95	0,33	33	
	Total	Výsledek	84	15	1	100
	Předpokládaný výsledek	84	15	1	100	

Signifikance (P) = dosažená hladina významnosti, **P = 0,1 (10 %)**

Tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkají souvislosti psychické zátěže sester a spokojenosti pacientů s úrovní poskytované péče.

Kategorie 1 psychická zátěž uvádí 67 respondentů, kteří označili zátěž, kategorie 2 uvádí 33 respondentů, kteří zátěž neoznačili.

Kategorie 1, 2, 4 úroveň oš. péče označují míru spokojenosti pacientů (1 velmi spokojen, 2 spíše spokojen, 4 spíše nespokojen). Velmi spokojeno je celkem 84 respondentů, spíše spokojeno je celkem 15 respondentů a velmi nespokojen je 1 respondent.

Na základě dosažené hladiny významnosti, která je větší než 5 % (P = 10 %) není prokázána souvislost mezi odpověďmi na otázku č. 30/10 z dotazníku sester a odpověďmi na otázku č. 3 z dotazníku pacientů. V platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na spokojenost pacientů s úrovní poskytované ošetrovatelské péče.

**H0: Zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na důvěru pacientů k sestřám, které je ošetřují.**

**H1: Zvýšená psychická zátěž sester má vliv na důvěru pacientů k sestřám, které je ošetřují.**

**Tabulka 42 Testování závislosti odpovědí na otázky č. 30/10 (dotazník sestry) a č. 4 (dotazník pacienti)**

		Důvěra k sestřám		Celkem
		1	2	
Psychická zátěž	1 Výsledek	54	14	67
	Předpokládaný výsledek	54,94	12,06	67
	2 Výsledek	29	4	33
	Předpokládaný výsledek	27,06	5,94	33
Celkem	Výsledek	82	18	100
	Předpokládaný výsledek	82	18	100

Signifikance (P) = dosažená hladina významnosti, **P = 0,408 (40,8 %)**

Tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkají souvislosti psychické zátěže sester a důvěry pacientů k sestřám.

Kategorie 1 psychická zátěž uvádí 67 respondentů, kteří označili zátěž, kategorie 2 uvádí 33 respondentů, kteří zátěž neoznačili.

Kategorie 1, 2 důvěra k sestřám označují míru spokojenosti pacientů (1 velmi spokojen, 2 spíše spokojen). Velmi spokojeno je celkem 82 respondentů, spíše spokojeno je celkem 18 respondentů.

Na základě signifikace, která je větší než 5 % (P = 40,8 %) není prokázána souvislost mezi odpověďmi na otázku č. 30/10 z dotazníku sester a odpověďmi na otázku č. 4 z dotazníku pacientů. V platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že zvýšená psychická zátěž sester nemá vliv na důvěru pacientů k sestřám, které je ošetřují.

#### **4.4 Kvalitativní výzkum - Rozhovory se zástupci managementu**

Pro potřeby výzkumného šetření byly respondentky označeny S1 – S3 (staniční sestry), V1, V2 (vrchní sestry), H1 (hlavní sestra).

##### **Rozhovor č. 1 (Respondentka S1)**

Respondentka S1 je zástupkyní základního managementu a pracuje jako staniční sestra na standardním kardiochirurgickém oddělení.

*Spokojenost všeobecných sester* pracujících na oddělení zjišťuje aktivními pohovory se zaměstnanci v průběhu roku nebo přímo osobním zjištěním. Jak sama říká: „Personál se na mě často obrací i sám, pokud má nějaké problémy.“ Přednět své požadavky mohou zaměstnanci také na provozních schůzích, uskutečňovaných 1x za půl roku. *Stávající systém* jí vyhovuje, sděluje: „Nejraději mám osobní kontakt.“ V rámci nemocnice provádí respondentka S1 pravidelné roční hodnocení zaměstnance, v němž je zanesen i dotaz na spokojenost pracovníka. Toto hodnocení považuje za nedostatečné a nevyhovující. *Na otázku, zda by používala 1x ročně dotazníky ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců* je odpověď záporná. Nepovažuje tento způsob za dostatečně vypovídající, protože by podle jejích slov dotazníky stejně nevyplnili všichni. *Při řešení zjištěných faktorů nespokojenosti* je důležité, čeho se problém týká a od toho se odvíjí i způsob intervence. Problém nejčastěji řeší v rámci svých kompetencí sama, může jej postoupit vrchní nebo hlavní sestře. O závažných problémech je informován také primář oddělení. *Způsob řešení problému je zaměstnancům sdělován* respondentkou osobně, ústní formou. Respondentka S1 uvádí, že se některé faktory nespokojenosti opakují. Týkají se většinou nespokojenosti v komunikaci s kolegyněmi nebo lékaři, stavebního uspořádání jednotky, platu, množství práce či množství administrativy. *Na otázku týkající se souvislosti faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení* respondentka S1 odpověděla, že fluktuace na oddělení není velká, skoro polovina sester je dělesloužících. Ale pokud se sestry

rozhodnou odejít, bývá to většinou z důvodů nespokojenosti v komunikaci s kolegyněmi nebo lékaři.

### ***Rozhovor č. 2 (Respondentka S2)***

Respondentka S2 je představitelkou základního managementu a je zaměstnána jako staniční sestra na JIP kardiochirurgického oddělení.

*Spokojenost nelékařského zdravotnického personálu* zjišťuje 1x ročně dotazníkem vlastní konstrukce, čtvrtletně osobním pohovorem a průběžně osobním zjištěním. Uvádí, že pokud nastane nějaký problém, personál se na ni častokrát obrací rovnou. Předložit své požadavky mohou zaměstnanci také na provozních schůzích, uskutečňovaných 1x za čtvrt roku. Stávající způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců shledává efektivní. V rámci nemocnice realizuje respondentka S2 pravidelné roční hodnocení zaměstnance, jehož složkou je i zjišťování spokojenosti, ale domnívá se, že z tohoto hodnocení není adekvátní výstup. *Na otázku, zda by používala 1x ročně dotazníky ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců* odpověděla: „Dotazníky vlastní konstrukce již na oddělení používáme a osvědčily se nám.“ *Při odstraňování či snižování faktorů nespokojenosti* je podstatné, k čemu se problém vztahuje. Tím je pak určen i postup zásahu. Problém má možnost vyřešit v rozsahu svých kompetencí sama, což se děje nejčastěji, nebo jej může předat vrchní nebo hlavní sestře k řešení. O vážných problémech je informován také vedoucí lékař jednotky a primář oddělení. *Způsob řešení problému je zaměstnancům dáván na vědomí* ústním sdělením respondentkou. *Na otázku, které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují* respondentka S2 uvádí: „Některé faktory nespokojenosti, které se nedaří ani po určitém čase odstranit se týkají problémů způsobených špatným stavebním uspořádáním ošetrovací jednotky či nevyhovujícím sociálním zázemím sester, ale týkají se také problémů vzniklých kvůli nedostatečné komunikaci ve vztahu lékař – sestra či lékař – pacient.“ Ve spojitosti s otázkou, *týkající se faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení* se respondentka S2 domnívá, že faktory

související s nespokojeností v oblasti komunikace mohou souviset i s odchodem sester z oddělení, a říká: „Bývá to ta poslední kapka oleje do ohně.“

### ***Rozhovor č. 3 (Respondentka S3)***

Respondentka S3 je zástupkyní základního managementu a vykonává funkci staniční sestry na resuscitačním oddělení kardiochirurgie.

*Při zjišťování spokojenosti zaměstnanců* upřednostňuje osobní rozhovor, osobní zjištění a jak sama říká: „Všichni zaměstnanci vědí, že v případě potřeby se na mne mohou kdykoli obrátit o radu či pomoc.“ Každé první pondělí v měsíci se uskutečňují na oddělení tzv. „sanitární dny“, kdy se jednotka uklízí a neoperuje se. Těchto dnů se využívá k provozním schůzím a zde je také možné vznést a řešit některé aktuální problémy. *Se zavedeným postupem zjišťování spokojenosti zaměstnanců* je dotazovaná spokojena. V rámci institutu provádí respondentka S3 také pravidelné roční hodnocení zaměstnance, jehož součástí je i hodnocení spokojenosti pracovníka, ale domnívá se, že jsou zde nedostatečně nastavená hodnotící kritéria a tím postrádá celé hodnocení smysl. *Dotazníkovému šetření ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců* není nakloněna, ale pokud by jej měla využívat, přála by si, aby z výsledků byl dostatečný výstup pro zpětnou vazbu. *Při řešení zjištěných faktorů nespokojenosti* je důležité, čeho se problém týká a od toho se odvíjí i způsob řešení, zda bude jednat s jednotlivcem, či s kolektivem. Většinu problémů má možnost vyřešit v rozsahu svých kompetencí sama, málokdy je předává vrchní nebo hlavní sestře, ale tuto možnost samozřejmě má. *Způsob řešení problému* je zaměstnancům sdělován respondentkou osobně, ústní formou. *Na otázku, které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují,* respondentka S3 uvádí: „Některé faktory nespokojenosti se však nedají ovlivnit, opakují se a nedaří se je odstranit např. fyzikální faktory - hluk z přístrojů, klimatizace, péče o více pacientů najednou v případě nedostatku sester, nespolupracující pacient, nedostatečná vzájemná komunikace lékařů a sester či nedostatečná komunikace ze strany nadřízených lékařů.“ V souvislosti s *otázkou, týkající se faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení,* se respondentka S3 domnívá, že zjištěné

faktory nespokojenosti nesouvisí s fluktuací sester ze zaměstnání, neboť na oddělení je již delší dobu stabilní kolektiv a zaměstnanci odcházejí z resuscitačního oddělení nejčastěji z důvodu těhotenství, stěhování se za rodinou, práce v zahraničí, nebo při zjištění, že tuto práci nezvládají.

#### **Rozhovor č. 4 (Respondentka V1)**

Respondentka V1 je zástupkyní středního managementu a vykonává funkci vrchní sestry na resuscitačním oddělení kardiochirurgie.

*Spokojenost zaměstnanců zjišťuje* respondentka 1x ročně osobním pohovorem se zaměstnanci, průběžně osobními sděleními personálu v případě nespokojenosti či problému, nebo z informací od staniční sestry. *Současný způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců* považuje za vyhovující, ale uvádí, že by se nebránila rozšíření stávajících metod o dotazníkové šetření 1x ročně. K hodnocení spokojenosti zaměstnanců 1x za rok používá také standardizovaný nemocniční formulář. Tento však považuje za nevyhovující, protože je zde nedostatečně nastavena hodnotící stupnice. *Při odstraňování nebo redukci faktorů nespokojenosti* je zásadní, k čemu se problém vztahuje a jak je rozsáhlý, zda se týká jednotlivce či celého kolektivu. Tím je pak stanoven i následující postup intervencí a řešení. Z rozsahu svých kompetencí má možnost vyřešit mnoho příčin nespokojenosti sama nebo ve spolupráci se staniční sestrou. Toto je také nejčastější postup. V případech, kdy nemůže zasáhnout a ve velmi závažných případech informuje o problému také hlavní sestru, popřípadě na ni problém deleguje, ale nečiní tak často. O závažných problémech a jejich řešení je informován také vedoucí lékař jednotky a primář oddělení. *Způsob řešení problému* je zaměstnanci sdělen respondentkou ústně, osobním rozhovorem. *Na otázku, které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují*, respondentka V1 uvádí, že některé faktory nespokojenosti se však nedaří vymýtit a stále se opakují. Týkají se hlavně fyzikálních vlivů na pracovišti (hluk z přístrojů), péče o více pacientů najednou (při občasném nedostatku sester z jakéhokoliv důvodu), komunikace ve vztahu lékař – sestra či nedostatečná komunikace ze strany nadřízených lékařů.

*Na otázku týkající se souvislosti faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení, respondentka V1 odpověděla: „Nedomnívám se, že by faktory nespokojenosti mohly souviset s fluktuací sester ze zaměstnání, neboť na resuscitačním oddělení je skoro ze ¾ stabilní kolektiv a sestřičky se po mateřských dovolených pravidelně vrací zpět do zaměstnání.“*

### ***Rozhovor č. 5 (Respondentka V2)***

Respondentka V2 zastupuje střední management a zastává funkci vrchní sestry na oddělení kardiochirurgie.

*Spokojenost zaměstnanců zjišťuje 1x ročně osobním pohovorem, průběžně osobními sděleními personálu, nebo z informací od staniční sestry. Současný způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců považuje za vyhovující. K hodnocení spokojenosti také používá standardizovaný vnitroustavní formulář 1x ročně. Tento je však nedostačující a jak respondentka dodává: „Je špatně nastavena hodnotící škála.“* *Dotazníkovému šetření ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců není nakloněna, a uvádí: „Sestry už mají k dotazníkovým šetřením averzi z důvodu neustálého vyplňování dotazníků pro různé bakalářské a diplomové práce.“* *Při odstraňování nebo redukci faktorů nespokojenosti je podstatné, co je příčina problému, tím je pak vymezen i postup řešení. Z rozsahu svých kompetencí má možnost vyřešit mnoho příčin nespokojenosti sama nebo ve spolupráci se staniční sestrou. Toto se také nejčastěji děje. V případě nemožnosti zajistit řešení problému, postupuje řešení hlavní sestře. O závažných problémech a jejich řešení je informován rovněž primář oddělení. Způsob řešení problému je zaměstnanci sdělen respondentkou ústně osobním rozhovorem. Na otázku, které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují, respondentka V2 uvádí, že některé faktory nespokojenosti, které se nedaří odstranit a stále se opakují se týkají většinou nespokojenosti v komunikaci s kolegyněmi nebo lékaři, stavebního uspořádání jednotky, platu, množství práce nebo množství administrativy. Na otázku týkající se souvislosti faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení, respondentka V2 odpověděla: „Fluktuace na oddělení není velká, téměř*



polovina sester je dělesloužících, ale pokud se sestry rozhodnou odejít, bývá to většinou z důvodů nespokojenosti v komunikaci s kolegyněmi nebo lékaři nebo odcházejí za lepším zaměstnáním.“

### ***Rozhovor č. 6 (Respondentka H1)***

Respondentka H1 je zástupkyní top managementu a vykonává funkci náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

*Spokojenost zaměstnanců* má možnost zjišťovat průběžně osobním zjištěním nebo rozhovory se zaměstnanci při návštěvách oddělení. Dále zjišťuje informace prostřednictvím vrchních a staničních sester nebo přímo osobními kontakty, kdy jak sama říká: „Sestry neváhají a domluví si individuálně schůzku při nějakém problému.“ *Dosavadní způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců* pokládá za vyhovující. *Dotazníkovou metodu ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců* považuje za zajímavý podnět k zamyšlení a rozpracování. *Při eliminaci nebo snižování faktorů nespokojenosti* je podstatné, čeho se problém týká, jak je rozsáhlý a na koho byl vznesen. Podle toho je pak stanoven i postup řešení. V mezích svých kompetencí se nejčastěji snaží vyřešit převážnou většinu problémů sama. Další možností je spolupráce na řešení problému s vrchními a staničními sestrami. V některých případech je problém dále postoupen oprávněným osobám, jimž přísluší řešení (např. náměstek pro léčebnou péči, sociálně-právní oddělení, personální oddělení). O velmi závažných případech je informován rovněž ředitel nemocnice. *O způsobu řešení problému* se zaměstnanci dovídají ústně z osobního rozhovoru s respondentkou. *Na otázku, které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují*, respondentka H1 odpověděla: „Faktory nespokojenosti, které se stále opakují a jsou velmi obtížně řešitelné, se týkají především vzájemné komunikace lékařů a sester, která je nedostatečná, dále se týkají problémů s nevyhovujícím stavebním uspořádáním jednotek a často diskutované finanční ohodnocení.“ V souvislosti s *otázkou týkající se faktorů nespokojenosti a odchodu sester z oddělení*, se respondentka H1 domnívá, že by faktory nespokojenosti týkající se vzájemné komunikace lékařů a sester mohly mít vliv na odchod sester z oddělení.

#### 4.4.1 Vyhodnocení dat získaných z rozhovorů

**Tabulka 43 Způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
Osobní zjištění	6	X	X	X	X	X	X
Aktivní pohovor	6	X	X	X	X	X	X
Sdělení personálu	6	X	X	X	X	X	X
Provozní schůze	5	X	X	X	X	X	
Vnitroústavní hodnocení	5	X	X	X	X	X	
Dotazník	1		X				
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

Tabulka uvádí v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakým způsobem zjišťujete spokojenost zaměstnanců?*

Celkem 6x byly označeny kategorie *Osobní zjištění*, *Aktivní pohovor* a *Sdělení personálu* (S1-S3, V1, V2, H1). 5x byly uvedeny kategorie *Provozní schůze* a *Vnitroústavní hodnocení* (S1, S2, S3, V1, V2). Kategorie *Dotazník* byla uvedena 1x (S2).

Nejvíce odpovědí, a to 6, uvedla 1 respondentka (S2). 5 odpovědí označily 4 respondentky (S1, S3, V1, V2). 3 odpovědi uvedla 1 respondentka (H1).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 29.

**Tabulka 44 Četnost zjišťování spokojenost zaměstnanců**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
1 x ročně	5	X	X	X	X	X	
Pololetně	2	X				X	
Čtvrtletně	1		X				
Měsíčně	1			X			
Průběžně	6	X	X	X	X	X	X
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Jak často zjišťujete spokojenost zaměstnanců?*

Celkem 6x byla uvedena kategorie *Průběžně* (S1-S3, V1, V2, H1). Kategorie *1 x ročně* byla označena 5x (S1-S3, V1, V2). Kategorie odpovědi *Pololetně* byla uvedena 2x (S1, V2). 1x byla uvedena kategorie odpovědi *Čtvrtletně* (S2) a 1x (S3), byla uvedena kategorie *Měsíčně*.

Nejvíce odpovědí, a to 3, uvedly 4 respondentky (S1, S2, S3, V2) 1 respondentka (V1) uvedla 2 odpovědi. 1 respondentka (H1) uvedla pouze 1 odpověď.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 15.

**Tabulka 45 Vyhovující oblasti pro zjišťování spokojenosti zaměstnanců**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
<b>Osobní zjištění</b>	<b>6</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Aktivní pohovor</b>	<b>6</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Sdělení personálu</b>	<b>6</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Provozní schůze</b>	<b>5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Vnitroústavní hodnocení</b>	<b>0</b>						
<b>Dotazník</b>	<b>1</b>		<b>X</b>				
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Ve kterých oblastech Vám vyhovuje dosavadní způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců?*

Celkem 6x byla shodně označena kategorie *Osobní zjištění*, *Aktivní pohovor* a *Sdělení personálu* (S1-S3, V1, V2, H1). 5x byla uvedena kategorie odpovědi *Provozní schůze* (S1, S2, S3, V1, V2). Kategorie *Dotazník* byla uvedena 1x (S2). Kategorie *Vnitroústavní hodnocení* nebyla označena žádnou z respondentek.

Nejvíce odpovědí, a to 5 , uvedla 1 respondentka (S2). 4 odpovědi označily 4 respondentky (S1, S3, V1, V2). 3 odpovědi uvedla 1 respondentka (H1).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 24.

**Tabulka 46** Vhodnost dotazníkového šetření ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
ANO	3		X		X		X
NE	3	X		X		X	
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tato tabulka uvádí v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Vyhovovalo by Vám dotazníkové šetření 1x ročně ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců?*

Kategorie odpovědi *Ano* byla označena 3x (S2, V1, H1). Kategorie odpovědi *Ne* byla rovněž označena 3x (S1, S3, V2).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

**Tabulka 47** Způsob sdělení zaměstnancům o řešení jejich problému

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
Ústní sdělení	6	X	X	X	X	X	X
Písemné sdělení	0						
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tabulka předkládá v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jak se zaměstnanci dovídají o způsobu řešení jejich problému?*

6x byla shodně uvedena kategorie odpovědi *Ústní sdělení* (S1-S3, V1, V2, H1). Kategorie *Písemné sdělení* nebyla respondentkami označena.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 6.

**Tabulka 48 Způsob odstraňování či snižování zjištěných faktorů nespokojenosti**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
Sama v rámci kompetencí	6	X	X	X	X	X	X
Spolupráce se s.s.	3				X	X	X
Spolupráce s v.s.	4	X	X	X			X
Spolupráce s hl.s.	5	X	X	X	X	X	
Postoupení jiným oprávněným osobám	1						X
Informování vedoucích lékařských pracovníků	5	X	X		X	X	X
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Tato tabulka demonstruje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakým způsobem postupujete při odstraňování či snižování zjištěných faktorů nespokojenosti?*

Celkem 6x byla shodně uvedena kategorie odpovědi *Sama v rámci kompetencí* (S1-S3, V1, V2, H1). 5x byla označena kategorie odpovědi *Spolupráce s hlavní sestrou* (S1-S3, V1, V2). 5x byla rovněž označena kategorie odpovědi *Informování vedoucích lékařských pracovníků* (S1, S2, V1, V2, H1). Kategorie *Spolupráce s vrchní sestrou* byla označena 4x (S1, S2, S3, H1). Kategorie odpovědi *Spolupráce se staniční sestrou* byla uvedena 3x (V1, V2, H1). 1x byla uvedena kategorie *Postoupení jiným oprávněným osobám* (H1).

Nejvíce odpovědí, tj. 5, označila 1 respondentka (H1). 4 odpovědi uvádějí 4 respondentky (S1, S2, V1, V2). 3 odpovědi uvádí 1 respondentka (S3).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 24.

**Tabulka 49 Opakující se faktory nespokojenosti na základě zkušeností MNG**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
Nedostatečná komunikace lékař - sestra	6	X	X	X	X	X	X
Nedostatečná komunikace sestra - sestra	2	X			X		
Nedostatečná komunikace lékař - pacient	1		X				
Nedostatečná komunikace ze strany nadřízených	3	X		X	X		
Nevyhovující stavební uspořádání jednotky	3	X	X				X
Fyzikální faktory	2			X	X		
Finanční ocenění	3	X				X	X
Zvýšené množství práce	2	X			X		
Zvýšené množství administrativy	2	X			X		
Péče o více pacientů najednou	2			X	X		
Nespolupracující pacient	1			X			
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují?*

Celkem 6x byla uvedena kategorie odpovědi *Nedostatečná komunikace lékař – sestra* (S1-S3, V1, V2, H1). 3x byly označeny kategorie odpovědi *Nedostatečná komunikace ze strany nadřízených* (S1, S3, V1), *Nevyhovující stavební uspořádání jednotky* (S1, S2, H1) a *Finanční ocenění* (S1, S2, H1). Uvedení 2x se opakuje u 5 kategorií, kterými jsou: *Nedostatečná komunikace sestra – sestra* (S1, V1), *Fyzikální faktory* (S3, V1), *Zvýšené množství práce a administrativy* (S1, V1) a *Péče o více pacientů najednou* (S2, V1). Kategorie odpovědi *Nespolupracující pacient* byla uvedena 1x (S3).

Nejvíce odpovědí, tj. 7, označily 2 respondentky (S1, V1). 5 odpovědí označila 1 respondentka (S3), 3 odpovědi byly označeny 2 respondentkami (S2, H1) a 2 odpovědi označila 1 respondentka (V2).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 27.

**Tabulka 50 Faktory nespokojnosti související s odchodem sester z oddělení z pohledu MNG**

	$\Sigma$	S 1	S 2	S 3	V1	V2	H 1
Nedostatečná komunikace lékař - sestra	4	X	X			X	X
Nedostatečná komunikace sestra - sestra	3	X	X			X	
Faktory nesouvisí s odchodem sester	2			X	X		
<b>Celkový výskyt odpovědí</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Které faktory nespokojnosti mohou souviset s odchodem sester z oddělení?*

Celkem 4x byla uvedena kategorie odpovědi *Nedostatečná komunikace lékař-sestra* (S1, S2, V2, H1). Kategorie *Nedostatečná komunikace sestra-sestra* byla uvedena 3x (S1, S2, V2). Kategorie odpovědi *Faktory nesouvisí s odchodem sester* byla uvedena 2x (S3, V1).

3 respondentky ( S1, S2, V2) uvedly více než jednu odpověď, a to 2. 3 respondentky (S3, V1, H1) uvedly jen jednu odpověď.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.



## 5. Diskuse

Předmětem výzkumného šetření byla identifikace faktorů nespokojenosti všeobecných sester v jejich zaměstnání, vliv zjištěných negativních faktorů na kvalitu poskytované péče a možnosti managementu zdravotnického zařízení při eliminaci faktorů nespokojenosti. V následující diskusi jsou prezentovány nejzajímavější výsledky výzkumného šetření.

Ve výzkumném souboru, tvořeném všeobecnými sestrami byly zastoupeny ženy v 95 % a muži v 5 %. Převahu žen v tomto povolání uvádějí také Jarošová a Zacharová (22, 58). Ženy očekávají v zaměstnání zejména uznání, dobré vztahy či přijetí což jsou sociální aspekty práce. Tato hlediska jsou také prezentována respondentkami provedeného výzkumu „Změny v postavení sester na počátku nového tisíciletí“ (3, 25). V diplomové práci jsou tyto aspekty patrné ve výsledcích odpovědí, které jsou prezentovány sestrami (tabulka 35). Zde do první poloviny stupnice zařadili respondenti sociální aspekty práce jako skupinu spolupracovníků, pracovní atmosféru, pracovní prostředí, spokojenost pacientů, pracovní ocenění či postoj nadřízeného, zatímco aspekty sebeprosazení a seberealizace jako je osobní růst, využití nabytých zkušeností nebo možnost dalšího vzdělávání dotazovaní umístili až ve druhé polovině stupnice. Je to pravděpodobně způsobeno upřednostňováním, již zmiňovaných, sociálních aspektů práce. Do první poloviny stupnice byla zařazena také mzda. Zde se můžeme ztotožnit s výsledky Štikara, který uvádí, že finanční ohodnocení je prostředkem k zabezpečení naší základní existence, ale zároveň působí jako forma společenského ocenění. Mzda je tedy prostředkem k uspokojení jak nižších tak vyšších potřeb člověka. Stává se tak poměrně dominantním činitelem motivace a následně i pracovní spokojenosti (54). Ke mzdě se váže i předpokládaná hypotéza kvantitativního šetření H1: *Nejčastěji vyskytujícím se faktorem nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení je nedostatečné finanční ohodnocení.* Z výsledků šetření zjišťovaného četností vyplývá (tabulka 28), že se mzdou není spokojena jen necelá polovina, tj. 46 respondentů (46 %), přičemž nejčetnější faktor nespokojenosti, který označilo 67 respondentů (67 %) je zvýšená psychická zátěž (tabulka 24).

**Hypotéza H1: Nejčastěji vyskytujícím se faktorem nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení je nedostatečné finanční ohodnocení, tak nebyla potvrzena.** Domnívám se, že tento výsledek vyplývá z již provedených změn v platech nelékařských pracovníků 1. července 2009, kdy dochází k navýšení platů všeobecných sester o 15 % cestou zvýšení tarifů a k úpravě Katalogu prací (11, 23).

Dalším vnitřním faktorem, který může ovlivnit spokojenost v zaměstnání je věk. Kohoutek uvádí, že pro člověka je typická zvýšená aktivita přibližně do třiceti let života. Jednotlivec je v tomto období, pokud jde o dosahování vlastních cílů, netrpklivý a jeho jednání je mnohem více ovlivnitelné aktuálními reakcemi na různé podněty a tímto je způsobena i větší nespokojenost. Naopak po 45. roce se nespokojenost snižuje a člověk má realističtější přístup k životu (25). Pokud bychom se tedy zaměřili na věkovou skupinu dotazovaných sester, výsledky výzkumu jsou následující (tabulka 3). Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku 18 – 25 let (35 %) a nejméně početnou skupinou je věková kategorie 40 a více let (3%) a proto nemůžeme doložit tvrzení Kohoutka, že se po 45. roce věku snižuje nespokojenost v pracovní sféře (25). Také Armstrong uvádí, že starší lidé jsou se svou prací více spokojeni než mladší a že spokojenost s prací má tendenci s věkem stoupat. Hovoří o tzv. mezigeneračních konfliktech, čímž se rozumí rezervovaný či odmítavý postoj k některým předávaným normám a hodnotám, které nová generace považuje za překonané. Ale zároveň se Armstrong (1) přiklání k názoru, že soužití několika věkových kategorií sester na jednom pracovišti nemusí nutně znamenat mezigenerační konflikty. Toto tvrzení můžeme doložit i naším výzkumným šetřením, kdy sestry ve svém zaměstnání byly velmi spokojeny v 18 % a spíše spokojeny v 59 % (tabulka 5). Kovářová ve své publikaci prezentuje v souvislosti s věkem sester nový fenomén a tím je klesající počet sester ve věkových skupinách mladších 45 let a naopak vyšší podíl sester ve věkových skupinách starších 45 let (27). Tento jev není z výsledků našeho výzkumu, kdy nejméně početnou skupinou je věková kategorie 40 a více let (3%) (tabulka 3), u sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení patrný.

S věkem zaměstnanců úzce souvisí další kategorie pracovní spokojenosti, kterou je délka zaměstnání. Kohoutek uvádí, že existuje předpoklad, kdy člověk setrvává na stejném pracovním místě z důvodu, protože se mu daří a stávající zaměstnání mu vyhovuje, a s postupem času je i větší možnost adaptace (25). Šetřením byla zjištěna tato fakta (tabulka 4). Nejpočetnější skupinu (39 %) tvoří respondenti pracující na oddělení 2 – 5 let, druhou početnou skupinou jsou respondenti s délkou praxe 6 a více let (30 %), respondenti pracující na oddělení 1 rok tvoří 21 % a respondenti s délkou praxe méně než 1 rok jsou zastoupeni pouze 10 %. Tento výsledek nám dokládá předchozí tvrzení Kohoutka, že člověk setrvává na stejném pracovním místě z důvodu, protože se mu daří a stávající zaměstnání mu vyhovuje. A právě délka zaměstnání souvisí s cílem 2 kvantitativního výzkumu: *Zjistit vliv délky praxe všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení na jejich spokojenost v zaměstnání*, a potvrzení nebo zamítnutí H2: *Sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení déle než jeden rok jsou v zaměstnání více spokojeny než sestry s praxí jeden rok a méně* (tabulka 39). Z výsledků šetření vyplývá, že v zaměstnání jsou spokojeny více jak 3/4 respondentů (77 %) bez ohledu na délku praxe. 13 respondentů (13 %) je v zaměstnání spíše nespokojeno a 3 respondenti (3 %) jsou nespokojeni velmi. Testováním závislosti vybraných odpovědí bylo prokázáno, že dosažená hladina významnosti je u všech testovaných odpovědí větší než 5 %, což nám potvrzuje, že není přítomna asociace mezi délkou praxe respondentů a spokojeností v zaměstnání. **Tímto zjištěním byl splněn cíl 2 kvantitativního šetření: Zjistit vliv délky praxe všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení na jejich spokojenost v zaměstnání. Hypotéza H2: Sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení déle než jeden rok jsou v zaměstnání více spokojeny než sestry s praxí jeden rok a méně byla zamítnuta.**

Ke zjištění cíle 1 kvantitativního šetření: *Identifikovat faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení*, jsme použili a zpracovali odpovědi na otázky 11 – 31 uvedené v dotazníku sester (příloha 1). Výsledky zpracování identifikovaných faktorů nespokojenosti pak byly celkové (tabulka 31) a dílčí. Tento postup byl tak prospěšný pro druhou část diplomové práce -

kvalitativní výzkum, kdy zástupci základního, středního i top managementu byli s výsledky výzkumného šetření seznámeni. Dílčím výsledkem zpracování jsou pak respondenty označené faktory nespokojenosti na standardním oddělení, jednotce intenzivní péče a resuscitačním oddělení (tabulka 32, 33, 34).

V případě celkového zpracování jsou jednotlivé faktory nespokojenosti následující (tabulka 1 – 30, tabulka 31). Zvýšenou psychickou zátěž označilo jako faktor nespokojenosti 67 respondentů (67 %). Zvýšenou fyzickou zátěž pak považuje jako faktor nespokojenosti 50 respondentů (50 %). Kapounová a Stasková (24, 47) uvádějí, že rychlé tempo v současných zdravotnických zařízeních od sestry vyžaduje, aby posuzovala, předvídala a hodnotila stav pacientů a během minut na něj reagovala tak, aby péče byla maximálně účinná a koordinovaná. Sestra se častěji setkává s nemocnými bezprostředně ohroženými na životě, musí pracovat rychle a bezchybně. Psychické a fyzické vypětí sester je právě proto velmi vysoké.

Na druhé místo se řadí z faktorů, které negativně ovlivňují spokojenost sester při péči o pacienta, faktor nespokojenosti spolupracující pacient, který označilo 66 respondentů (66 %). Obávám se, že tento negativní činitel bude i nadále přetrvávat, protože jak uvádí Šetina a Šmíd (49, 53), stále více se operují nemocní ve vyšším věku a s rizikovými faktory jako například ejectional frakcí srdce pod 20 – 30 %, s pokročilou aterosklerózou, s chronickou renální insuficiencí v dialyzačním programu, s hepatálním postižením, těžkým plicním postižením či diabetem s mnohočetnými komplikacemi, které ještě nedávno provedení operace znemožňovaly, a následná péče o tyto pacienty je pak velmi náročná.

59 respondentů (59 %) označilo jako faktor nespokojenosti péči o více pacientů najednou. Tento faktor nespokojenosti uvedli také 2 respondenti (S3, V1, tabulka 49) kvalitativního výzkumu jako opakující se problém. Zadák (57) uvádí, že počet sester na JIP se liší v různých státech podle ekonomické úrovně a také podle typu jednotky a oboru, který zajišťují. Například pro JIP III. typu, se předpokládá jedna sestra na každého pacienta, jedna sestra v záloze a dále jedna sestra s delší praxí v intenzivní péči jako vedoucí sestra v každé směně. Respondent S3 odpovídá: „Pokud ovšem sestry z jakéhokoli důvodu chybí, je nezbytné, aby měla jedna sestra více pacientů na starost,

a to už je pak problém“. Domnívám se, zda-li by nebylo vhodné zaměřit se na důvody nedostatku sester, a dále zhodnotit jestli má jednotka dostatečné sesterské obsazení, protože může nastat situace, že se zvýší počty hospitalizovaných pacientů, ale už není navýšen počet ošetřujícího personálu. Kohoutek (25) uvádí, že by u sester mohlo dojít důsledkem dlouhodobého působení nepřiměřených požadavků k přetížení a k absurdní situaci, kdy hlavní zásadou a úsilím všech zdravotníků je zachovat nebo obnovit zdraví pacientů, a sami zdravotníci pak mohou přitom svého zdraví pozbývat.

Další zjištěný faktor nespokojenosti, nedostatečné finanční ohodnocení uvedené 46 respondenty (46%), nám nepotvrzuje výsledky výzkumů Bártlové v roce 2006 (7), kdy plat sester vyvolává v České republice jednoznačně nejvyšší míru nespokojenosti. Musíme však dát za pravdu Štikarovi (54) v jeho tvrzení, že finanční ohodnocení je prostředkem k zabezpečení naší základní existence, ale zároveň působí jako forma společenského ocenění.

Negativní faktor, velké množství administrativy související s poskytováním ošetrovatelské péče, který označilo 45 respondentů (45 %) je spíše podnětem k dalšímu výzkumnému šetření, které by se zabývalo analýzou a případnou inovací stávající ošetrovatelské dokumentace. Domnívám se, že je velmi důležité, aby ošetrovatelská dokumentace, která je nepostradatelná pro správnou péči o pacienta, sestram vyhovovala, byla přehledná a její vyplňování bylo snadné a nezatěžující. Jak uvádí Zadák (57), přehledná, úplná a systematická dokumentace je podmínkou dobře fungující jednotky. Tato dokumentace má být pravidelně kontrolována a aktualizována.

Nedostatek pomocného zdravotnického personálu, který zvolilo jako negativní faktor 44 respondentů (44 %) je problém, který by se měl řešit co nejdříve. A to z toho důvodu, že u sester, trvale pracujících se zvýšenou psychickou a fyzickou zátěží, která může být způsobena právě tímto negativním faktorem, může dojít v dlouhodobé perspektivě důsledkem nepřiměřených požadavků a omezené pozitivní sociální odezvy k příznakům chronické nespokojenosti, tzv. „burn out syndromu“, neboli syndromu vyhoření, jak dokládají Kopřiva (26) a Pečenková (39). K předchozímu aspektu se vztahuje i negativní faktor nedostatek času na pacienta, který označilo 43 respondentů (43 %), promítání se zaměstnání do soukromého života s označením

od 40 respondentů (40 %) a problém s usínáním po noční službě, který uvádí 37 respondentů (37 %).

Problémy týkající se vzájemné komunikace označilo jako negativní faktor, a to ze strany nadřízených 35 respondentů (35 %), či ze strany lékařů 32 respondentů (32 %). S těmito výsledky také korespondují údaje zjištěné kvalitativním šetřením, kdy všech 6 respondentů (S1-S3, V1, V2, H1, tabulka 49) shodně označilo jako opakující se faktor nespokojenosti sester právě nedostatečnou komunikaci lékař – sestra. Bártlová (2, 6) ve svých výzkumech v této souvislosti uvádí, že vztahy mezi lékaři a sestrami jsou podstatným prvkem v poskytování zdravotnické péče a mohou mít vliv na její výsledky. Nevhodné chování je jedním z mnoha faktorů, které kvalitu vztahů mezi zdravotníky ovlivňují. Souhlasím s autorkou, že vztah mezi sestrami a lékaři je jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti a proto vyžaduje mnohostranný přístup.

Jako další negativní faktor ovlivňující spokojenost v zaměstnání uvedlo 30 respondentů (30 %) nevyhovující sociální zázemí (denní místnost) na ošetrovací jednotce a nespokojenost s pracovním oděvem, 25 respondentů (25 %) označilo jako negativní faktor fyzikální jevy na pracovišti (hluk z přístrojů, klimatizace) I zde nacházíme vzájemný vztah s výsledky kvalitativního výzkumu, kdy 3 respondenti (S1, S2, H1, tabulka 49) označili jako opakující se faktory nespokojenosti nevyhovující stavební uspořádání ošetrovací jednotky, a 2 respondenti (S3, V1, tabulka 49) uvedli jako opakující se faktory nespokojenosti fyzikální faktory na pracovišti. Slaměnik (44) uvádí v souvislosti s fyzikálními podmínkami na pracovišti, že některé jevy lze snadno upravovat ale jiné jsou vázány na používanou technologii a stávají se součástí výkonu dané profese. Zhoršující se fyzikální podmínky na pracovišti mohou zvyšovat nespokojenost zaměstnanců a podnítit úvahy o odchodu z pracoviště, ale také lze tuto skutečnost brát jako nutné zlo jinak zajímavé práce.

Pokud bychom dosadili některé z identifikovaných faktorů nespokojenosti do jedné z teorií pracovní spokojenosti, uvedených Jarošovou a Trachtovou (22, 55), Maslowovy hierarchie potřeb, která vychází z uspořádání lidských potřeb do pěti úrovní, zjistíme, že působením zvýšené psychické a fyzické zátěže, problému

s usínáním po noční službě či promítáním se zaměstnání do soukromí mohou být ohroženy fyziologické potřeby člověka, které se řadí k potřebám nižším – primárním. Ovšem zvýšená psychická a fyzická zátěž se může promítat také do tzv. vyšší potřeby, kterou je potřeba jistoty a bezpečí a současně s ostatními faktory nespokojenosti jako jsou péče o více pacientů najednou, nespolutracující pacient, nedostatek času na pacienta, nedostatek pomocného personálu či nedostatečné finanční ohodnocení, mohou způsobit nedostatečnou saturaci této potřeby. Nedostatečná komunikace ze strany nadřízeného a nedostatek pracovního ocenění pak mohou vyvolat nedostatek v potřebě uznání a ocenění. Ztotožňuji se ze slovy Trachtové, která cituje Maslowa: „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje (55, str. 14).“ **Zjištěním faktorů nespokojenosti byl splněn cíl 1 kvantitativního šetření: Identifikovat faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení.**

Výsledky dotazníkového šetření, jehož výzkumný soubor byl tvořen pacienty, hospitalizovanými na kardiologickém oddělení sloužily k dosažení cíle 3 kvantitativního šetření diplomové práce: *Zjistit vliv identifikovaných faktorů nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče*, a potvrzení nebo zamítnutí hypotézy H3: *Faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení negativně ovlivní spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí*. Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 102 respondentů (100 %), 68 mužů (66,7 %) a 34 žen (33,3 %) (graf 6). Vyhodnocením dalších údajů bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu (44,1 %) tvoří respondenti věkové kategorie 61 – 70 let (graf 8). Tímto výsledkem tak můžeme potvrdit vzrůstající věk operovaných pacientů a s ním také daleko větší možnost přidružených pooperačních komplikací, jak uvádí Brát, Němec, Stasková a Zadák (10, 36, 47, 57). Ve vzdělání respondentů jsou nejfrekventovanější skupinou respondenti se středoškolským vzděláním (34,3 %) a ukončeným učebním oborem (31,4 %) (graf 9).

Při hodnocení spokojenosti pacientů s přístupem sester k jejich osobě a spokojenosti pacientů s úrovní péče poskytované sestrami byly vykázány úplně shodné výsledky. Ze zjištěných údajů je patrné, že 86 respondentů (84,3 %), je velmi spokojeno a 15 respondentů (14,7 %) je spíše spokojeno, s výše uvedenými aspekty (graf 10, 11). Raiter (40) uvádí, že spokojenost pacientů je přímo úměrná se spokojeností zdravotnického personálu a zkušenosti ze zahraničí i u nás ukazují, že pacienti jsou zpravidla spokojeni tam, kde je také spokojen personál zdravotnického zařízení. Toto můžeme doložit i naším výzkumným šetřením, kdy sestry byly ve svém zaměstnání velmi spokojeny v 18 případech odpovědí (18 % ) a spíše spokojeny v 59 případech odpovědí (59 %) (graf 7). Pokud bychom se zaměřili na důvěru pacientů k sestram, které je ošetřovaly, tak převážná část, 84 respondentů (82,4 %), důvěřovala všem sestram, které je ošetřovaly (graf 12). Tyto pozitivní výsledky nám potvrzují, jak velmi významná je individuální péče, uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacientů, citlivý a lidský přístup, který je důležitý ke zmírnění psychického strádání pacientů, nejen po operaci, ale i během celé hospitalizace, což také uvádí Brát, Němec, Stasková a Zadák (10, 36, 47, 57). **Výše uvedenými zjištěními byl splněn cíl 3 kvantitativního šetření: Zjistit vliv identifikovaných faktorů nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče.** Statistickým testováním závislosti vybrané odpovědi z dotazníku sester: *zvýšená psychická zátěž, jako negativní faktor ovlivňující spokojenost v zaměstnání* s vybranými odpověďmi z dotazníku pacientů: *spokojenost s celkovým přístupem sester, spokojenost s úrovní poskytované péče a důvěra k sestram,* nebyla na základě signifikace, která byla ve všech testech větší než 5 %, prokázána vzájemná souvislost mezi proměnnými. Byly tak potvrzeny nulové hypotézy (tabulka 40, 41, 42). **Hypotéza H3: Faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení negativně ovlivní spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, byla tímto zjištěním zamítnuta.**

Druhá část diplomové práce byla zaměřena na činnost základního, středního a top managementu nemocnice při odstraňování či snižování faktorů nespokojenosti



a byla realizována po vyhodnocení výsledků první etapy. K této etapě se vztahoval cíl 1 kvalitativního šetření a výzkumné otázky 1 – 3.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že respondenti používají různé způsoby zjišťování spokojenosti zaměstnanců. Nejčastěji používaným způsobem zjišťování spokojenosti zaměstnanců je osobní zjištění, aktivní pohovor a sdělení personálu. Všech 6 respondentů (S1-S3, V1, V2, H1, tabulka 43) tyto způsoby označuje za nejlepší a nejefektivnější právě z hlediska přímé komunikace s personálem. A zde zjišťujeme fungující zpětnou vazbu, kdy z výsledků dotazování sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení vyplývá, že s pracovními vztahy mezi nimi a staniční sestrou (tabulka 30) je velmi spokojeno 47 respondentů (47 %) a spíše spokojeno 43 respondentů (43 %), a s pracovními vztahy mezi sestrami a vrchní sestrou (tabulka 26) je velmi spokojeno 36 respondentů (36 %) a spíše spokojeno 41 respondentů (41 %). 5 respondentů (S1-S3, V1, V2) má možnost zjišťovat případnou nespokojenost zaměstnanců na provozních schůzích a v souvislosti s vnitroústavním hodnocením. Za zmínku stojí způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců respondenta S2, který používá jako jediný 1 x ročně dotazník vlastní konstrukce. A právě dotazník se stal diskutabilním tématem, které rozdělilo respondenty na dvě poloviny. 3 respondenti (S2, V1, H1) jej považují za účinný a zajímavý podnět k rozpracování, zatím co zbývající 3 respondenti (S1, S3, V2) projevují k dotazníkovému šetření značnou nedůvěru (tabulka 46). Možná je k tomu vede obava z něčeho nového, nevyzkoušeného ale jak uvádí Raiter (40), nedílnou součástí systematické práce na zvyšování kvality zdravotní péče jsou standardizované výzkumy zaměřené na kvalitu pracovního života personálu zdravotnických zařízení a tudíž bude použití dotazníků zřejmě nezbytné. Pokud se týče četnosti zjišťování spokojenosti zaměstnanců (tabulka 44), společnou odpovědí všech 6 respondentů (S1-S3, V1, V2, H1) je průběžně. Četnost 1x ročně uvádí v odpovědi 5 respondentů (S1, S2, S3, V1, V2) v souvislosti s vnitroústavním hodnocením. S dosavadním způsobem zjišťování spokojenosti zaměstnanců (tabulka 45) je spokojeno všech 6 respondentů v oblasti osobního zjištění, aktivního pohovoru a sdělení personálu. Z pohledu všech 6 respondentů se jeví jako nepřínosné vnitroústavní hodnocení (tabulka

45). Z rozhovorů respondentů vyplývá, že toto hodnocení má nedostatečně nastavena hodnotící kritéria a není z něj adekvátní výstup.

**Na základě zjištěných poznatků odpovídáme na první výzkumnou otázku:**  
*Jakým způsobem zjišťuje management příčiny nespokojenosti sester?*

Způsoby používané při zjišťování příčin nespokojenosti zaměstnanců jsou osobní zjištění managementu, aktivní pohovor se zaměstnanci a sdělení personálu prováděné během celého roku, přednesení problému na provozní schůzi, vnitroustavní hodnocení a dotazníkové šetření prováděné 1 x ročně.

Možnosti, které má k dispozici management při odstraňování nebo snižování zjištěných faktorů nespokojenosti jsou následující. Je podstatné, čeho se problém týká, jak je rozsáhlý, jestli se týká jednotlivce či kolektivu a v neposlední řadě na koho byl vznesen. Podle toho je pak stanoven i postup řešení. Všech 6 respondentů (S1-S3, V1, V2, H1) řeší vzniklé problémy ve většině případů samostatně, v rámci svých kompetencí. Pokud takto nelze učinit postoupí řešení problému dalšímu členu v hierarchii, tzn. staniční sestra vrchní sestře a ta pak náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Je však také možné postoupení od staniční sestry k náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. V některých případech je řešení problému předáno přímo jiným oprávněným osobám (náměstek pro léčebnou péči, sociálně-právní oddělení, personální oddělení). Při velmi závažných situacích informují respondenti (S1-S3, V1, V2) také nadřízené lékaře (vedoucího lékaře, primáře, přednostu kliniky), náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (H1) informuje ředitele nemocnice (tabulka 48). Zaměstnanci jsou pak informováni o způsobu řešení jejich problému nadřízeným osobně ústním sdělením, na tom se shodlo všech 6 respondentů (tabulka 47).

**Po provedení analýzy odpovědí zástupkyně top managementu odpovídáme na druhou výzkumnou otázku:**  
*Jaké možnosti řešení má top management při snižování faktorů nespokojenosti sester?*

Při eliminaci nebo snižování faktorů nespokojenosti se vychází z podstaty problému. Podle toho je stanoven i postup řešení. Zástupkyně top managementu může působit sama v rámci svých kompetencí, což se děje nejčastěji. Dále může spolupracovat s vrchními a staničními sestrami. Pokud nemůže problém řešit sama v rámci

kompetencí, je dále postoupen oprávněným osobám, jimž přísluší řešení. O velmi závažných případech je informován ředitel nemocnice.

**Na základě rozboru odpovědí zástupců středního a základního managementu odpovídáme na třetí výzkumnou otázku: *Jakým způsobem postupuje při odstraňování faktorů nespokojenosti střední a základní management?***

Zástupci středního a základního managementu postupují při odstraňování, či snižování faktorů nespokojenosti sami v rámci svých kompetencí, to je nejfrekventovanější způsob. Je důležité, čeho se problém týká, zda budou jednat s jednotlivcem, či s kolektivem. Zástupci základního a středního managementu mohou také spolupracovat navzájem, nebo postoupit řešení problému náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. O závažných problémech informují vedoucí lékaře nebo primáře oddělení.

V závěrečné části kvalitativního šetření jsme se zabývali opakujícími se faktory nespokojenosti. Podle shodných odpovědí v rozhovorech všech 6 respondentů (S1-H1), se některé faktory nespokojenosti neustále opakují a nedaří se je odstranit (tabulka 49). Nejčastěji se opakujícím faktorem nespokojenosti, potvrzeným všemi 6 respondenty je nedostatečná komunikace ve vztahu lékař - sestra. Tento faktor nespokojenosti byl také označen 32 respondenty (32 %) z kvantitativního šetření. Respondenti (S1, S2, V2, H1) označují nedostatečnou komunikaci ve vztahu lékař -sestra jako důvod odchodu sester ze zaměstnání (tabulka 50). Bártlová ve svém výzkumu (6) zdůrazňuje nutnost řešení problematických vztahů vzniklých v průběhu spolupráce sester a lékařů a zvýšení informovanosti o tomto problému. Zároveň také pokládá za vhodné orientovat nejen kvalifikační, ale i celoživotní vzdělávání na získávání dovedností v oblasti interpersonální komunikace. O důležitosti sociálního klimatu na pracovišti, nás přesvědčily výsledky kvantitativního šetření (tabulka 35), kdy při sestavování číselného pořadí důležitosti jednotlivých faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost, respondenti označili na předních místech pracovní atmosféru a skupinu spolupracovníků. Toto také prokazují Štikar (54) a Bártlová (6) tvrzeními, že sociální klima skupiny je důležitým aspektem, na němž závisí spokojenost jejich členů a míra jejich aktivity. Pokud bychom pokračovali dalšími opakujícími se faktory

nespokojenosti, pak 3 respondenti (S1, S3, V1) uvádí nedostatečnou komunikaci ze strany nadřízených, 3 respondenti (S1, S2, H1) nevyhovující stavební uspořádání ošetrovací jednotky a 3 respondenti (S1, V1 H1) nedostatečné finanční ohodnocení (tabulka 49). Všechny tyto zmíněné faktory korespondují s faktory uvedenými respondenty kvantitativního šetření (tabulka 31).

Velmi oceňuji spolupráci během výzkumného šetření se všemi zúčastněnými respondenty, kteří byli nadmíru vstřícní. Nelze opomenout fakt, že zejména všeobecné sestry se v současnosti cítí být vyplňováním dotazníků k různým výzkumným šetřením značně přehlceny, protože za nimi přichází s prosbou o jejich spolupráci příliš mnoho žadatelů. Některá zdravotnická zařízení právě z tohoto důvodu omezují vydávání souhlasů s výzkumnými šetřeními pouze na žadatele, kteří jsou v příslušném zdravotnickém zařízení zaměstnáni.

## 6. Závěr

Profese všeobecné sestry je z hlediska kvalifikačního studia a následně samotného výkonu práce, spojeného s vysokou odpovědností a nutností dalšího celoživotního vzdělávání, pokládána za velmi náročné povolání. Diplomová práce s výzkumným šetřením, při kterém byly zjišťovány faktory nespokojenosti všeobecných sester v jejich zaměstnání a vliv těchto faktorů na kvalitu poskytované péče, je v současné době, plně probíhajících změn ve zdravotnictví, tématem velmi aktuálním.

K podrobnému zmapování dané problematiky byla ke sběru dat zvolena metodologie výzkumu jak kvantitativní, tak kvalitativní. V kvantitativní části byl vytvořen dotazník pro všeobecné sestry a pro pacienty podstupující léčbu na kardiochirurgickém oddělení. Nástrojem sběru dat kvalitativního šetření byl rozhovor se staničnickými sestrami, jako zástupci základního managementu, vrchními sestrami zastupujícími střední management a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, která zastupovala top management.

Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny 3 dílčí cíle a 3 hypotézy. Naplněním cílů byly identifikovány faktory nespokojenosti sester, kterými jsou zvýšená psychická a fyzická zátěž či nedostatečné finanční ohodnocení. V souvislosti s péčí o pacienta se jedná o zvýšené množství administrativy, nedostatek pomocného personálu, nespokojenosti pacienta, péči o více pacientů najednou nebo nedostatek času na pacienta. Ze sociálních aspektů práce byly identifikovány problémy v komunikaci lékař – sestra, negativní faktor promítání se zaměstnání do soukromí a problém s usínáním po noční službě. K dalším zjištěným vnějším faktorům ovlivňujícím pracovní spokojenost se řadí nevyhovující sociální zázemí a fyzikální faktory na pracovišti či nespokojenost s pracovním oděvem. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že identifikované faktory nespokojenosti nemají vliv na kvalitu poskytované péče a všeobecné sestry, pracující na kardiochirurgickém oddělení jsou, i přes zjištěné faktory nespokojenosti, ve svém zaměstnání spokojeny bez ohledu na délku praxe. Všechny předpokládané hypotézy kvantitativního šetření byly zamítnuty. Nebylo tak potvrzeno, že nejčastěji se vyskytujícím faktorem nespokojenosti všeobecných sester

pracujících na kardiologickém oddělení je nedostatečné finanční ohodnocení, sestry pracující na kardiologickém oddělení déle než jeden rok jsou v zaměstnání více spokojeny než sestry s praxí jeden rok a méně, a faktory nespokojenosti všeobecných sester pracujících na kardiologickém oddělení negativně ovlivní spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Pro kvalitativní výzkum byl stanoven 1 cíl a 3 výzkumné otázky. Splněním cíle a odpověďmi na výzkumné otázky byly zjištěny následující údaje. Nejčastěji používaným způsobem zjišťování spokojenosti zaměstnanců je osobní zjištění, aktivní pohovor a sdělení personálu. Při řešení zjištěných faktorů nespokojenosti je důležité, čeho se problém týká a zda bude jednáno s jednotlivcem, či s kolektivem. Zástupci top managementu, středního a základního managementu mají možnost při odstraňování, či snižování faktorů nespokojenosti působit samostatně v rámci svých nastavených kompetencí, což se děje nejčastěji. Dále je možná vzájemná spolupráce mezi staničními sestrami, vrchními sestrami a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. V určitých případech je žádoucí problém postoupit oprávněným osobám, jimž přísluší řešení (náměstek pro léčebnou péči, sociálně-právní oddělení, personální oddělení). S lékaři při odstraňování či snižování zjištěných faktorů nespokojenosti spolupracují zástupci managementu minimálně. O velmi závažných případech je informován vedoucí lékař nebo primář oddělení, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči informuje ředitele nemocnice. Způsob řešení problému je zaměstnanci sdělován ústně osobním rozhovorem. I přes veškerou snahu managementu o eliminaci se některé faktory nespokojenosti neustále opakují a nedaří se je odstranit.

Závěrem práce je možné konstatovat, že určené cíle byly splněny, stanovené hypotézy byly zamítnuty, výzkumné otázky byly zodpovězeny. V rámci výzkumného šetření byly zjištěny některé zajímavé podněty, které by mohly být impulsem pro další zkoumání:

- *Rozdíl ve spokojenosti sester pracujících na oddělení intenzivní péče a sester pracujících na standardním oddělení.*
- *Jak ovlivňuje sestru péče o nespokojeného pacienta.*
- *Možnosti sester při předcházení syndromu vyhoření.*

- *Analýza a inovace ošetrovatelské dokumentace.*
- *Analýza a inovace vnitroustavního hodnocení zaměstnance.*
- *Možnosti ve zdokonalování v oblasti interpersonální komunikace.*
- *Příčiny nespokojenosti pacientů s nemocniční stravou.*
- *Vliv fyzikálních faktorů na pracovní prostředí sestry.*

O výsledky diplomové práce projeví zájem oslovené zástupkyně základního, středního i top managementu již při rozhovorech výzkumného šetření. Diplomová práce bude poskytnuta, spolu s návrhem aktivit k eliminaci identifikovaného nejčtenějšího faktoru nespokojenosti (příloha 5), náměstkyni pro ošetrovatelskou péči IKEM v Praze a zároveň bude sloužit vrchním a staničním sestřím jako informační zdroj. Bylo by přínosné zmapování příčin všech zjištěných faktorů nespokojenosti a vytvoření návrhů opatření pro jejich odstranění. Za žádoucí považujeme realizaci dalších výzkumů týkající se kvality pracovní spokojenosti zaměstnanců zdravotnického zařízení.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 856 s. ISBN 80 – 247 – 0469 – 2.
2. BÁRTLOVÁ, S. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Ošetřovatelství*. Praha: 2006, roč. VIII., č. 1, s. 31 – 35. ISSN 1212 – 4117.
3. BÁRTLOVÁ, S. Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Brno: NCONZO, 2006. str. 5 – 23. ISBN 80 – 13 – 449 – 6.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vydání. Brno: NCONZO, 2003. 181 s. ISBN 80 – 7013 – 391 – 0.
5. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 306 – 6.
6. BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. *Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři*. ©2010. [cit.2011-04-12]. Dostupné :<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/novy-kontakt/1-2010/jak-nahlizeji-sestry-na-pracovni-vztahy-s-lekari/>.
7. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. Zdravotnictví v ČR. Praha: 2006, roč. IX., č. 3, str. 25 – 28. ISSN 1213 – 6050.
8. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80 – 7013 – 311 – 2.



9. BOJAR, R. M. *Manual of Perioperative Care in Cardiac and Thoracic Surgery*. Boston: Blackwell Scientific Publications, 2000. 379 s. ISBN 0 – 86542 – 054 – 9.
10. BRÁT, R. *Kardiochirurgie pro bakalářské studium*. 1. vydání. Ostrava: FZS OU, 2008. 53 s. ISBN 978 – 80 – 7368 – 601 – 7.
11. FILIPIOVÁ, D. *Ministerstvo zdravotnictví podniká razantní kroky ke zlepšení Pracovních a platových podmínek zdravotních sester*. © 2009. [cit. 2011-02-12]. Dostupné: <<http://www.mzcr.cz/Pages/823-stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr.html>>.
12. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2003. 308 s. ISBN 80 – 7226 – 996 – 8.
13. GULÁŠOVÁ, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV., č. 6, s. 8 – 9. ISSN 1210 – 0404.
14. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, vybrané kapitoly*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2007, 149 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 459 – 7.
15. HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 188 s. ISBN 80 – 7178 – 983 – 6.
16. HAYES, N. *Aplikovaná psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 220 s. ISBN 80 – 7178 – 807 – 4.
17. HÁJKOVÁ, L. Péče o pacienta před a po operaci na standardním a mediálovém oddělení kardiochirurgie. *Sestra*, 2009, roč. IX, č. 11, s. 71 – 73. ISSN 1210 – 0404.

18. INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2008*. Praha: Medical tribune cz, 2009. 78 s. Bez ISBN.
19. INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2009*. Praha: Medical tribune cz, 2010. 89 s. Bez ISBN.
20. IKEM. *Institut klinické a experimentální medicíny*. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz>.
21. *Jak projekt měří kvalitu zdravotních služeb*. [online]. © 2010. [cit. 2011-02-26]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb.php>.
22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80 – 7254 – 329 – 6.
23. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80 – 85866 – 55 – 2.
24. JURÁSKOVÁ, D. *Tisková zpráva České asociace sester, o. s. Sněm předsedkyň a předsedů Luhačovice*. © 2008. [cit. 2010-05-11]. Dostupné z: [http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red\\_id=83](http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red_id=83).
25. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9.
26. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2006. 137 s. ISBN 80 – 7040 – 852 – 9.

27. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 146 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 290 – 8.
28. KOHOUTEK, R. ŠTĚPANÍK, J. *Psychologie práce a řízení*. Brno: CERM, 2000. 223 s. ISBN 80 – 214 – 1552 – 5.
29. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80 – 7178 – 429 – X.
30. KOVÁŘOVÁ, M. *Pracovní a životné podmínky sestier v Európe*. 1. vydání. Rožňava: Roven, 2006. 129 s. ISBN 80 – 89168 – 168 – 14 – 0.
31. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*. 1474 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.
32. KUNHART, J. *Sociologie*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003. 99 s. ISBN 80 – 7194 – 570 – 6.
33. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 2069 – 2.
34. *Level of critical care for adult patients*. [online]. © 2008. [cit 2010-01-29]. Dostupné z: <http://www.ics.ac.uk>.
35. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80 – 247 – 0585 – 0.
36. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství. I. díl. Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9.

37. MATOUŠEK, O. *Hodnocení psychické, fyzické a sensorické zátěže*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2005. 22 s. ISBN 80 – 86973 – 02 – 6.
38. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada, 2005. 225 s. ISBN 80 – 247 – 0577 – X.
39. NĚMEC, P. a kol. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Olomouc: UPOL, 2006. 103 s. ISBN 80 – 244 – 130 – 35.
40. NOVÁKOVÁ, J. Pooperační péče na kardiochirurgické JIP. *Sestra*, 2011, roč. XX., č. 2, s. 42 – 43. ISSN 1210 – 0404.
41. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80 – 7254 – 657 – 0.
42. PEČENKOVÁ, J. a kol. Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetřovatelství*. Praha: 1999, roč. I., č. 1, s. 12 – 14. ISSN 1212 – 4117.
43. RAITER, T. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [online]. © 2008, úpravy 2010. [cit. 2011-02-26]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu\\_1849\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1849_15.html).
44. REPISKÁ, L. Kvalita ošetrovatel'skej starostlivosti očami klienta. In: *Nové trendy v Ošetřovatelství II*. České Budějovice: JU ZSF, 2003, s. 154 – 160. ISBN 80 – 7040 – 636 – 4.
45. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80 – 86073 – 96 – 3.

46. SLAMĚNÍK, I. VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 384 s. ISBN 80 – 7178 – 269 – 6.
47. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 197 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2040 – 1.
48. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3129 – 2.
49. STASKOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. Vztah mezi spokojeností sester a spokojeností pacientů. In: *Nové trendy v ošetřovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF. ISBN 80 – 7040 – 884 – 7.
50. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 276 s. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.
51. ŠETINA, M. a kol. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 2005. 60 s. ISBN 80 – 7040 – 779 – 4.
52. ŠKUBOVÁ, J. Kolektiv „tuží“ staniční a vrchní sestra. *Florence* [online]. © 2008, č. 2. [cit.2010-10-10]. Dostupné z: <http://www.florence.cz>.
53. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 162 s. ISBN 80 – 7013 – 419 – 4.
54. ŠMÍD, D. *Kardiochirurgie*. [online]. © 2008. [cit. 2011-02-19]  
Dostupné z: [http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/chirurgie/kardiochirurgie](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/chirurgie/kardiochirurgie)
55. ŠTIKAR, J. a kol. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80 – 246 – 0448 – 5.

56. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO, 2005. 184 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
57. VLAY, S.C. *Medical Care of the Cardiac Surgical Patient*. Boston: Blackwell Scientific Publications, 2000. 331 s. ISBN 0 – 86542 – 143 – 9.
58. ZADÁK, Z. HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2099 – 9.
59. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 228 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5.
60. *Zlepšení podmínek nelékařských pracovníků*. [online]. © 2011. [cit. 2011-05-07].  
Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-uzavrelo-s-ceskou-asociaci-sester-memorandum-garantujici-zlepseni-podminek-nelekarskych-pracovniku-4759-1.html>.

## **8. Klíčová slova**

Všeobecná sestra

Kardiochirurgie

Kardiochirurgické oddělení

Faktory nespokojenosti

Ošetřovatelská péče

Pacient

Zdravotnický management

## **9. Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Dotazník pro pacienty

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru se zástupci managementu

Příloha 4 – Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví

Příloha 5 – Návrh aktivit k eliminaci faktoru nespokojenosti (informační brožura volně vložená)





**6. Označte, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- úplné střední odborné ukončené maturitou
- vyšší odborné (DiS)
- PSS
- vysokoškolské bakalářské studium
- vysokoškolské magisterské studium
- jiné

**7. S prací ve směnném provozu jste:**

- 1 – velmi spokojen(a)
- 2 – spíše spokojen(a)
- 3 – nevím
- 4 – spíše nespokojen(a)
- 5 – velmi nespokojen(a)

**8. S vykonáváním přesčasů jste:**

- 1 – velmi spokojen(a)
- 2 – spíše spokojen(a)
- 3 – nevím
- 4 – spíše nespokojen(a)
- 5 – velmi nespokojen(a)

**9. Ve vašem zaměstnání jste:**

- 1 – velmi spokojen(a)
- 2 – spíše spokojen(a)
- 3 – nevím
- 4 – spíše nespokojen(a)
- 5 – velmi nespokojen(a)

**10. Ovlivňuje Vaši spokojenost s prací zpětná vazba od Vašeho nadřízeného týkající se Vámi vykonané práce?**

- ano
- ne
- nevím jak mě hodnotí
- nedostávám zpětnou vazbu
- jiné (prosím doplňte) .....

Prosím o označení křížkem příslušné kolonky se stupni spokojenosti u všech otázek,

Kdy 1 znamená velmi spokojen(a), 5 – velmi nespokojen(a).

		1 velmi spokojen(a)	2 spíše spokojen(a)	3 nevím	4 spíše nespokojen(a)	5 velmi nespokojen(a)
11.	S počtem sester na směnu jste:					
12.	Se způsobem předávání služby na oddělení jste:					
13.	S vybavením pracoviště spotřebním materiálem jste:					
14.	S přístrojovým vybavením pracoviště jste:					
15.	Se sociálním zázemím denní místnost sester) jste:					
16.	S pracovním prostředím (ošetřovací jednotka) jste:					
17.	S pracovním oděvem jste:					
18.	S fyzikálními faktory (hluk, klimatizace) na pracovišti jste:					
19.	S přístupem lékařů k pacientům na Vašem oddělení jste:					
20.	S pracovními vztahy mezi lékaři a sestrami pracujícími na Vašem oddělení jste:					
21.	S pracovními vztahy mezi Vámi a ostatními sestrami pracujícími na Vašem oddělení jste:					
22.	S pracovními vztahy mezi Vámi a staniční sestrou jste:					
23.	S pracovními vztahy mezi Vámi a vrchní sestrou jste:					
24.	Se svým finančním ohodnocením jste:					
25.	S možnostmi dalšího vzdělávání, které Vám zaměstnavatel umožňuje jste:					
26.	S využitím Vašich schopností v zaměstnání jste:					
27.	S uznáváním profesních úspěchů ze strany kolegyň (kolegů) jste:					
28.	S uznáváním profesních úspěchů ze strany lékařů jste:					

**29. Označte prosím, které faktory POZITIVNĚ ovlivňují Vaši spokojenost s prací (můžete označit více odpovědí):**

- 1. jistota pracovního místa
- 2. prestiž ošetrovatelského povolání
- 3. možnost dalšího vzdělávání
- 4. mzda
- 5. možnost ubytování
- 6. péče o pacienty
- 7. přístrojové vybavení pracoviště
- 8. materiální vybavení pracoviště
- 9. pracovní kolektiv
- 10. pracovní podmínky
- 11. image zdravotnického zařízení
- 12. pracovní ocenění
- 13. postoj nadřízeného
- 14. jiné (prosím doplňte)

.....

.....

.....

**30. Označte prosím, které faktory NEGATIVNĚ ovlivňují Vaši spokojenost s prací (můžete označit více odpovědí):**

- 1. mzda
- 2. nedostatečná komunikace ze strany kolegyň (kolegů)
- 3. nedostatečná komunikace ze strany nadřízených
- 4. pracovní ocenění
- 5. postoj nadřízeného
- 6. pracovní podmínky
- 7. přístrojové vybavení pracoviště
- 8. materiální vybavení pracoviště
- 9. zvýšená fyzická zátěž
- 10. zvýšená psychická zátěž
- 11. pocit pracovního přetížení
- 12. promítání se zaměstnání do soukromého života
- 13. nedostatek volného času mezi službami v průběhu měsíce
- 14. problém s usínáním po noční službě
- 15. jiné (prosím doplňte)

.....

.....

.....

**31. Označte prosím, které faktory NEGATIVNĚ ovlivňují Vaši spokojenost s prací PŘI PÉČI o pacienta (můžete označit více odpovědí):**

- 1. nedostatek času na pacienta
- 2. péče o více pacientů najednou
- 3. nespolupracující pacient
- 4. rodinní příslušníci
- 5. absence informací o nových ošetrovatelských metodách a postupech
- 6. nemožnost dalšího vzdělávání v souvislosti ošetrovatelskou péčí o pacienta
- 7. nedostatek materiálního vybavení
- 8. nedostatek technického vybavení
- 9. nevhodné stavební uspořádání jednotky
- 10. nedostatek pomocného zdravotnického personálu
- 11. nedostatek sester registrovaných
- 12. nedostatek sester neregistrovaných
- 13. nedostatek sester specialistek
- 14. nejednotnost příkazů vedení
- 15. množství administrativy související s poskytováním ošetrovatelské péče
- 16. jiné (prosím doplňte)

.....  
.....  
.....

**32. Sestavte číselné pořadí důležitosti jednotlivých faktorů, které ovlivňují Vaši pracovní spokojenost, kdy 1 znamená nejvyšší důležitost a 13 nejnižší důležitost:**

- mzda
- pracovní prostředí
- skupina spolupracovníků
- pracovní atmosféra
- bezpečnost při práci
- pracovní ocenění a postoj nadřízeného
- možnost dalšího vzdělávání
- využití nabytých znalostí
- osobní růst
- seberealizace
- spokojenost pacientů
- péče a uspokojování potřeb druhých lidí
- jiné (prosím doplňte)

.....  
.....  
.....

**33. Jak si myslíte, že pacienti hodnotí Vaši ošetrovatelskou péči?**

- 1 – jsou velmi spokojeni
- 2 – jsou spíše spokojeni
- 3 – nevím
- 4 – jsou spíše nespokojeni
- 5 – jsou velmi nespokojeni

**34. Prosím o uvedení dalších faktorů Vaší nespokojenosti v zaměstnání, které nebyly v dotazníku zmíněny:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.**

**Zdroj: Autor**

## Příloha 2 Dotazník pro pacienty

**Vážená paní, vážený pane,**

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je součástí diplomové práce zkoumající kvalitu ošetrovatelské péče na kardiochirurgickém oddělení. U jednotlivých otázek prosím označte vždy tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Dotazník je anonymní a všechny informace budou použity pouze pro účely diplomové práce.

**Vyplněné dotazníky prosím vhod'te do označené schránky na oddělení.**

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Bc. Zuzana Eretová  
studentka ZSF JU

### **1. Na kardiochirurgickém oddělení IKEM jste hospitalizován(a):**

- poprvé
- již jsem zde byl(a) hospitalizován(a)

### **2. S celkovým přístupem sester k Vaší osobě jste byl(a):**

- 1 - velmi spokojen(a)
- 2 - spíše spokojen(a)
- 3 - nevím
- 4 - spíše nespokojen(a)
- 5 - nespokojen(a) - uveďte prosím důvod nespokojenosti.....

### **3. S úrovní poskytované ošetrovatelské péče sestrami jste byl(a):**

- 1 - velmi spokojen(a)
- 2 - spíše spokojen(a)
- 3 - nevím
- 4 - spíše nespokojen(a)
- 5 - nespokojen(a) - uveďte prosím důvod nespokojenosti.....

### **4. Měl(a) jste důvěru k sestřám, které Vás ošetřovaly?**

- ano ke všem sestřám
- pouze k některým
- ne
- jiné .....

**5. Jak si myslíte, že jsou sestry pracující na tomto oddělení ve svém zaměstnání spokojeny?**

- 1 - velmi spokojeny
- 2 - spíše spokojeny
- 3 - nevím
- 4 - spíše nespokojeny
- 5 - velmi nespokojeny

**6. Vaše pohlaví:**

- muž
- žena

**7. Váš věk:**

- méně než 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 – více let

**8. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- základní
- učební obor
- učební obor s maturitou
- středoškolské
- vysokoškolské

**9. Prosím o uvedení dalších sdělení týkajících se dané problematiky, které nebyly v dotazníku zmíněny:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Děkuji Vám za spolupráci a vyplnění dotazníku.**

**Zdroj: Autor**



### **Příloha 3 Otázky k rozhovoru se zástupci managementu**

1. Jakým způsobem zjišťujete spokojenost zaměstnanců?
2. Jak často zjišťujete spokojenost zaměstnanců?
3. Ve kterých oblastech Vám vyhovuje dosavadní způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců?
4. Vyhovovalo by Vám dotazníkové šetření 1x ročně ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců?
5. Jakým způsobem postupujete při odstraňování či snižování zjištěných faktorů nespokojenosti? (možnosti)
6. Jak jsou zaměstnanci informováni o způsobu řešení jejich problémů?
7. Které faktory nespokojenosti se na základě Vašich zkušeností opakují?
8. Které faktory nespokojenosti mohou souviset na základě Vašich zkušeností s odchodem sester z oddělení?

**Zdroj: Autor**

## Příloha 4 Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví

### Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví 27. února 2011

ČR – Ministerstvo zdravotnictví

IČ: 024341

Se sídlem Palackého náměstí 4, 12801, Praha 2

Zastoupené doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc., ministrem zdravotnictví

(dále jen „Ministerstvo zdravotnictví“)

a

Česká asociace sester, o.s.

IČ: 00537161

Se sídlem Londýnská 32, 120 00 Praha 2

Zastoupená Mgr. Danou Juráskovou, PhD., MBA

(dále jen „ČAS“)

uzavírají následující memorandum o úpravě poměrů ve  
zdravotnictví:

#### 1. Vzdělávání, kompetence zdravotnických pracovníků a reformní a protikorupční kroky MZ ČR

##### Řešení:

Nadále bude ve spolupráci s Lékařským odborovým klubem, Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Českou asociací sester zlepšován systém vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků a budou optimalizovány jejich kompetence dle profesních skupin, jednotlivých oborů a pro různé typy zdravotnických zařízení. V souvislosti s přípravou reformy budou významně posíleny kompetence všeobecných sester a ostatních nelékařů (zdravotních laborantů, radiologických asistentů, fyzioterapeutů), zejména v segmentu primární péče, domácí péče a zdravotně-sociální péče (dlouhodobé péče). Součástí reformy bude také významné posílení domácí ošetrovatelské péče. Cílem je maximální využití dosaženého stupně vzdělání při zachování bezpečí a kvality poskytované zdravotní péče.

Reformní, protikorupční kroky a legislativní úsilí Ministerstva zdravotnictví budou směřovat k naplnění Programového prohlášení vlády a Ministerstvo zdravotnictví bude na naplnění tohoto cíle spolupracovat se širokou odbornou veřejností, zastoupenou zejména Lékařským odborovým klubem, Českou lékařskou komorou, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, Českou asociací sester a Radou poskytovatelů zdravotní péče. Připravované změny budou průběžně projednávány se zástupci odborů a pacientských organizací.

Restrukturace lůžkových zdravotnických zařízení bude prováděna ve spolupráci s jednotlivými kraji.

**Termín:**

Návrh do 30. 6. 2011

Předpokládaná účinnost od r. 2012 a dle účinnosti souvisejících legislativních úprav.

## **2. Odměňování nelékařů - výhled pro r. 2012**

**Řešení:**

S předpokladem zvyšování efektivity zdravotnického systému a v souladu s reformními kroky bude průměrný plat nelékařů zvýšen úměrně navýšení platu lékařů. Toto zvýšení platů bude u nelékařů současně spojeno s jejich rozšířenými kompetencemi a odpovědností v oblasti diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče, zejména v segmentech, primární, domácí, zdravotně-sociální (dlouhodobé) péče a superspecializované akutní péče.

## **3. Výzva MZ ČR k ředitelům nemocnic**

Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje ředitele všech přímo zřizovaných nemocnic, aby v zájmu udržení stability dodržovali pravidla pro odměňování nelékařů a jejich zařazování podle náplní činností v odpovídajících platových třídách Katalogu prací (např. na místech předepsaných pro registrovanou všeobecnou sestru nemůže pracovat sestra zařazená v platové třídě 8).

## **4. Garance Asociace krajů ČR**

MZ ČR požádá Asociaci krajů ČR o garanci, aby v nemocnicích zřizovaných kraji bylo postupováno ve shodě s touto dohodou, zejména v oblasti dodržování pravidel zařazování nelékařů do platových tříd dle Katalogu prací podle jejich oborů a náplní činnosti.

V Praze dne ..... 2. 7. 2011

.....  
Ministr zdravotnictví

.....  
Prezidentka ČAS

**Zdroj:** *Zlepšení podmínek nelékařských pracovníků*. [online]. © 2011. [cit.2011-05- 07]

Dostupné z: (<http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-uzavrelo-sceskou-asociaci-sester-memorandum-garantujici-zlepseni-podminek-nelekarskych-pracovniku-4759-1.html>).

