

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**SPOKOJENOST S PRACÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER
(WORK SATISFACTION AMONG NURSES)**

Diplomová práce



Autor: **Bc. Marika Špišková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.**

Olomouc

2010

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 15.3.2010

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY.....	7
1.1 Role sestry z hlediska historického.....	7
1.2 Role sestry v moderním ošetřovatelství.....	8
1.3 Profesionální chování sestry.....	10
1.4 Postavení sestry ve funkčním systému nemocnice.....	12
2 MOTIVACE A PRACOVNÍ MOTIVACE.....	14
2.1 Motivace.....	14
2.1.1 Definice pojmů motivace, motiv, stimulace, stimul.....	14
2.1.2 Zdroje motivace	16
2.1.3 Proces motivace.....	18
2.2 Pracovní motivace.....	19
2.2.1 Činitelé pracovní motivace.....	19
2.2.2 Dva typy pracovní motivace.....	20
2.2.3 Specifické teorie pracovní motivace.....	21
3 POSTOJE K PRÁCI A PRACOVNÍ SPOKOJENOST.....	28
3.1 Postoje	28
3.2 Pracovní postoje.....	29
3.3 Funkce pracovních postojů.....	30
3.4 Pracovní spokojenost	30
3.5 Znaky pracovní spokojenosti.....	32
3.6 Faktory pracovní spokojenosti.....	33
3.7 Pracovní spokojenost a pracovní chování.....	36
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOST U ZDRAVOTNÍCH SESTER	38
4.1 Vztahy na pracovišti.....	38
4.1.1 Vztah sestra – lékař.....	38
4.1.2 Vztah sestra – pacient.....	39
4.1.3 Vztah sestra – sestra	40
4.2 Náplň práce sestry.....	41
4.3 Organizace práce.....	42
4.4 Organizační kultura.....	43
4.5 Specifické zátěže v práci sestry.....	44

5 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY A SYNDROM VYHOŘENÍ.....	47
5.1 Definice pojmu burnout.....	47
5.2 Příčiny.....	48
5.3 Příznaky.....	49
5.4 Průběh.....	52
5.5 Možnosti diagnostiky syndromu vyhoření.....	53
5.6 Podmínky vzniku vyhoření u zdravotních sester.....	56
5.7 Týmová spolupráce ve zdravotnictví jako prevence syndromu vyhoření.....	59
6 METODOLOGIE.....	62
6.1 Problém, cíle, hypotézy.....	62
6.2 Aplikovaná metodika.....	63
6.2.1 Dotazníky.....	63
6.2.2 Statistické metody analýzy dat.....	66
6.3 Výzkumný soubor.....	67
6.3.1 Základní charakteristiky výzkumného souboru:.....	67
6.4 Organizace a průběh šetření.....	70
6.5 Symbolika k DSZS.....	71
7 VÝSLEDKY PRÁCE.....	72
7.1 Hlavní výstupy DSZS.....	72
7.2 Úroveň spokojenosti s vlastní prací.....	86
7.3 Míra vyhoření.....	87
7.4 Koreláty RJSB.....	88
7.5 Koreláty BQ.....	90
7.6 Ostatní koreláty.....	91
7.6.1 Věk.....	92
7.6.2 Seniorita.....	93
7.7 K platnosti hypotéz.....	95
8 DISKUZE.....	97
9 ZÁVĚR.....	102
10 SOUHRN.....	104
ANOTACE.....	107
ANNOTATION.....	109
POUŽITÁ LITERATURA.....	110
PŘÍLOHY.....	114

Děkuji především panu doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi, CSc. za pomoc a cenné rady při zpracování této diplomové práce, dále vedení Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Fakultní nemocnici v Brně, zejména pak paní náměstkyni ošetrovatelské péče Mgr. Erně Mičudové a vrchní sestře KARIM Mgr. Markétě Říhové za umožnění a realizaci její výzkumné části a v neposlední řadě všem respondentům a respondentkám z řad zdravotních sester, kteří byli ochotni se na výzkumu podílet.

ÚVOD

Práce představuje pro většinu lidí důležitou součást života, která zabírá podstatnou část každodenní reality a životního dění vůbec. Pro každého je práce zřejmě jiným způsobem významná, ale spokojenost v pracovní oblasti je důležitá pro každého pracujícího člověka a podle psychologické literatury se také nemalým způsobem podílí na celkové spokojenosti životní.

Otázka pracovní motivace, pracovních postojů a pracovní spokojenosti u zdravotních sester nabývá v současné době na důležitosti. Zdravotnická zařízení u nás i ve světě stojí před závažným problémem, kterým je získání, ale hlavně udržení zkušených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Management nemocnic by se tedy měl soustředit nejen na výzkum spokojenosti pacientů, jak už je to ve většině nemocnic běžné, ale také by se měl zabývat pracovní spokojeností zdravotnického personálu, jejímž nejpočetnějším zástupcem bývají právě zdravotní sestry.

Tato diplomová práce je zaměřena především na zjištění obecných faktorů pracovní spokojenosti u zdravotních sester, jejich celkovou pracovní spokojenost, relaci jejich postojů k různým aspektům jejich práce a výskyt syndromu vyhoření jako jedné z determinant pracovní spokojenosti na vybraném výzkumném vzorku zdravotních sester.

Ačkoliv je pracovní spokojenost tématem, o něž se zajímala již řada výzkumníků jak z oblasti psychologie tak i managementu, bohužel v našich podmínkách se studiu pracovní spokojenosti v poslední době mnoho odborných psychologických studií nevěnuje a mnohá zjištění tak již nemusí být aktuální. Touto prací bych ráda téma pracovní spokojenosti oživila a poukázala zejména na jeho důležitost na poli zdravotnictví. Jelikož jsem po celou dobu svého studia psychologie byla zaměstnána jako zdravotní sestra na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, je toto téma pro mne zvláště aktuální a blízké.

Samotnou diplomovou práci jsem rozdělila do několika kapitol. V teoretické části se postupně zabývám problematikou profese zdravotní

sestry a jejímu současnému společenskému postavení, dále vymezují základní pojmy týkající se motivace a pracovní motivace, zabývám se obecnou tématikou pracovních postojů a pracovní spokojenosti a plynule přecházím k popisu specifických faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost u zdravotních sester. Poslední kapitola teoretické části je věnována syndromu vyhoření, který je považován za jednu z determinant celkové pracovní spokojenosti u pomáhajících profesí. Ve výzkumné části práce se zabývám popisem a analýzou získaných dat, která jsou zpracována do přehledných grafů a tabulek.

1 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY

1.1 Role sestry z hlediska historického

Profese sestry jako jedno z mála povolání prodělala v relativně krátkém časovém údobí tak markantní změny. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky i staré lidi. Jednalo se o charitativní činnost, postavenou výlučně na náboženském základě, prováděnou převážně církevními řády. Samotný charakter péče v „hospitalu“ nevyžadoval odbornou přípravu personálu.

Od první poloviny 19. století se začaly „hospitaly“ diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince a sirotčince. Ale i v těchto institucích převládal charitativní charakter a péče se obešla převážně bez účasti lékaře. Teprve v druhé polovině tohoto století proniká do nemocnic racionální medicína a s ní těžiště jak lékařské činnosti, tak medicínského poznání, čímž byl položen základ také k novodobému pojetí profese zdravotní sestry (Bártlová, 2005).

K pochopení vývoje role sestry je důležité si uvědomit dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že do první světové války byli v nemocnicích ošetřováni nemocní převážně z nižších sociálních vrstev, bohatí lidé dávali přednost péči v domácích podmínkách. Druhou skutečností je to, že novodobé nemocnice vznikaly na půdě původních charitativních „hospitalů“, proto svým laděním i personálním obsazením tomu odpovídaly. Z těchto důvodů byla dle Bártlové (2005) sociální role nově vznikající profese sestry určitým kompromisem dvou subkultur:

- nábožensko - charitativní,
- medicínsko - racionální.

Nezastupitelné místo v rozvoji moderního ošetřovatelství měla Florence Nightingalová, anglická ošetřovatelka, která založila v Londýně

roku 1860 první ošetřovatelskou školu. Snažila se prosazovat ošetřovatelství jako autonomní povolání, spíše spojené a kooperující s lékařským povoláním, než mu podřízené. Zdůrazňovala též aktivní přístup k nemocnému a k jeho prostředí a zejména nutnost vzdělávání a dosažení vysoké úrovně ošetřovatelského personálu.

Dalším faktorem v historickém vývoji role sestry byla medicína samá, ve které až do poloviny minulého století převládalo přísně přírodovědné pojetí zdraví a nemoci. Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím, a tak i ošetřovatelství bylo redukováno na poskytování jednotlivých úkonů, jako např. aplikaci injekcí, měření teploty, podávání léků, atd. Tento vývoj byl umocněn vpádem technických prostředků do nemocnic ve století 20., a z toho vyplývající nutnosti užší specializace nejen lékařů, ale i sester jim asistujících (např. instrumentářky atd.).

1.2 Role sestry v moderním ošetřovatelství

Termín role vyjadřuje dle Armstronga (1999) specifické formy chování, potřebné k vykonávání určitého úkolu nebo skupiny úkolů daného pracovního místa nebo práce.

Profesionální role sestry zahrnuje dle různých autorů (Bartošíková, 2006, Čechová a Mellanová, 1999, Staňková, 2002) tři dominantní charakteristiky:

- kolektivní orientaci – sociocentrismus,
- univerzalismus,
- emocionální neutralitu.

Kolektivní orientace vyjadřuje hlavní hodnotu role sestry. Vyjadřuje skutečnost, že sestra při vykonávání své práce nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb nemocného. Tento postoj je spojen s výraznou motivací a usnadňuje ztotožnění nositele s požadavky role. Pro výkon povolání sestry by měla být orientace na druhé samozřejmostí.

Univerzalismus předpokládá, že sestra je schopna zaujmout svou roli vůči pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Totéž se

očekává ve vztahu ke spolupracovníkům.

Emocionální neutralita se vztahuje k očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Činnost sestry vyvolává v mnohých případech intenzivní napětí, stres, jehož zdrojem bývá mimo jiné i vysoká odpovědnost za stav a život ošetřovaného klienta, nepředvídatelné změny jeho stavu či akutní komplikace a trvalé riziko příjmu pacienta ve velmi vážném stavu. Emocionální neutralita umožňuje výkon profese s menším množstvím vnitřních a vnějších konfliktů.

Povolání sestry dle Bartoškové (2006, s. 136) „tvoří celý systém rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné.“ Na rozdíl od minulosti, sestra se stále více stává rovnocennou členkou multidisciplinárního zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Při charakteristice činnosti sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Jedná se o ty činnosti, které musí být každá sestra schopna aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává.

Staňková (2002) uvádí tyto dílčí role:

- Ošetrovatelsko-pečovateľská - sestra poskytuje základní ošetrovatelskou péči o nemocné jak v nemocnici, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.
- Instrumentální (technická) - sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské činnosti, připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické úkony apod.
- Edukační (výchovná) - sestra se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti u osob s porušeným zdravím, pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně i s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných praktických dovedností (např. monitorace hladiny krevního cukru, aplikace inzulínu atd.).

- Sestra jako advokát nemocného - v situaci, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, podporuje jeho pocit bezpečí a jistoty.
- Koordinační - v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra spolupracuje v rámci multidisciplinárního zdravotnického týmu, nemocného i jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči.
- Poradenská - rodina, veřejnost atd.
- Podpora a výchova ke zdraví.
- Organizace a administrativa atd.

Naplňování role sestry ztěžuje dle Bartošíkové (2006) především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Zdrojem tohoto vnitřního konfliktu může být skutečnost, že zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Osvojování si role nelze ani vzhledem k povaze práce dostatečně kontrolovat. Sestry navíc zastávají řadu dalších rolí, jak jsou vyjmenovány výše, které naplňují v komplikovaných pracovních podmínkách, ve kterých se musí dobře orientovat a činit správná rozhodnutí.

1.3 Profesionální chování sestry

Profesionální chování zahrnuje takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání (profesionální roli). Čím je daná profese historicky starší, tím jsou též ustálenější způsoby chování nositelů profese a jednoznačnější představa druhých lidí, jak by se druzí měli při výkonu svého povolání chovat.

V profesionálním chování zdravotní sestry rozlišuje Čechová a Mellanová (1999) dvě formy chování, a sice chování *expresivní* a *adaptivní*. Zatímco expresivní chování je bezprostředním a spontánním vyjádřením toho, co v daném okamžiku jedinec cítí a prožívá, adaptivní chování je zvládnutým, stylizovaným a upraveným projevem, který neodpovídá prožívání. Zdravotník by se měl při výkonu své profese chovat převážně adaptivně. Expresivně se sestra může projevit pouze

tehdy, když ve vztahu k nemocnému sama prožívá nějakou pozitivní emoci (např. radost), která vyvolá stejně pozitivní odezvu u nemocného.

Na profesionální chování mají vliv četné faktory vnitřní i vnější. Mezi *vnější faktory*, které určují profesionální chování, patří profesní morálka, která se opírá o dodržování dvou základních dokumentů, a sice tzv. „Práva pacientů“ a tzv. „Etický kodex sestry“. Dále je to prestiž povolání, vzdělání, které nabízí naše společnost, i zařízení, ve kterém sestra pracuje. Zcela specificky utváří pak chování sestry skupina spolupracovníků.

Druhou skupinou faktorů, které ovlivňují výslednou kvalitu profesionálního chování, tvoří *faktory vnitřní*, které se vztahují na nositele profese. Povolání sestry patří mezi ty profese, které kladou zcela specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti, na psychické předpoklady, schopnosti a dovednosti, i míru sociální zralosti. Je samozřejmé, že povolání zdravotní sestry vyžaduje značnou osobní a zvláště emoční odolnost, kterou pracovník získává zejména praxí, kdy se na lidské utrpení musí adaptovat. Pokud ale dojde k jeho otupění a netečnosti vůči druhému, mluvíme o profesionální deformaci a anetických postojích.

Na profesi zdravotní sestry jsou kladeny četné požadavky, ve kterých se odráží psychická a fyzická náročnost této profese. V sedmdesátých letech 20. století byly v naší republice vypracovány četné tzv. psychologické profesiogramy, které se zaměřovaly na popis určitého povolání, s cílem co nejpřesnějšího výčtu zejména psychických předpokladů, které daný jedinec musí mít, pokud chce toto povolání úspěšně vykonávat.

Čechová a Mellanová (1999) uvádí, na základě výsledků profesiogramů, následující okruhy, týkající se psychických předpokladů, které jsou pro práci zdravotní sestry považovány za nezbytné:

- *předpoklady senzomotorické* - šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání;
- *předpoklady estetické* - smysl pro líbivou úpravu vlastního

zevnějšku i zdravotnického prostředí;

- *předpoklady intelektové* - myšlenkové procesy a operace umožňující osvojení široké soustavy pojmů, schopnost řešit proměnlivé situace, vybrat optimální řešení z komplexu možných atd.;
- *předpoklady sociální* - pozitivní vztah k lidem, umění navázat kontakt, vést dialog, schopnost empatie, přejímat různé sociální role, ovládat chování a projevy verbální a neverbální;
- *předpoklady autoregulační* - přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost k fyzickému a psychickému stresu.

1.4 Postavení sestry ve funkčním systému nemocnice

V současných nemocnicích existují dle Bartošíkové (2006) tři funkční okruhy:

- medicínský - lékaři,
- ošetrovatelský - sestry,
- administrativní - úředníci.

Tyto okruhy se navzájem částečně překrývají, s lékaři na špičce a administrativou na pomyslném dně této hierarchie. Administrativa se však rychle šíří a vzájemné propojení je čím dál tím komplexnější. Komplexnost organizačních struktur je navíc zesílena dvěma formami subordínace: profesionální a neprofesionální. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem: lékaři, jak to vyžadují medicínské řády a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Tato dvojí subordínace je zdrojem komplikací.

Dalším problémem zůstává, jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají vztahy spolupráce, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších. Na tyto otázky lze dát stěžejní odpověď zejména proto, že celý zdravotnický systém se nachází v souvislosti se širším

společenským rámcem v procesu hlubokých změn.

2 MOTIVACE A PRACOVNÍ MOTIVACE

Jelikož problematika pracovní spokojenosti, která je základním tématem této práce a její pochopení úzce souvisí s problematikou motivace a motivace k práci, na následujících stránkách se pokusím vymezit tento tématický okruh, jeho základní pojmy a stručně též popíši nejznámější motivační teorie.

2.1 Motivace

Dle Groharové (2003) patří motivace k nejsložitějším interakčním faktorům ovlivňujícím výkon lidí v pracovním prostředí. Jedná se o jednu ze základních osobnostních substruktur, jejímž popisem a objasněním se zabývá řada autorů, kteří za tímto účelem vytvořili nespočet teorií, a to jak v rovině obecné, tak v oblasti pracovní. Problematika motivace je velmi komplikovaná, dále se budu zabývat jen stručným vymezením základních pojmů a souvislostí nutných pro pochopení a komplexnost hlavního tématu této práce.

2.1.1 Definice pojmů motivace, motiv, stimulace, stimul

Pojem *motivace*, odvozený z lat. *moveo, -ere* – hýbat, pohybovat, se v psychologii používá k přenesenému označení hybných sil chování. Je obecným označením pro všechny vnitřní podněty, které vedou k určité činnosti, k určitému jednání, včetně konkrétních forem jednání pracovního.

Balcar (1991, s.112) uvádí, že tímto pojmem označujeme „hypotetické síly v duševním životě, které vzbuzují zvláště zaměřenou činnost jedince – snažení: tíhnutí člověka k činům určité intenzity, obsahu a cíle.“

Provazník a Komárková (2004, s. 23) i Bedrnová a Nový (2002, s. 241) vysvětlují motivaci jako „skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé vnitřní hybné síly (motivy), které člověka a jeho činnost určitým směrem orientují, v daném směru ho

aktivizují a vzbuzeou aktivitu udržují. Navenek se pak působení těchto sil projevuje v podobě motivované činnosti, motivovaného jednání.“

Nakonečný (2005) zdůrazňuje, že motivace vyjadřuje podstatu procesu, který je motivem iniciován, a projevuje se primárně stavem, který se označuje jako potřeba. Obecně lze tedy konstatovat, že termín motivace vyjadřuje psychologické důvody konkrétního chování.

Dalším významným rysem motivace je skutečnost, že působí současně ve třech rovinách, ve třech dimenzích (Bedrnová, Nový, 2002). Jedná se o:

- *dimenzi směru* - motivace a činnost člověka je vždy určitým směrem zaměřena a od jiných směrů jej odvádí;
- *dimenzi intenzity* - činnost člověka je v závislosti na síle motivace vždy více či méně usilovná, jde především o energii do dané činnosti vloženou;
- *dimenzi stálosti* - projevuje se mírou schopnosti jedince překonávat nejrůznější vnitřní i vnější překážky, které se mohou při uskutečňování motivované činnosti objevit.

Jako stěžejní pojmy v problematice motivace vystupují motiv a stimul. *Motiv* je definován jako vnitřní psychická síla, která určuje chování člověka, individualizuje jeho prožívání a dává jeho činnosti psychologický smysl. Důležitá je skutečnost, že v danou chvíli nepůsobí pouze jeden, ale zpravidla hned několik různých motivů. Ty se mohou vzájemně posilovat, jsou-li orientovány stejným či podobným směrem anebo naopak oslabovat, jedná-li se o motivy protikladné, které mohou motivovanou činnost nejen narušit, ale dokonce (za extrémních podmínek) znemožnit (Provazník, Komárková, 2004).

Stimulace je v psychologické literatuře (Bedrnová, Nový, 2002, s. 243) chápána jako „takové působení na psychiku člověka, v jehož důsledku dochází k určitým změnám jeho činnosti prostřednictvím změny psychických procesů, především pak ke změně jeho motivace.“ Základním rozdílem mezi motivací a stimulací je tedy skutečnost, že stimulace představuje působení na psychiku člověka zvnějšku.

Stimulem pak může být jakýkoliv podnět, který vyvolá změnu v motivaci jedince, přičemž stimuly bývají děleny na vnitřní podněty, tzv. impulsy a vnější pobídky neboli incentivy. Důležitá je skutečnost, že to, co bude v motivaci vystupovat jako impuls či incentiva, je zakotveno především v individuální motivační struktuře konkrétního jedince a v jeho relativně trvalém motivačním profilu.

2.1.2 Zdroje motivace

K pochopení procesu motivace je důležité znát nejen obsah samotného pojmu, ale též je podstatné vědět, z čeho motivace vzniká, jaký má původ, co na ni působí a co ji ovlivňuje.

Bedrnová a Nový (2002, s. 244) označují jako zdroje motivace „ty skutečnosti, které motivaci vytvářejí, tj. skutečnosti, které zakládají dynamické tendence i zaměření lidské činnosti a které významným způsobem ovlivňují přetrvávání těchto tendencí.“

K základním zdrojům motivace jsou dle Bedrnové a Nového (2002) řazeny:

- potřeby,
- návyky,
- zájmy,
- hodnoty a hodnotové orientace,
- ideály.

Uvedené motivační zdroje níže krátce rozeberu.

Potřeby jsou spolu s vnějšími pobídkami (incentivami) považovány za základní zdroj motivace. Potřeba je definována jako odchylka stavu jedince od určitého žádoucího stavu (Balcar, 1991), přičemž má rozhodující vliv zejména na prožitek intenzity daného motivu, pobídka (incentiva) rozhoduje více o obsahu konkrétní činnosti, k níž vzbuzený motiv vede. Zjednodušeně lze potřeby rozdělit na biologické, fyziologické, viscerální (primární) a potřeby sociální, společenské, psychogenní (sekundární) (Provazník, Komárková, 2004). Existuje mnoho

teorií potřeb a jejich uspořádání dle různých autorů, v dalších kapitolách se budu zabývat zejména specifickými teoriemi vytvořenými k lepšímu pochopení a popisu mechanismu motivace v pracovním prostředí.

Jako *návyk* označujeme opakovaný, fixovaný a zautomatizovaný způsob činnosti člověka v určité situaci. Návyky se mohou objevovat prakticky ve všech oblastech lidské činnosti. Mohou se vytvořit na základě výchovy i samostatných aktivit jedince (Bedrnová, Nový, 2002).

Zájmy nejsou v psychologii chápány jednotně, ale jejich motivační význam je akceptován. Štefanovič (1982, s. 238) definuje zájem jako „trvalou snahu člověka zabývat se předměty nebo činnostmi, které ho upoutávají po stránce poznávací nebo citové.“ Jedná se tedy o trvalejší zaměření jedince na určitou oblast předmětů či jevů, které je ve spojení s aktivizací jeho činnosti. V pracovním procesu pak nemohou zůstat opomenuty zájmy materiální, ve smyslu nabývat, získávat nebo vytvářet materiální hodnoty.

Hodnoty a hodnotová orientace se projevuje v jednání i prožívání člověka. Je nepopíratelně významným zdrojem motivace veškeré lidské činnosti. „Hodnotou pro konkrétního člověka může být v podstatě cokoli; to záleží na specifických podmínkách a okolnostech utváření jeho osobnosti, na osobních zkušenostech konkrétního jedince. Přesto však existují obecněji platné hodnoty, k nimž patří např. zdraví, rodina, děti, práce, přátelství, vzdělání, společenské postavení, peníze, upřímnost, láska, pravda, svoboda, úspěch apod.“ (Bedrnová, Nový, 2002, s. 249). Autoři dodávají, že hodnoty na rozdíl od zájmů přijímá jedinec jako specifické normy, tj. mají oproti zájmům individuálně normativní charakter.

Ideál „lze chápat jako určitý model nebo vzor, který může sloužit jako vodítko jednání člověka“ (Provazník, Komárková, 2004, s. 93). Může mít podobu životních cílů jednotlivých lidí, týkat se osobního profilu apod. Pomocí ideálů lidé zdůrazňují, čeho si cení, čeho se jim eventuálně nedostává a o co v životě usilují. V pracovním prostředí se ideály mohou promítat např. do snahy začínajících absolventů uplatňovat do praxe teoreticky nabyté poznatky v rámci vysokoškolského nebo jiného

odborného studia.

2.1.3 Proces motivace

Motivační proces je charakterizován jako regulační proces založený na teoriích potřeb, cílů a očekávání. Lze jej přiblížit např. na základě zjednodušeného modelu Armstrongova (1999, s. 296). Skládá se ze 4 po sobě následujících fází (obr. 1):

1. *Potřeba* - motivace je iniciována vědomým nebo nevědomým zjištěním neuspokojených potřeb, tyto potřeby vytvářejí přání něčeho dosáhnout nebo něco získat.
2. *Stanovení cíle* - následně jsou stanoveny cíle, které tyto potřeby uspokojí a dále jsou zvoleny způsoby, které mají k dosažení cíle vést.
3. *Podniknutí kroků* - realizace zvolených kroků.
4. *Dosažení cíle* - je-li cíle dosaženo a potřeba je uspokojena, je pravděpodobné, že objeví-li se podobná potřeba, bude se chování opakovat a naopak, pokud není cíle dosaženo, je méně pravděpodobné, že se budou tytéž kroky v budoucnu opakovat.



Obr. 1: Proces motivace

2.2 Pracovní motivace

Motivace pracovního jednání je v psychologii chápána jako dílčí aspekt motivace lidské činnosti. Štikar et al. (2003, s. 107) pracovní motivaci definuje jako „jev, který se vyskytuje ve složitých souvislostech vnitřního a vnějšího prostředí, v komplexu vzájemně závislých, podmiňujících se a proměnlivých činitelů. Je to jev systémové povahy, jehož plné porozumění vyžaduje porozumět jednotlivým elementům a jejich vzájemné interakci.“

2.2.1 Činitelé pracovní motivace

Zjednodušeně lze konstatovat, že termín pracovní motivace dává odpověď na otázku, proč lidé pracují. Každá činnost je dle Nakonečného (2005) determinována dvěma druhy činitelů: motivací a kognitivními procesy. Motivace dává činnosti cíl, kognitivní procesy jí určují formu.

Důležitým aspektem motivace a tedy i pracovní motivace je očekávání výsledků činnosti, které se projevují v trojím smyslu:

- splnění daného pracovního úkolu,
- získání odměny,
- očekávání výdajů s tím spojených (zejména námaha a čas).

Na základě tohoto schématu je patrné, že v pracovní činnosti se uplatňuje očekávání, že bude dosaženo určitých hodnot, které vykompenzují vynaloženou námahu a čas. Tyto hodnoty jsou dvojího druhu – hodnota dosažené odměny za práci a hodnoty, kterých bude dosaženo prostřednictvím získané odměny. Existují tedy dvě dimenze očekávání, jednak konkrétní odměny a dále, že tato odměna umožní získání dalších hodnot.

Nutno podotknout, že zejména u vysoce kvalifikovaných, tvůrčích a autonomně pracujících lidí se v pracovní motivaci uplatňuje i radost z práce samé, to znamená, že pracovní činnost není v souvislosti s motivací pouze zdrojem obživy, mzdy či zprostředkovaných hodnot. Může přinášet uspokojení ze samotného průběhu práce, z dosažených

výsledků, ze sociálního postavení a prestiže nositele profese, ze sociálních vztahů spojených s výkonem daného zaměstnání a z ocenění, kterého se může pracovníkovi v týmu dostat (Štikar et al., 2003).

Jako samostatná kategorie, podílející se na pracovní motivaci, bývá v literatuře uváděna identifikace jedince s organizací. Sklon k identifikaci je silný, pokud jedinci spatřují nebo pociťují, že cíle organizace jsou zároveň cíli jejich členů. Identifikace jedince s organizací je dle Nakonečného (2005) zvláště silná, pokud:

- skupina nebo organizace, k níž se identifikace vztahuje, má vysokou a obecně uznávanou prestiž;
- je dobrá průběžná spolupráce mezi jednotlivými členy organizace;
- velká část potřeb jedince je uspokojována uvnitř organizace;
- je omezen vzájemný konkurenční boj mezi členy organizace.

2.2.2 Dva typy pracovní motivace

V psychologii jsou rozlišovány dvě skupiny motivů k práci, dva typy pracovní motivace. Jedná se o motivaci *intrinsickou*, jejíž zdrojem jsou motivy, které souvisejí s prací samotnou a motivaci *extrinsickou*, která je založena na motivech ležících mimo vlastní práci. Extrinsická motivace je tedy uspokojována důsledky či okolnostmi (podmínkami) práce (Provazník, Komárková, 2004).

K nejvýznamnějším intrinsickým motivům práce patří:

- potřeba činnosti vůbec,
- potřeba kontaktu s druhými lidmi,
- potřeba výkonu,
- touha po moci,
- potřeba smyslu života a seberealizace.

K nejvýznamnějším extrinsickým motivům práce patří:

- motiv peněz,
- motiv jistoty,

- motiv sebepotvrzení,
- motiv sociálních kontaktů,
- sexualita.

Dle Nakonečného (2005, s. 121) však toto označení a dělení není vhodné, protože termíny intrinsický a extrinsický „neumožňují vždy spolehlivé rozlišování vnitřních a vnějších zdrojů motivace, ale především zastírají funkční souvislost mezi vnitřní motivací a vnějším motivováním.“

Groharová (2003) hovoří v této souvislosti o tzv. *mikromotivaci* a *makromotivaci*. Mikromotivace představuje především jistotu výdělečného zaměstnání, které zejména v době ekonomické krize může přinášet jedinci vysoké naplnění. O makromotivaci hovoří v návaznosti na úvahy o vnějším prostředí, které ovlivňuje výkon. „Posun od mikromotivace k makromotivaci lze v dnešních organizacích vidět jako prodlužující se seznam zaměstnaneckých výhod. I když ovlivňují pracovní klima, s prací nesouvisí, vedou pouze k vyšší spokojenosti, ale nezvyšují výkon. Např. pracovník se může kvůli komplexním podnikovým výhodám cítit vůči nenáviděné práci více zavázán. Nemá pocit, že by měl zlepšit svůj výkon, protože výhody s výkonem nesouvisí“ (Groharová, 2003, s. 207).

Tento příklad ilustruje skutečnou dichotomii mezi vnějšími a vnitřními zdroji motivace. V organizacích, kde jsou hlavním mechanismem uspokojení pracovníků sociální výhody, mohou nastat vážné komplikace.

2.2.3 Specifické teorie pracovní motivace

Podle Luthanse (1992, in Štikar et al., 2003) lze teorie vysvětlující motivaci k pracovnímu chování rozdělit do dvou základních skupin. První skupina teorií je zaměřena na to, co člověka motivuje k práci (jaké jsou lidské potřeby, jejich vztahy a preference, jaké faktory vnějšího prostředí vedou k dosažení výkonu a spokojenosti). Druhou skupinu představují důkladnější teoretická propracování pracovní motivace (zabývají se především kognitivními proměnnými a tím, jak se vztahují k jiným

proměnným).

Teoriím pracovní motivace se věnuje také Nakonečný (2005) nebo Armstrong (1999), jehož členění se budu dále převážně držet.

2.2.3.1 Teorie zaměřené na obsah

Teorie zaměřené na obsah neboli teorie potřeb jsou založeny na myšlence, že neuspokojená potřeba vytváří napětí a stav nerovnováhy. Aby byla opět nastolena rovnováha, je třeba rozpoznat cíl, který uspokojuje tuto potřebu, a vybrat způsob chování, který povede k dosažení uvedeného cíle. Každé chování je tak motivováno neuspokojenými potřebami (Armstrong, 1999).

Maslowova teorie

Teorie A. H. Maslowa vychází z hierarchického uspořádání lidských potřeb. Maslow stanovil pět úrovní potřeb (obr. 2), postupujících zdola nahoru, ve kterých se uplatňuje funkční princip. To znamená, že vyšší potřeby se projeví až po relativním uspokojení potřeb nižších (Štikar et al., 2003).

Nakonečný (2005) upozorňuje, že ačkoliv je tato teorie převzata z klinicko-psychologické praxe, našla velkou oblibu právě v psychologii organizace a psychologii práce, protože dobře vystihuje motivaci pracovníků výše postavených a vysoce kvalifikovaných osob.

Často se ovšem v literatuře uvádí, že Maslowova teorie neobstála v testu empirického posouzení souvisejícího s rozdílnou klasifikací nebo s absolutní, pětiúrovňovou vzestupnou hierarchií (Groharová, 2003). Modifikaci Maslowovy teorie nabízí např. McClelland nebo Atkinson.



Obr. 2: Maslowova pyramida potřeb

Motivační model Alderferův

Obdobou Maslowovy teorie potřeb je motivační model C. Alderfera. Rozlišuje rovněž několik úrovní potřeb:

1. Potřeby existence - zahrnují obvyklé fyziologické potřeby a potřebu bezpečí. Pracovník může tyto potřeby uspokojit prostřednictvím platu, pracovními a sociálními jistotami.

2. Potřeby vztahů - zahrnují interakce s druhými lidmi a uspokojení vyplývající z emocionální podpory, respektu a úcty projevované členy pracovního týmu nebo přáteli.

3. Potřeby růstu - obsahují potřeby osobního růstu, vzestupu a rozvoje, které mohou být uspokojeny plným využitím schopností.

Štikar et al. (2003) poukazuje na skutečnost, že takto stanovené úrovně potřeb nejsou v Alderferově pojetí rigidně hierarchické, a že jedinec může být dokonce v dané chvíli ovlivňován potřebami různé úrovně. Autor formuloval několik podmínek, za kterých se dané potřeby projevují, tzv. „startují“ výše postavené potřeby nebo jsou kompenzovány intenzivněji působícími potřebami nižší úrovně.

Teorie Maslowa a Herzberga a do jisté míry i Alderfera, jak uvádí Vágnerová (2005) nebo Štikar et. al. (2003), bývají považovány za příliš

zjednodušující. Zjednodušující proto, že se zabývají vztahy pouze mezi několika málo prvky, což jim neumožňuje vystihnout dynamiku a komplexnost motivace. Jsou příliš statické, z hlediska pracovního chování orientované pouze na minulost nebo na současnost, bez dobré predikční hodnoty.

Herzbergova dvoufaktorová teorie

Dobře známou a často citovanou teorií pracovní motivace je tzv. dvoufaktorová teorie autorů Herzberga, Mausnera a Snydermana (Štikar et al., 2003, Groharová, 2003). Herzberg se svými spolupracovníky rozlišuje dvě skupiny faktorů. První skupinu tvoří faktory, týkající se obsahu práce a nazývají se motivační (tzv. satisfiers). Jejich existence ovlivňuje pracovní spokojenost. Druhá skupina faktorů se vztahuje k vnějším podmínkám práce. Tyto faktory jsou označovány jako hygienické (tzv. dissatisfiers) a jejich nepříznivá konstelace vyvolává pracovní nespokojenost. Přehled obou skupin faktorů a jejich dimenzionalitu lze znázornit takto (Štikar et al., 2003):

motivační faktory	hygienické faktory
samostatná práce úspěch uznání zodpovědnost růst a povýšení	mezilidské vztahy dozor pracovní podmínky plat a bezpečí firemní politika
neexistence spokojenost — spokojenosti	neexistence nespokojenost – nespokojenosti

2.2.3.2 Teorie zaměřené na proces

Tato skupina teorií pracovní motivace sdružuje modely, které předkládají složitější teoretická vysvětlení pracovní motivace. k nejznámějším teoriím této skupiny patří Vroomova teorie valence a očekávání, Adamsova teorie spravedlnosti a Lathamova a Lockova teorie dosahování cíle.

Vroomova teorie

Vroomova teorie expektance chápe podle Groharové (2003) motivaci jako racionální proces rozhodování zahrnující očekávání, valenci a působení. Čím je cíl atraktivnější, tím větší úsilí bude vynaloženo k jeho dosažení. Vyjádřeno jednoduchou rovnicí:

$$\text{motivace} = [\text{expektance} \times \text{součet (valence} \times \text{instrumentalita)}]$$

Valence vyjadřuje subjektivně vnímanou hodnotu cíle, instrumentalitu (působení) lze definovat jako vnímané spojení výkon-výsledek a expektanci (očekávání) jako spojení snaha-výkon.

Adamsova teorie spravedlnosti

Teorie pracovní motivace J. S. Adamse je dle Štikara et al. (2003) založena na principu sociálních srovnávání pracovníků ve skupinách a opírá se o známou Festingerovu teorii kognitivní disonance. V praxi to znamená, že se pracovník jako člen týmu srovnává s ostatními pracovníky. Výsledkem tohoto procesu srovnávání je subjektivní pocit spravedlnosti nebo nespravedlnosti. Jestliže má tedy dojem, že jeho vklad do práce je větší než tomu je u ostatních a výsledný efekt je dokonce nižší, pak vzniká motiv k odstranění této nerovnosti upravením pracovního úsilí. Pociťovaná subjektivní nespravedlnost tak má nepříznivý vliv i na výkonnost a může se nepřímo promítnout i do pracovních vztahů. V podstatě mohou vzniknout tři situace subjektivního dojmu nadhodnocení, podhodnocení a spravedlnosti:

$$\frac{\text{Vlastní výsledek}}{\text{Vlastní úsilí}} \begin{matrix} > \\ < \\ = \end{matrix} \frac{\text{Výsledek druhých}}{\text{Úsilí druhých}}$$

Lathamova a Lockova teorie

Teorie Latham a Locka (Armstrong, 1999) vychází z předpokladu, že motivace a dosahovaný výkon pracovníků jsou vyšší, pokud jsou jim

stanoveny specifické cíle. Tyto cíle by měly být obtížné, ale přijatelné, dále by měla existovat zpětná vazba poskytující informace o postupu, kvalitě práce apod. a v neposlední řadě by pracovníci měli participovat na stanovení cílů a souhlasit s nimi. Za důležitý mechanismus pracovní motivace je pokládán vnitřní závazek, který je spojen s akceptováním cílů, stejně jako zpětná vazba umožňující korekci chování a změnu strategie plnění úkolů.

2.2.3.3 Další významné teorie

Dalšími významnými teoriemi, které bývají velmi často uváděny různými autory (Štikar et al., 2003, Nakonečný, 2005, Groharová, 2003) jsou např. teorie D. McGregora a teorie Skinnerova, které ovšem stojí poněkud mimo obě výše uvedené skupiny a proto je uvádím v samostatné podkapitole.

Teorie McGregorova

McGregorova teorie X a Y představuje dva protikladné soubory tvrzení o člověku a jeho přístupu k práci. Štikar et al. (2003, s. 106) uvádí, že: „v zásadě se jedná o typologii pracovníků, jejichž přístup k práci, pracovní chování a ovlivňování pracovního úsilí je diferencované.“ Autor rozlišuje dva druhy pracovníků:

- *Kategorie X* – neradi pracují a pokoušejí se práci vyhýbat. Mají malé ambice, potřebují kontrolu, řízení a vynucování a reagují, až se jim pohrozí trestem. Jejich primárním zájmem je bezpečí.
- *Kategorie Y* – se sami řídí, sami kontrolují, rádi pracují, hledají náročné úkoly a povinnosti a úspěch je inspiruje k větší odhodlanosti. Tento typ má přirozený smysl pracovat. Je aktivní, iniciativní, nepracuje jen z důvodu platu, ale také z důvodu využití svých vlastních schopností a dovedností.

Lze konstatovat, že v dnešní společnosti je snaha o to, aby pracovníci splňovali a naplňovali kategorii Y, protože jsou flexibilní a přizpůsobiví. Obecně se dá říci, že pracovníka typu X je nutno stimulovat vnějšími podněty, pobídkami, kdežto pracovník typu Y je motivován vnitřními

stimuly, jako je osobní růst, seberozvoj, zvýšení kompetencí atd. Je ovšem nutné upozornit, že lidé, s nimiž se zachází způsobem teorie X, budou odpovídat podle charakteristiky této kategorie.

Groharová (2003) v této souvislosti upozorňuje na skutečnost, že ve zdravotnictví se bohužel často setkáváme s vedoucími pracovníky, kteří mají tendenci zacházet se svými podřízenými způsobem, který naznačuje teorie X, a proto se není co divit, že někteří zdravotníci se ztotožňují s danými charakteristikami této kategorie a tato skutečnost se pak neblaze odráží na samotné práci s pacientem.

Skinnerova teorie „cukru a biče“

Tato teorie je založena na teorii chování resp. učení B. F. Skinnera. Jedná se v podstatě o mechanické využívání pozitivních a negativních zpevnění, tj. „cukru“ (odměn) a „biče“ (trestů) pro formování lidského chování. Odměnou je třeba mzda, trestem pokárání šéfem. V rovině této teorie je chování zpevňováno svými důsledky (Nakonečný, 1992).

Nakonečný (1992, s. 105) však připomíná, že „Skinner zjednodušil problematiku lidského chování a psychologie člověka vůbec, a to platí i pro aplikaci jeho teorie na problematiku pracovního chování, které, podle tohoto rigorózního behavioristy, je kontrolováno vnějšími zpevněními. Základní teze o kontrole lidského chování odměnami a tresty je správná, ale není to jen kontrola vnější, uplatňují se v ní i „vnitřní odměny a tresty“ spojené s úrovní morálního vývoje a vystupující jako různé etické city (hrdost na sebe sama, stud atd.).“

V tomto smyslu je hodnota Skinnerovy teorie velmi omezená.

3 POSTOJE K PRÁCI A PRACOVNÍ SPOKOJENOST

Dříve než přistoupím ke kapitole zabývající se specifickou problematikou pracovní spokojenosti u zdravotních sester, budu se věnovat všeobecnému úvodu do této tematiky včetně vymezení základních pojmů.

3.1 Postoje

Postoje bývají v psychologické literatuře nejčastěji charakterizovány jako relativně stálé psychické soustavy, které vyjadřují vztah jedince ke světu a jeho jednotlivým složkám. Zaujímají významné místo ve struktuře osobnosti člověka. Jsou to hodnotící vztahy k lidem, předmětům, jevům a událostem, které se nacházejí v bezprostředním okolí i vzdáleném prostředí dané osoby (Štikar et al., 2003).

Bedrnová a Nový (2002, s. 58) chápou postoje jako „trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního cítění a tendencí jednat pro nebo proti vzhledem ke společenským objektům.“

V každém postoji lze rozlišit stránku:

- kognitivní,
- emocionální,
- konativní.

Výrazným znakem postojů je jejich polarita, vyjádřená dimenzí krajně pozitivního - krajně negativního postoje, a jejich subjektivní významnost, podle níž se rozlišují postoje na centrální a periferní. Za základní vlastnosti postojů bývají považovány zejména jejich modalita (pozitivní, negativní, neutrální postoj), jejich intenzita, trvalost a odolnost.

Postoje se u člověka vytvářejí postupně, v průběhu života na základě zkušeností, intenzivních citových prožitků a převzetím od jiných osob. Jejich vznik též souvisí s uspokojováním potřeb.

Z hlediska predikce pracovního chování je důležité si uvědomit, že „postoj, který daný člověk zaujímá, se v konfrontaci se společenskými

zvyklostmi, s hrozbou sankcí a v podmínkách vyžadované konformity nemusí projevit v jeho chování“ (Štikar, 2003, s. 109).

3.2 Pracovní postoje

Pracovní postoje vyjadřují sociální jednání pracovníka při vykonávání pracovního úkolu. Mají úzký vztah k pracovní motivaci (postoj se projevuje v obsahu chování aktivovaného motivem) i k pracovní spokojenosti (oba fenomény jsou si velmi blízké vnitřní strukturou).

Pracovní postoje jsou dle Nakonečného (2005, s. 52) definovány jako „individuální pojetí práce a organizace (respektive členství v organizaci) jako hodnot.“ Mohou se podle něj pohybovat v kontinuu od pólů „práce jako nepříjemné nutné zlo“ a „práce jako nejvyšší životní smysl.“ Práce je v tomto kontextu chápána jako jednota zátěže a povinnosti, jako prostředek zajišťování podmínek existence, případně jako jeden z důležitých zdrojů seberealizace.

Pracovní postoje, jak je zmíněno již výše, se vztahují zejména k zařazení pracovníka v organizaci. Štikar et al. (2003) je orientačně rozděluje do několika skupin:

- postoje *k organizaci* – k cílům organizace, k personální politice, k systému sociální péče, k organizační kultuře, k vrcholovému managementu atp.,
- postoje *k nadřízeným* – postoje vyjadřující vztah k jejich odbornosti, převažujícímu způsobu jednání s lidmi, k charakterovým vlastnostem atp.,
- postoje *k pracovní skupině* – postoje k úrovni mezilidských vztahů, k sociálnímu klimatu, k úrovni kooperace atp.,
- postoje *k práci a jejím podmínkám* – vztah k obsahu práce, k fyzikálním podmínkám práce, k platu atp.,
- postoje *k mimopracovním podmínkám práce* – postoje k bydlení, k dojíždění do zaměstnání atp.

Postoje v rámci jednotlivých okruhů i mezi nimi mohou být výrazně konzistentní v závislosti s projevovanou spokojeností nebo

nespokojeností v organizaci. Silně nespokojení pracovníci, demonstrující tendenci odejít z organizace, prokázali dle Štikara et al. (2003) v provedených analýzách vysoce homogenní trs nepříznivých postojů.

3.3 Funkce pracovních postojů

Z psychologického hlediska je důležitým aspektem pracovních postojů také jejich funkce. Štikar et al. (2003) rozlišuje čtyři funkce pracovních postojů:

1. Funkce *adjustační* - pomáhá pracovníkovi zvládnout nové prostředí, příznivé zkušenosti po příchodu do organizace mohou usnadnit tvorbu postojů k nadřízeným, spolupracovníkům a k organizaci.
2. Funkce *sebeobranná* - pomáhá uchránit osobní image. v situaci ohrožující sebevědomí pracovníka se vytvářejí obranné postoje ve vztahu k lidem nebo k podmínkám, které takovou situaci vyvolávají. Jedná se o obranu před vnitřními konflikty.
3. Funkce *hodnotově expresivní* - jde o tendenci verbálně vyjadřovat své postoje k hodnotám, které jedinec považuje za důležité.
4. Funkce *poznatková* - postoje pomáhají vytvářet kritéria, která umožňují orientaci ve světě kolem nás, což se vztahuje i na svět práce, který se skládá z lidí, objektů a událostí, jenž mají určitý význam, hodnotu a řád.

V prožívání jedince se pracovní postoje mohou projevit ve dvou polohách:

- jako *celkový postoj* k práci, čili spokojenost s prací,
- jako *jednotlivé postoje* k různým aspektům práce, které se týkají jejího cíle, obsahu, činnosti, pracovních podmínek atd.

3.4 Pracovní spokojenost

Pojem pracovní spokojenosti není v psychologické literatuře chápán jednotně, ačkoliv bývá mnohými autory často skloňován. Kollárik (1986, in Nakonečný, 2005) rozlišuje dva významy pojmu pracovní spokojenost:

- *spokojenost v práci* – obsahově širší a převažující význam zahrnuje komponenty vztahující se k osobnosti pracovníka a k pracovním podmínkám,
- *spokojenost s prací* – týkající se specifických pracovních úkolů a nároků na jejich plnění (psychických i fyzických), odměny za vykonanou práci, její společenskou prestiž atd.

Někteří autoři pokládají pracovní spokojenost (spokojenost v práci) za velmi blízkou nebo dokonce identickou s pracovními postoji. Campbell (1991, in Štikar et al., 2003) považuje spokojenost spolu s postojem jako souhrn názorů, prožitků a tendencí k jednání. Spokojenost je však více proměnlivá než silněji zakotvený postoj. Dalším sporným bodem zůstává, zda je pracovní spokojenost příčinou, a nebo důsledkem pracovního výkonu. Pojetí vztahu mezi pracovní spokojeností a pracovním výkonem je předmětem bádání řady autorů.

K lepšímu pochopení pojmu pracovní spokojenost jistě přispěje její rozdělení na tři dimenze podle Luthanse (1992, in Štikar et al., 2003). V jeho pojetí se pracovní spokojenost projevuje jako:

- emocionální odpověď na pracovní situaci,
- reakce na splněné nebo nesplněné očekávání ve vztahu k práci a k pracovním podmínkám,
- jev, který vyjadřuje některé vzájemně spjaté postoje.

Drenth, Thierry a Wolff (1998, in Štikar et al., 2003) rozlišují tři obsahové kontexty pracovní spokojenosti:

1. Spokojenost jako výsledek cyklu chování – odráží hodnocení dosaženého výsledku jedince z hlediska jeho potřeb, cílů a hodnot.
2. Spokojenost jako komponenta kontrolního a regulačního systému – nespokojenost s dosaženými efekty vede k hledání možností vlastního zdokonalení.
3. Spokojenost jako příčina následného chování – přetrvávající nespokojenost může vést k absentismu zaměstnance, k odchodu z organizace nebo k některým formám rizikového chování.

3.5 Znaky pracovní spokojenosti

Kollárik (1986, in Štikar et al., 2003) uvádí charakteristiky a znaky pracovní spokojenosti, ve kterých rozlišuje především:

- *celkovou pracovní spokojenost* - globální pohled, odrážející obecnou míru vztahu k vykonávané práci;
- *dílčí pracovní spokojenost* - týkající se jednotlivých faktorů, vztahujících se k pracovní situaci (např. kvalita pracovních podmínek nebo úroveň mezilidských vztahů na pracovišti).

Oba pohledy, globální i dílčí jsou spolu úzce provázány a vzájemně se doplňují.

Dalšími důležitými znaky pracovní spokojenosti jsou její *stálost a intenzita*. Stálost vyjadřuje vývoj spokojenosti, která může být díky vlivu různých proměnných značně variabilní, nebo zůstat relativně stabilní. Intenzita se vztahuje k míře prožitku, který se může pohybovat od maximální spokojenosti po maximální nespokojenost.

Dalším možným způsobem nahlížení na pracovní spokojenost, je vztahování jejího psychologického obsahu k jednotlivci, nebo ke společnosti. Jako sociální jev odráží pracovní spokojenost složitý vztah pracovních týmů nebo zaměstnanců k jednotlivým aspektům jejich působení v organizaci.

K těmto výše uvedeným znakům připojuje Štikar et al. (2003) diferenciaci pracovní spokojenosti ve smyslu:

- *Aktuálního stavu*, vyjadřujícího úroveň spokojenosti/nespokojenosti s danou situací nebo jako proces. Lze tedy sledovat v čase jednak postupně se vyvíjející celkovou spokojenost, jednak proměnlivost dílčích spokojeností (což může být důležité pro úpravu pracovní situace).
- *Situační reakce* na měnící se podmínky práce a spokojenost/nespokojenost jako určitá osobnostní dispozice.

3.6 Faktory pracovní spokojenosti

Spokojenost v práci je ovlivňována celou řadou faktorů, které vzájemně přispívají k její celkové úrovni. Význam těchto faktorů a jejich důležitost na utváření spokojenosti anebo nespokojenosti je proměnlivé a dle Štikara et al. (2003) je ovlivňováno především:

- specifiky práce v určitých oblastech společenské praxe (např. odlišnosti v hutnictví, zdravotnictví nebo školství);
- specifiky jednotlivých profesí a prostředí, v němž jsou vykonávány (např. chemik ve výrobním provozu nebo ve výzkumu);
- specifiky individuálními v závislosti na osobních preferencích (např. větším důrazem na kvalitu mezilidských vztahů, než na platové ohodnocení práce).

Pracovní spokojenost je též vztahována k dvěma dalším skupinám ovlivňujících faktorů, vnitřním a vnějším. Vnitřní neboli osobnostní faktory tvoří: věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, pracovní zkušenost, profesionální úroveň, intelekt a soubor schopností (Kollárik, 1986 in Štikar et al., 2003).

Faktory vnější, které jsou na daném pracovníkovi nezávislé, ovlivňují pracovní spokojenost stěžejním způsobem. Mezi těmito faktory nejčastěji figurují (Provazník, 2001, Štikar et al., 2003): obsah a charakter dané práce, mzdové ohodnocení, pracovní perspektivy, vedoucí pracovník, spolupracovníci (pracovní skupina), organizace práce, fyzikální podmínky práce a úroveň sociální péče. Jednotlivé faktory níže stručně rozeberu:

1. Obsah a charakter práce – ovlivňuje pracovní spokojenost ve značné míře, vyšší spokojenost je obvyklá u těch profesí, které dávají pracovníkovi větší prostor pro seberealizaci, tvůrčí uplatnění a sebezprosažení. Málo atraktivní, monotónní, „špinavé“ či velmi těžké profese skýtají svým pracovníkům menší spokojenost s obsahem i charakterem práce. Zaměřují se pak na náhradní uspokojení, pramenící z uspokojivé úrovně některého z dalších výše uvedených faktorů. Podle Kollárika (1986, in Štikar et al., 2003) ovlivňují v souvislosti s obsahem a

charakterem práce spokojenost zejména tyto okolnosti:

- povolání vyžaduje vyšší kvalifikaci, což umožňuje vykonávat zajímavější práci s vyšší prestiží a větší možností seberealizace;
- pracovník zastává řídicí funkci se všemi výhodami tohoto postavení;
- pracovník je zařazen na organizačně výše postaveném pracovišti.

2. Mzdové ohodnocení pracovníka - velmi významně ovlivňuje pracovní spokojenost, zejména tehdy, je-li nepříznivé. Důležité jsou zejména mzdové relace mezi spolupracovníky. Pracovníci bývají nespokojeni se mzdou i v případě, kde jejich pracovní výkon je nižší a mzdové hodnocení z různých důvodů dosti vysoké. Bohužel v našich podmínkách nemají vztahy mezi vykonávanou prací a odměnou za ni podobu přímé úměrnosti.

Dle Štikara et al. (2003) má finanční ohodnocení vykonávané práce značný motivační vliv. Pro určitý okruh pracovníků je dokonce hlavní veličinou, podílející se na pracovní spokojenosti (zejména u pracovníků v dělnických profesích). Jsou však i výjimky, např. v podmínkách ohrožujících zdraví je pracovní spokojenost primárně ovlivněna faktory vztahujícími se k riziku, nebezpečí a ochraně zdraví.

Vysoký plat sám o sobě nebo jeho zvýšení však nemá trvalejší motivační účinek. Pracovník jej rychle akceptuje jako standard náležející k dané profesi nebo funkci a do popředí vystoupí jiné okolnosti. Na případné spokojenosti anebo nespokojenosti s platem se pak podílí zejména tyto kontexty:

- srovnání svého platu s platy ostatních zaměstnanců z hlediska vynaloženého úsilí a pracovních výsledků;
- finanční ohodnocení jako reflexe přínosu pro organizaci vyjádřenou nadřízenými;
- finanční ohodnocení z hlediska významu, prestiže a společenského ocenění své profese.

3. Pracovní perspektivy - v dřívějších dobách byly pracovníky vnímány jako významný zdroj pracovní spokojenosti, což souviselo s jejich značnou omezeností. V současné době je ve většině organizací vytvořen pro kariérní postup větší prostor, který je ovšem spojen s větší mírou rizika (např. ztráta pracovního místa), proto lze předpokládat, že pro mnohé zaměstnance již nebude pracovní perspektiva pozitivně ovlivňovat jejich pracovní spokojenost.

4. Vedoucí pracovník - ovlivňuje významným způsobem spokojenost zaměstnanců. V této souvislosti je rozhodujícím faktorem zejména způsob a styl jeho vedení. Dle Štikara et al. (2003) existují dvě dimenze způsobu vedení, které podporují pracovní spokojenost:

- zaměření vedoucího na své podřízené (zájem o jejich práci, podpora odborného růstu, akceptování názoru na způsob a vykonávání práce, neformální komunikace s podřízenými apod.),
- participativní řízení (podřízení více ovlivňují svoji práci, podílí se na rozhodnutích, vyjadřují se k záměrům a cílům pracovní skupiny apod.), přičemž vytváření participativního klimatu má na pracovní spokojenost větší vliv než účast na dílčích a specifických rozhodnutích.

Nepříznivě může vedoucí pracovník ovlivnit pracovní spokojenost zejména různými formami autokratického jednání, ale též nerozhodností, nespravedlivým jednáním, hrubostí, nedůkladností apod.

5. Spolupracovníci (pracovní skupina) - jelikož pracovní činnost sama o sobě má kolektivní charakter, pracovní skupina ovlivňuje stěžejním způsobem pracovní spokojenost daného pracovníka. Spolupracovníci mohou být zdrojem mnoha podnětů, jež svým rozsahem obvykle značně přesahují potřeby pracovního procesu (neformální vztahy, interakce a komunikace).

6. Organizace práce - bývá velmi často spíš zdrojem pracovní nespokojenosti. Pracovníci ji většinou nahlížejí jako vnější, na nich nezávislou, a změnám pocházejícím z jejich iniciativy nepřístupnou.

7. Fyzikální podmínky práce - bývají zdrojem nespokojenosti zejména tam, kde výrobní proces nebo užívaná technologie vyžadují takové fyzikální parametry prostředí, které jsou vzhledem k pracovníkům nepříznivé až škodlivé. Mohou ovšem figurovat také při práci v kancelářích, kde i relativně příznivé fyzikální podmínky práce ovlivňují pracovní spokojenost nepříznivě (např. nízká uspořádanost či uklizenost pracovního prostoru). Klasický soubor fyzikálních podmínek tvoří: hluk, osvětlení, barevné řešení pracoviště, vibrace a mikroklima (teplota a vlhkost vzduchu, prašnost, proudění vzduchu apod.). Pracovní podmínky spoluvytvářejí pohodu na pracovišti a jeho standard.

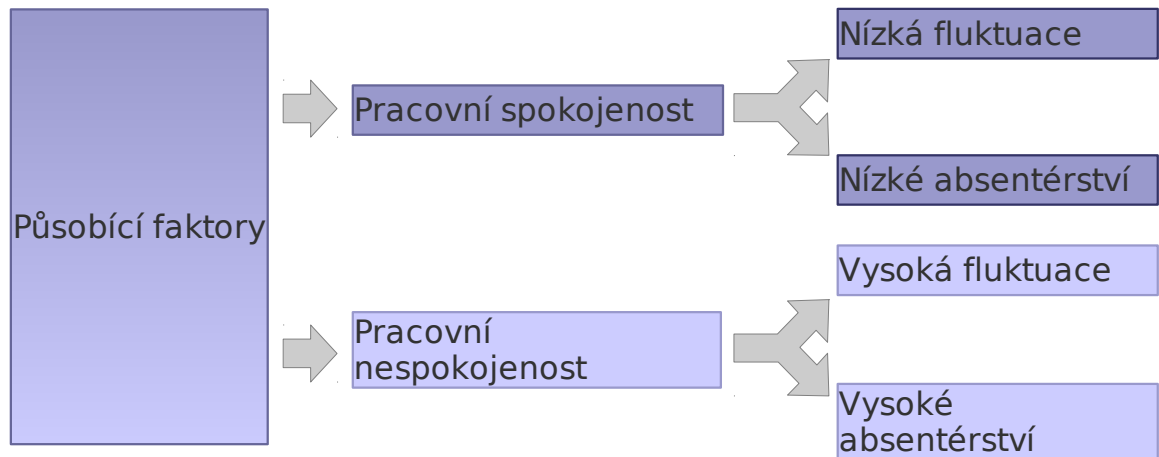
8. Úroveň sociální péče - v minulosti bývala alternativně dobře či špatně hodnocena pracovníky v různých podnicích, většinou byla vnímána spíše kladně. Změny, které nastaly ve společnosti však vedly převážně k jejímu snížení, a sice zejména v soukromých podnicích. Tato okolnost může přispět k celkovému snížení míry pracovní spokojenosti.

3.7 Pracovní spokojenost a pracovní chování

V souvislosti s pracovní spokojeností bývají v literatuře (Štikar et al., 2003) uváděny zejména tři formy konkrétního pracovního chování:

- produktivita,
- absentérství,
- fluktuace.

Důsledkem vysoké pracovní spokojenosti ovšem není vždy vysoká produktivita, nízké absentérství a nízká fluktuace. Interakce spokojenosti a pracovního chování je komplikovaná a vstupují do ní četné proměnné. Proto pozitivní ovlivňování faktorů, které se podílejí příznivě na pracovní spokojenosti, se nemusí vždy promítnout do pracovního chování (obr. 3).



Obr. 3: Příčiny a důsledky pracovní spokojenosti/nespokojenosti

Nejsilnější závislost se zatím prokázala ve vztahu pracovní spokojenost a absentérství. Přítomnost či neodůvodněná nepřítomnost na pracovišti je dobrým indikátorem pro nízkou nebo dostatečnou adaptaci na práci, zájem či nezáměr o ni, splněná či nesplněná očekávání v souvislosti s ní a s tím spojenou mírou pracovní spokojenosti anebo nespokojenosti.

Pozitivní vztahy jsou též potvrzeny mezi spokojeností a stabilitou pracovníků v organizaci, a nespokojeností ve vazbě na fluktuaci. Nespokojenost odráží ztrátu zájmu o vykonávanou profesi, která v krajním případě ústí odchodem z organizace. Výskyt fluktuace též ovlivňují některé osobnostní (např. nedostatečná identifikace s organizací) a situační faktory (např. situace na trhu pracovních sil).

Nejméně výrazný je vztah pracovní spokojenosti a produktivity. Spokojený pracovník nemusí být nezbytně též vysoce výkonný. Předpokládá se existence zprostředkujících proměnných, vstupujících do vztahu spokojenost - výkonnost. Dosavadní výzkumy poukazují dle Štikara et al. (2003) na značnou složitost tohoto vztahu, jeho širokou podmíněnost a proměnlivost.

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOST U ZDRAVOTNÍCH SESTER

Ve výzkumu, provedeném Buriánkem a Malinou (2009) na půdě Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze týkající se tématu pracovní spokojenosti zdravotních sester, uváděly sestry jako nejvýznamnější faktory ovlivňující jejich spokojenost s profesí tyto položky: vztahy na pracovišti, organizaci práce, vztahy s vedením, obsah samotné práce, možnost pomáhat lidem a platové podmínky (<http://www.zcr.cz>).

Některé z těchto faktorů již byly nastíněny v kapitole „Profese zdravotní sestry“, ostatní níže podrobněji rozeberu.

4.1 Vztahy na pracovišti

Jak je uvedeno již výše v této práci, sestra se pohybuje ve dvojí subordinaci – lékaři, jak to vyžaduje medicínský řád a sestřskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Navíc se dostává do velmi úzkého kontaktu s pacientem, který může být též zdrojem určitého napětí a konfliktů.

4.1.1 Vztah sestry - lékař

Jak uvádí Bartošíková (2006), vztahy mezi sestrami a lékaři jsou jedním z důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti a podílí se významným způsobem na vnímané pracovní spokojenosti sester. Tam, kde jsou vztahy napjaté, nekolegiální a konfliktní, narůstá nespokojenost, snižuje se kvalita odvedené práce i loajalita k organizaci (zařízení) a dochází k fluktuacím. Každodenní interakce mezi sestrami a lékaři tedy silně ovlivňují pracovní spokojenost sester a od ní se odvíjející pracovní výkon a morálku. Nespokojené sestry nemají zájem se dál rozvíjet ani angažovat.

I když jsou dle Bártlové (2005) sestry často nespokojeny s nižším respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů, lze i v této vztahové rovině sestra - lékař pozorovat posun od vztahu paternalistického a

nadřazeného ke vztahu partnerskému a kolegiálnímu a to zejména na specializovaných pracovištích, kde mají sestry zcela specifické kompetence.

V profesní vazbě sestra - lékař lze dle Bártlové (2005) sledovat následující typy interakcí:

- *bezproblémové podřízení se* - tradiční interakce mezi sestrou a lékařem, sestra o ničem nerozhoduje, k ničem se nevyjadřuje, vykazuje absolutní poslušnost;
- *neformální skryté rozhodování* - sestra vykazuje respekt lékařům, nabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímou ovlivnit rozhodovací proces;
- *neformální neskryté rozhodování* - sestra nabízí své zkušenosti a názory, neskrývá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje;
- *formální neskryvané rozhodování* - sestra využívá ošetřovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta.

Řada problémů ve vztahu sestra - lékař dle Bartoškové (2006) vzniká ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetřovatelské péče. Ve zdravotnictví vyspělých zemí dochází ke změně společenského postavení zdravotních sester a lékařů. Lékaři ztrácejí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry naopak posílily své postavení v rámci současného systému zdravotní péče.

4.1.2 Vztah sestra - pacient

Základní náplní pracovní činnosti zdravotní sestry zůstává „pomáhat zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho sám není schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti“ (Bártlová, 2005, s. 129).

Sestra má obvykle s pacientem užší a častější kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho bio-psycho-sociálních potřeb, které uspokojuje v rámci ošetřovatelského procesu.

Na vytváření vztahu sestry a nemocného se dle Bouchala (1993)

podílejí tyto faktory:

- zážitky z předchozího léčení,
- zážitky před setkáním se sestrou – např. v rodině, cestou do zdravotnického zařízení nebo přímo v něm, kdy generalizace afektu u nemocného může způsobit mylnou interpretaci sestry jeho chování jako antipatii vůči své osobě;
- přenos (transfer) – sestra připomíná pacientovi nevědomky nějakou citově významnou osobu z dětství nebo mládí a případné kladné, ale záporné citové postoje se pak přenášejí z minulosti nemocného do jeho přítomného vztahu k sestře.

Na vytváření funkčního prostředí v interakci lékař – sestra – pacient je dle Bártlové (2005) nezbytné směřování ke společnému cíli, což je především spokojenost pacienta. v této souvislosti hovoří o dvou vzájemně se doplňujících funkcích:

- funkci instrumentální,
- funkci expresivní.

Z analýzy činností vyplývá, že zatímco lékař provádí především funkci instrumentální, sestra se podílí zejména na funkcích expresivních, to znamená těch, které jsou spojeny s vytvářením terapeutického prostředí, s duševní podporou a pochopením pacienta, s pomocí pacientovi v otázkách adaptace na nově vzniklou situaci atd. Expresivní funkce má velký význam pro integraci sociálního systému, jehož je pacient nedílnou součástí, pro ucelení výsledků léčebných činností.

Bártlová (2005, s. 144) dále uvádí, že „pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi pacientem a lékařem, je interpretem lékaře a jeho činností ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem.“

4.1.3 Vztah sestry - sestry

Ve zdravotnictví, a to zejména na pozici zdravotní sestry, je zaměstnána převaha žen. Na jednotlivých ošetrovatelských jednotkách pracují skupiny sester přibližně v počtu osmi až deseti pracovníků. Tyto pracovní skupiny mají své zvláštnosti: většinou se jedná o výlučně ženské kolektivy a i když jsou skupiny více méně stabilní, nepracuje celá skupina nikdy pohromadě.

Členové skupiny se střídají dle předem stanoveného rozpisu služeb, který vypracovává staniční sestra. Sestry se střídají ve dvou nebo třech směnách v nepřetržitém provozu včetně víkendů a svátků tak, že každá pracuje jednou s tou a jindy s jinou sestrou. Mimo to se ve skupině vyskytují ženy různých věkových kategorií, od mladých absolventek až po ženy zralého věku.

V okamžiku, kdy dojde k narušení soudržnosti skupiny, je poškozeno nejen vzájemné soužití jednotlivých členů, ale také k negativnímu ovlivnění odváděné práce a pracovní spokojenosti.

Dle Rozsypalové a Haladové (1981) pro dobrý kolektiv svědčí:

- schopnost stát při sobě při společných problémech,
- schopnost vzájemně se domluvit,
- vzájemná pomoc při nesnázích,
- nepomlouvání,
- vyjádření vlastního názoru,
- nadšení pro společnou věc.

4.2 Náplň práce sestry

Rámcové náplně činností jednotlivých kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků jsou upraveny legislativou zejména v zákonu 96/2004 Sb., týkajícího se nelékařských zdravotnických povolání a dále v zákonu 424/2004 Sb. o činnosti zdravotníků a jiných nelékařských pracovníků. Sesterské činnosti lze dle Staňkové (2002) rozdělit do několika hlavních skupin:

- *Základní ošetrovatelská péče* - činnosti zaměřené na identifikaci a plánované uspokojování základních potřeb člověka, které mohou být onemocněním pozměněny nebo si je nemocný není schopen zajistit sám.
- *Diagnosticko-terapeutická činnost* - zahrnuje práce spojené s přípravou a provedením jednotlivých vyšetření, odběry biologického materiálu, plnění ordinací lékaře, sledování nemocného atd.
- *Psychosociální činnosti* - jsou nezbytné jednak pro ošetrovatelskou diagnostiku, jednak pro spolupráci s nemocným a jeho rodinou na tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu. Jedná se o různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukační práce, ochrana zájmů pacienta apod.
- *Administrativní práce* - zůstávají důležitou součástí práce sestry, avšak neměly by odvádět od samého ošetrování nemocného.
- *Přípravné a dokončovací práce* - činnosti spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů, péče o pomůcky včetně jejich dekontaminace, doplňování materiálu, léků atd.

4.3 Organizace práce

Kebza a Šolcová (2003) zdůrazňují ekonomické důsledky, které může mít změna organizace a kultury daného zdravotnického zařízení, v popředí zájmu je nyní též vytvoření programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení apod. Řada zdravotnických zařízení - bohužel zatím ne na území naší republiky - investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický i psychický stres, a tím i náklady na nemocenské a fluktuaci pracovníků.

Křivohlavý ve své monografii (1998) upozorňuje v souvislosti s předcházením pracovního stresu a psychického vyhoření na důležitost tzv. organizace práce, jejíž níže jmenované aspekty, bývají, dle mého

názoru, u profese zdravotní sestry často zanedbávány. Jsou to:

- Co nejpřesnější ujasnění, co se od koho očekává, co kdo má dělat, co je čí povinností. Čím jasněji se shoduje představa nadřízeného o vykonání daného úkolu s podřízeným, tím méně pak dochází ke stresům a psychickému vyhoření.
- Pracovní úkoly je třeba stanovit s ohledem na možnosti realizace tak, aby nedocházelo k nerovnováze mezi zátěží a možnostmi daného pracovníka.
- Důsledná zpětná vazba. Nestačí jen přesně stanovit to, co kdo má dělat, je třeba i průběžně kontrolovat, zda to, co bylo určeno, skutečně bylo uděláno, jak se očekávalo, a to v čase, kvalitě i množství.
- Flexibilita. Měla by se projevit jak v pracovních postupech, tak při respektování specifických potřeb lidí a v ochotě naslouchat.
- Kompletizace. Ukazuje se, že člověk je do značné míry nespokojen, pokud vykonává pouze dílčí práci, tj. když nevidí celý výrobek – konečný výsledek své práce. z tohoto důvodu je důležité, aby tomu, kdo něco dělá, bylo umožněno vidět celou práci – komplet.
- Uznání. Míra spokojenosti s prací je do značné míry úměrná uznání, které se dostane tomu, kdo pracuje. Proto je třeba důsledně dbát na vyjadřování přiměřeného uznání všemi možnými prostředky, a sice nejen penězi, ale též slovním vyjádřením, pracovním postupem atp.

4.4 Organizační kultura

Jedním ze základních předpokladů fungování jakékoliv organizace je zdravá organizační kultura, která jako vedlejší produkt přináší i dobrou pracovní atmosféru (Bartošíková, 2006). Organizační klima utváří řada činitelů hmotným prostředím počínaje a sociálním prostředím (včetně stylu řízení dané organizace) konče. Jedná se o celkový dojem zaměstnance z prostředí organizace, jíž je členem. Důležitým aspektem

tohoto mentálního obrazu, který si pracovník o organizaci vytváří, jsou mezilidské vztahy, a to zejména způsob vedení (Nakonečný, 2005).

Pojem organizační kultura může být dle Nakonečného (2005) chápána v širším nebo užším významu. Kultura podniku nebo organizace v širším smyslu zahrnuje soubor aspektů dané organizace, které působí navenek i uvnitř na své pracovníky, zákazníky, klienty, pacienty apod. Sem patří nejen úprava a čistota okolí organizace a jejích vnitřních prostor, ale také úroveň vedené dokumentace a v neposlední řadě též používané nástroje, postupy a technologie. Kultura organizace v užším smyslu je souborem hodnot, norem a očekávání, které pracovníci sdílejí, ke kterým se hlásí a na jejichž případné ohrožení reagují.

V rámci moderního ošetrovatelství zdůrazňuje Bartošíková (2006) důležitost změny myšlení a jednání manažerů, projevující se zejména v těchto oblastech:

- management si je vědom, že sestra je důležitější než vybavení oddělení nebo špičková technika,
- management vnímá ošetrovatelský personál jako investici, kterou je nutno budovat a zhodnocovat, ne jako „nákladovou položku“, kterou je nutno neustále sledovat a omezovat,
- management je přesvědčen, že sestry jsou tou nejlepší investicí/aktivem oddělení, a proto se zajímá o jejich skutečné potřeby, ambice, problémy i starosti,
- management ví, jak podpořit sestry a jak rozvíjet jejich potenciál a tím přispívat k dobré pracovní atmosféře.

4.5 Specifické zátěže v práci sestry

Práce ve zdravotnictví je dle Bartošíkové (2006) spojena s větší mírou stresu, než je tomu u většiny jiných profesí. Nejedná se přitom vždy o zátěže, které napomáhají rozvoji adaptačních mechanismů. Nadměrná zátěž nejen ovlivňuje pracovní spokojenost, ale také zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je také častým důvodem pracovní fluktuace. Nadměrný

stres zhoršuje produktivitu pracovníků ve zdravotnictví a přenáší se i do jejich rodin.

Zátěže v práci zdravotní sestry lze rozdělit do dvou skupin, a sice na ty, které se týkají fyzikálních podmínek pracovní činnosti a na zátěže, týkající se osobnosti pracovníků. Pro ilustraci stručný výčet obou skupin níže uvádím:

A) Zátěže fyzické a fyzikální:

- Statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, u vizity atd.).
- Dynamické zatížení (pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy).
- Zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka).
- Zatížení kloubního a svalového systému.
- Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se defekty, zápach, deformity, vyrážky atd.).
- Rizika infekce.
- Narušení spánkového rytmu při směnování.
- Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu.
- Kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice).
- Hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření atd.

B) Zátěže psychické a psychosociální:

- Neustálá pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů, přístrojů, instrukcí, rychlé přepojování mezi činnostmi.
- Pružné reagování na různé požadavky a změny.
- Nároky na paměť.
- Velká odpovědnost za výsledky své práce.
- Nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel.

- Nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací.
- Nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce.
- Konfrontace s utrpením, s bolestí, se smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci.
- Zacházení s intimitou druhého člověka.
- Působení bolesti druhým lidem.
- Působení řady činností, které běžně vzbuzují odpor, komunikace s příbuznými pacientů.
- Nízké ohodnocení náročné práce.
- Nároky na neustálé zvyšování kvalifikace atd.

5 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY A SYNDROM VYHOŘENÍ

5.1 Definice pojmu burnout

V souvislosti s výkonem profese zdravotní sestry a problematikou pracovní spokojenosti je stále častěji diskutován syndrom vyhoření, vypálení nebo též burnout syndrom.

Podle průkopníků problematiky vyhoření, psychologů Ayaly Pines a Elliota Aronsona, je burnout syndrom „formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“ (Křivohlavý, 2001, s. 33).

Tato autorská dvojice dále upřesňuje jednotlivé druhy vyčerpání:

- *Fyzické* – je definováno výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí.
- *Emocionální* – je charakterizováno především pocitem beznaděje a představou, že člověku není pomoci, typický je pocit tzv. chycení do pasti.
- *Mentální* – je vyjádřeno zejména negativním postojem člověka k sobě samému, k práci a negativním postojem ke světu vůbec. Zajímavé je to, že tito lidé sami subjektivně vyhoření nemusejí vůbec vnímat (Křivohlavý, 2001).

Zakladatel pojmu H. J. Freudenberger definoval burnout jako stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy (Křivohlavý, 1998).

Podobných definic se v průběhu téměř třiceti let výzkumu tohoto problému ve světové literatuře objevila celá řada, přičemž se často

v různých aspektech vzájemně liší.

Většina pojetí se dle Kebzy a Šolcové (2003) shoduje alespoň v následujících bodech:

1. Jedná se především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku práci s lidmi
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu vyhoření je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.

5.2 Příčiny

Z výše uvedených bodů lze za nejpodstatnější příčinu syndromu vyhoření považovat působení chronického pracovního stresu a nevhodného vyrovnávání se s psychickou, ale i fyzickou zátěží. Doba, po kterou se burnout rozvíjí, je velmi individuální a závisí na míře zátěže a schopnostech člověka této zátěži odolávat. Duševní odolnost souvisí s typem centrální nervové soustavy, s osobností daného jedince, s jeho duševním a fyzickým zdravím a také s jeho životním stylem.

K lepšímu pochopení syndromu vyhoření je vhodné uvědomit si určité související tématické okruhy, a sice zejména tzv. Beckerovu koncepci duševního zdraví, ve které je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory, přičemž rizikovými faktory se rozumí zejména zranitelnost (vulnerabilita) a stresory, protektivními faktory kompetence a podpůrné vlivy vnějšího prostředí. Komplex duševního zdraví pak v tomto pojetí doplňuje psychická pohoda neboli tzv. well-being.

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům chronického stresu je pokládána osobnost jedince, za vnitřní pak bývá považována tzv. sociální opora, tj. systém sociálních

vztahů a vazeb, který jedinec vysílá i přijímá z okolí (Kebza, Šolcová, 2003).

Výskyt syndromu vyhoření se původně spojoval zejména s tzv. pomáhajícími profesemi (helping professions - zejména lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci atd.), které se váží nejen na práci s lidmi (klienty, pacienty, zákazníky) a úzký kontakt s nimi, ale též se vyznačují požadavky vysokého pracovního nasazení, nároky na kvalitu práce a odpovědnost pracovníka na straně jedné a současně malou autonomií a nízkým oceněním práce na straně druhé. V pozdějších výzkumech se ovšem ukázalo, že burnout syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sportovců, umělců atd.) a že se dokonce objevuje i u nezaměstnaných. Avšak i osoby v těchto kategoriích bývají ve velmi úzkém kontaktu s lidmi, jsou nějakým způsobem závislé na jejich hodnocení a mohou být též vystaveny působení chronického stresu.

Syndrom burnout je též pozorovatelný u absolventů vysokých škol nastupujících do zaměstnání a dokonce se objevuje i v manželství či dlouhodobém partnerství (Kebza, Šolcová, 2003).

5.3 Příznaky

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit podle několika kritérií. Křivohlavý (2001) tyto dělí na subjektivně prožívané daným jedincem a objektivně pozorovatelné např. jeho okolím.

Mezi *subjektivní* příznaky řadí mimořádně velkou únavu, snížené sebeocenění a sebehodnocení (self-esteem), které pramení z pocitů snížené profesionální kompetence (schopnosti a dovednosti něco udělat). Do této kategorie řadí též problémy se soustředěním pozornosti (koncentrace), zvýšenou iritabilitu a negativismus (Křivohlavý, 2001).

Obecně lze konstatovat, že vyhořelý člověk prožívá na subjektivní úrovni pocity dehonestace (znehodnocení) a hluboké frustrace. Může pociťovat odliv veškeré duševní síly, energie, osobního zaujetí a nadšení.

Může mít problém při rozhodování a projevení vlastního názoru a také prožitky nadměrné zátěže při vykonávání běžných denních či pracovních povinností, které dříve plnil bez nutnosti vynaložit větší úsilí.

Na *objektivní* rovině lze pozorovat zejména dlouhodobě sníženou celkovou výkonnost (trvajících i po dobu několika měsíců), přičemž tato skutečnost může být vnímána jak ze strany např. členů rodiny daného jedince či jeho kolegů a spolupracovníků, tak ze strany příjemců poskytovaných služeb, tj. pacientů, klientů, zákazníků, žáků, studentů apod.

Jiný úhel pohledu poskytuje autorská dvojice Kebza a Šolcová (2003), kteří příznaky burnoutu dělí do tří skupin podle oblastí lidského organismu, ve kterých se vyskytují.

Na *psychické* úrovni tak dominuje pocit, že vynaložené úsilí směřující k určitému cíli trvá již nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Velmi výrazný je pak též pocit celkového, především duševního a emocionálního vyčerpání, v oblasti kognitivní je spojeno s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Únava bývá u těchto lidí popisována velmi expresivně, což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. Dále dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity a kreativity, obecně převažuje depresivní ladění, objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy může hraničit až s mikromanickými bludy.

Vyskytují se projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi. Kromě ztráty zájmu o témata související s profesí se může objevit negativní hodnocení celé instituce, v jejímž rámci je daná profese vykonávána.

Dalšími příznaky na psychické úrovni bývají projevy sebelítosti, nedostatku uznání a v důsledku těchto prožitků dochází k redukci pracovní činnosti pouze na rutinní postupy a užívání stereotypních frází a klišé.

Na úrovni *fyzické* převažuje stav celkové únavy organismu, obecně

rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení. Zajímavé jsou v této souvislosti údaje uvedené ve výzkumu Westmana a Edena z roku 1997 (in Kebza, Šolcová, 2003), kteří uvedli, že po dvoutýdenní dovolené se příznaky vyhoření opět projevují již po třech dnech v zaměstnání. Po třech týdnech v práci, pokud nedošlo ke změně podmínek při jejím vykonávání, se již ukazatele burnoutu dostávají na úroveň před dovolenou.

Na fyzické úrovni se dále mohou často objevovat vegetativní potíže – bolesti u srdce, palpitace, zažívací obtíže, dýchací obtíže. Časté jsou nespecifické bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech, přetrvávající celková tenze a změny v dosavadní tělesné aktivitě.

Na úrovni *sociálních vztahů* můžeme pozorovat celkový útlum sociability a nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, který se projevuje zejména v tendenci redukovat kontakty s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k vykonávané profesi. Dále se projevuje u postižených jedinců zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, u osob s původně vysokým stupněm empatie je nápadné její snížení. Postupné narůstání konfliktů a celkově zvýšená konfliktnost spočívá nikoliv v důsledku aktivního vyvolávání sporů, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí (Kebza, Šolcová, 2003).

V souvislosti s příznaky syndromu vyhoření a jejich rozvíjení vyslovila zajímavou hypotézu C. Maslachová (in Kebza, Šolcová 2003), která uvedla předpoklad, že se jedná spíše o systémovou než osobní záležitost – to znamená, že syndrom vyhoření u konkrétního jednotlivce je signálem, že něco nefunguje dobře v celé organizaci. Často se tak v určitém podniku můžeme setkat s více postiženými jedinci v jedné sekci či oddělení, zatímco v ostatních odděleních se příznaky burnout syndromu nevyskytují. Je proto nutné vzít v úvahu, že v některých organizacích se syndrom vyhoření může vyskytnout snadněji než v organizaci jiné (s např. odlišným managementem, stylem vedení a motivování zaměstnanců, včetně systému odměn atd.).

Na závěr je nutno zdůraznit, že některé z výše uvedených příznaků se mohou vyskytovat v souvislosti nikoliv s burnout syndromem, ale např. v důsledku psychiatrického onemocnění (deprese, počínající psychotické onemocnění atd.) či jednoduše nedostatečnou kvalifikací pro danou práci nebo také do zaměstnání se promítajícími rodinnými problémy. Vyloučena je též prostá únava z monotónní práce, protože ta není spojena s pocitem neschopnosti a nekompetence (Křivohlavý, 1998).

5.4 Průběh

Na burnout lze nahlížet v podstatě ze dvou různých úhlů pohledu: jedním je vyhoření vnímáno jako *stav* (vznikající působením chronického stresu), druhým jako neustále se vyvíjející *proces*, který v podstatě začíná již při nástupu silně motivovaného a nadšeného pracovníka do zaměstnání, o kterém má své představy a očekávání.

Tento jev je velmi dobře pozorovatelný při nástupu mladých absolventek z řad zdravotních sester, které po absolutoriu SŠ nebo VŠ nastupují do prvního zaměstnání. Ze školy nebo univerzity, kde se v mnoha ohledech učí spíše ideální model ošetřovatelství, se setkávají s realitou tohoto zaměstnání a po počáteční fázi nadšení a mnohdy i snaze měnit zaběhlé stereotypy nastává fáze deziluze a rozčarování, která již může signalizovat rozvíjející se burnout. Někteří autoři tak dokonce, v souladu s výše uvedeným, ztotožňují jednotlivé fáze syndromu vyhoření s vývojem pracovníka v pomáhající profesi. Tomuto procesuálnímu pohledu odpovídá tzv. *vícefázové pojetí* (Bartošíková, 2006), čítající celkem 5 stadií syndromu burnout:

- *Fáze nadšení* – absolventi či nováčci v daném oboru přinášejí do své profese velké naděje, očekávání a ideály, ale také energii a nadšení je realizovat, vnímavost a nápady. Práce je baví a přinášejí jim takové uspokojení, že se stává nejvyšším smyslem jejich života. Nebezpečím tohoto stadia je to, že daný jedinec neumí hospodařit se svými silami a snadno se může přecenit.
- *Fáze stagnace* – jedinec dochází k náhledu, že jeho původní ideály

jsou těžko plně realizovatelné, proto práce ztrácí ze své původní atraktivity. V této fázi se již požadavky klientů, pacientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele mohou jevit jako obtěžující a člověk se snaží uspokojit i své mimopracovní potřeby.

- *Fáze frustrace* - v tomto období se daný jedinec začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými v práci nesouhlasí, klienti či pacienti včetně kolegů začínají být vnímáni negativně. Mohou se též objevovat pochyby o správnosti volby daného povolání, objevuje se otázka smysluplnosti vykonávané činnosti.
- *Fáze apatie* - propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale též vůči všemu, co souvisí s profesí. Vše, co souvisí s prací se jeví jako obtěžující a nepříjemné.
- *Fáze intervence* - ve stavu úplného vyhoření, vyčerpání, které je provázeno cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti, může být intervence krokem k přerušení bludného kruhu. Dočasným řešením může být dovolená či hledání si jiného pracovního místa. Někdy může být tato situace řešena též únikem do vedoucích pozic, kde kontakt s klienty není tak úzký. Jako vhodné řešení se nabízí psychoterapie a jiné techniky určené ke zvládnutí důsledků chronického pracovního stresu.

5.5 Možnosti diagnostiky syndromu vyhoření

Ke zjišťování úrovně vyvíjejícího se syndromu vyhoření bylo vyvinuto několik metod, zejména dotazníkového typu, v této kapitole stručně představím tři nejznámější a nejvíce používané, jak se shodují též autoři Kebza a Šolcová (2003) a Křivohlavý (1998).

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Metoda MBI Ch. Maslachové a S. Jacksonové patří mezi nejčastěji užívané metody k odbornému vyšetření syndromu burnout. Tato dotazníková metoda byla podrobena faktorové analýze, jejímž závěrem

bylo, že se touto metodou určují v podstatě tři hlavní faktory:

1. *EE (emotional exhaustion) - emoční vyčerpání*

Tato složka nastupuje v procesu vyhoření jako první a je považována za jeho nejspolehlivější ukazatel - projevuje se ztrátou chuti do života, nedostatkem sil k jakékoliv činnosti, naprostou ztrátou motivace pro činnost atp.

2. *DP (depersonalisation) - depersonalizace*

Druhá složka syndromu vyhoření nastupuje po úvodním pocitu emočního vyčerpání. Projevuje se ztrátou úcty k druhým lidem, jakožto k lidským bytostem. Zřetelně je vyjádřena u lidí, kteří mají velkou potřebu recipacity od lidí, kterým se věnují. Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. V extrémním případě může ze strany takto postižených jedinců dojít k naprosté dehumanizaci osob, se kterými pracují a mohou s nimi jednat jako s neživými předměty.

3. *PA (personal accomplishment) - snížený pracovní výkon*

Jako poslední složka syndromu psychického vyhoření se objevuje snížená efektivita práce. Je patrná zejména u lidí s nízkou úrovní self-esteem, váže se k určité míře spokojenosti sama se sebou. Odpovídá fázi vyhoření, kdy pracovník pocituje silný nepoměr vynaloženého úsilí a vnímaného smyslu dané činnosti.

Burnout Measure (BM)

Autory tohoto dotazníku z roku 1980 jsou A. Pinesová a E. Aronson. Jedná se o druhou nejčastěji používanou metodu k diagnostice burnout syndromu. Obsahuje 21 položek, posuzovaných na sedmibodové škále, vypovídající o tom, jak často daný jedinec zažívá popisované pocity. Tento dotazník je zaměřen na tři hlavní aspekty jednoho psychického jevu, a sice celkového vyčerpání (exhaustice):

1. *Pocity fyzického vyčerpání* - únava, celková slabost, oslabení, ztráta sil apod.
2. *Pocity emocionálního vyčerpání* - pocity tísně, beznaděje,

bezvýchodnosti apod.

3. *Pocity duševního vyčerpání* - vědomí naprosté bezmocnosti, dehumanizace, ztráty iluzí, pocity marnosti vlastní existence apod.

Křivohlavý (1998) uvádí další proměnné, které vykazují vysokou míru shody s výsledky BM:

- a) Spokojenost v práci, vlastním životě a sama se sebou - čím vyšší byla výsledná hodnota BM, tím vyšší byla i nespokojenost daného člověka sama se sebou, s vlastním životem a se světem.
- b) Fluktuace v zaměstnání - čím vyšší byla hodnota BM, tím častěji uvažoval daný pracovník o tom, odejít ze zaměstnání, případně i tím častěji ze zaměstnání odešel.
- c) Fyzické zdravotní problémy - např. bolesti hlavy, kříže, zátylku, pocit ztráty chuti k jídlu, nervozita, obecné pocity špatného zdraví.
- d) Množství vypitého alkoholu - čím vyšší byla hodnota BM, tím vyšší byla i průměrná konzumace alkoholu.
- e) Pocity beznaděje - čím vyšší byla hodnota BM, tím vyšší bylo i skóre beznaděje zjišťované škálou A. T. Becka, S. Weissmana, D. Lestera a L. Trexlera (Křivohlavý, 1998).

Kebza a Šolcová (2003) ve shodě s Křivohlavým (1998) upozorňují, že ačkoliv literatura uvádí velmi dobré psychometrické hodnoty dotazníku BM, z hlediska faktorové analýzy je v podstatě jediným faktorem, který tento dotazník sytí, míra vyčerpání, exhausce.

Orientační dotazník

Jako poslední metodu uvádí J. Křivohlavý (1998) tento velmi jednoduchý orientační dotazník. Jeho autory jsou D. Hawkins, F. Minirth, P. Maier a C. Thursman, kteří jej poprvé uveřejnili ve své knize „Before Burnout. Balanced Living for Busy People.“, vydané v roce 1990 v Chicagu. Obsahuje 24 uzavřených otázek popisujících pocity typické pro proces syndromu vyhoření. Slouží spíše pro rychlé orientační sebesouzení, nikoliv jako psychometricky validní diagnostická metoda. Výsledky získané tímto dotazníkem zdůrazňují pojetí vyhoření

jako procesu a obsahují popis charakteristických postojů typických pro jednotlivé fáze vyhoření.

Kromě výše uvedených dotazníkových metod lze při diagnostice burnout syndromu využít též např. sémantický diferenciál, ve kterém se pracuje s tzv. bipolárními adjektivy vážícími se k výrokům charakterizujících pocity při probíhajícím syndromu vyhoření.

Nutno ovšem zdůraznit, že při diagnostikování burnout syndromu je nezastupitelné introspektivní pozorování daného jedince, a také zpětná vazba, týkající se změn jeho postojů a chování, kterou mu může poskytnout jeho sociální okolí.

5.6 Podmínky vzniku vyhoření u zdravotních sester

Určité míře stresu se nelze vyhnout v žádné práci a ani v běžných životních podmínkách. Podobně jako u frustrací, lze hovořit i u stresu o určité interindividuálně odlišné úrovni jeho tolerance anebo přímo adaptace na stres. Není možné ani účelné vyhnout se stresovým situacím, na což upozornil již Selye. Určitou mírou stresu dokonce zlepšujeme svoji adaptační energii. v „mírných dávkách“ je stres pro život nezbytný (Gulášová, Šurániová, 2004).

Pracovní a výkonové stresory vycházejí z individuálního způsobu řešení úkolů, za které jsme zodpovědní. Zdrojem stresu a následného vyhoření v profesi zdravotní sestry mohou být dle Praška a Praškové (2001) tyto faktory:

- Míra pracovní zátěže – na správné míře pracovní zátěže závisí spokojenost pracovníka, ale i jeho efektivnost a produktivita. Pracovní zátěž má být realistická, aby nevedla k vyčerpání a nevzbuzovala úzkost a frustraci. Naopak i malé pracovní zatížení může vyvolat stres, přičemž je navíc člověk frustrován pocitem méněcennosti.
- Fyzikální faktory – jedná se o faktory prostředí, ve kterém žijeme, pracoviště, kde pracujeme, pomůcky, které užíváme i náš organismus a vše, co na něj má vliv. Jde o teplotu, vlhkost

vzduchu, sluneční paprsky, znečištění vzduchu, vibraci a hluk, chemikálie poškozující kůži atd. Do této kategorie spadají i bio-ekologické stresory, z nichž nejvýznamnější je vrozený biologický mechanismus, který bývá narušen směnností provozu a nočními službami.

- Společenské postavení - bývá spojeno s určitým druhem práce a může být zdrojem stresu.
- Zodpovědnost - stresující může být její vysoká míra, ale též její nedostatek, který navíc přispívá k pocitům bezvýznamnosti v zaměstnání.
- Nízký příjem nebo hrozící ztráta práce.
- Konfliktní vztahy s nadřízenými, kolegy, podřízenými.
- Nedostatečná organizace práce, rychle se měnící podmínky.
- Neschopnost říci ne, přetěžování a nedostatečné ohodnocení práce.

Na straně druhé povolání zdravotní sestry přináší i specifické faktory protektivní, které umožňují nacházet v práci uspokojení a satisfakci, mohou posilovat motivaci k další práci a podílejí se na spokojenosti sester. Mezi tyto pozitivní stránky sesterské profese je možno dle Bartošíkové (2006) zařadit např.:

- Možnost neustálého styku s velmi různorodými lidmi, který může být i zdrojem poučení a z rozšíření vlastních obzorů.
- Zkušenost z náročné práce může zvyšovat pocit vlastní kompetence.
- Práce ve zdravotnictví patří k povoláním, která v sobě nesou myšlenku altruismu vyjádřenou pomocí druhým lidem, což je činnost, která sama o sobě je smysluplná a také druhými ceněná.
- Zážitky radosti a hrdosti, podaří-li se pacienta uzdravit.
- Pestrost, proměnlivost práce, rozvíjení umění improvizovat v neobvyklých situacích.
- Možnost získat bezprostřední ocenění své práce, ať už

poděkováním pacienta nebo příbuzných či viditelným zlepšením stavu nemocného.

- Sestra má ve srovnání s ostatními lidmi nadprůměrné znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany a je lépe informovaná, kde v případě potřeby hledat pomoc.
- Práce ve zdravotnictví, je-li v souladu s hodnotovou orientací sestry, může přinášet více než jiné profese pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci. Právě smysluplnost a zaujetí pro práci patří k faktorům zvyšujícím odolnost vůči zátěžovým životním událostem.

Pracovní cíl profese zdravotní sestry není jednoznačný – jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení je ne vždy dosažitelná (např. u psychicky nemocných, u pacientů s poruchami vědomí, umírajících, atd.). Výsledky její profesionální činnosti jsou tak často málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je v podstatě nekvantifikovatelná, špatně vyčíslitelná a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami – i toto je důvod, pro který hrozí sestram vyhoření (Bartošíková, 2006).

Výzkum, který byl proveden u sester, pracujících na jednotkách intenzivní péče ukazuje, že jako nejvíce zátěžové situace pociťují sestry smrt pacienta, infaustní prognózy, nouzové stavy a resuscitaci (Košňarová, 2004).

K psychickému zatížení přispívají i osobní starosti sestry. Jedná se především o dopravu do zaměstnání, zdravotní a rodinné problémy. Konflikt rolí mezi pracovní odpovědností a odpovědností k rodině může být ve vzniku psychosociálního stresu silným faktorem.

Vzhledem k tomu, že přetrvává tradiční rozdělení rolí, podle kterého nese odpovědnost za chod rodiny zaměstnaná matka, lze konflikt rolí pravděpodobněji předpokládat u zaměstnaných žen. „Nepříznivým důsledkem celkově vyššího pracovního zatížení žen je méně volného

času, což znamená méně času na relaxaci, pohybovou aktivitu a jiné odpočinkové aktivity“ (Šolcová, 1997 in Košnarová, 2004). Snižující se porodnost je dalším dlouhodobým efektem. Nároky kladené na sestru postupně zvyšují její fyzické a psychické vyčerpání a pokud se situace neřeší, toto vyčerpání se stupňuje. Často prožívaná přetížení vedou k pracovní nespokojenosti a korelují s psychosomatickými obtížemi (Křivohlavý, 1998).

Opakovaný častý průběh stresové reakce vede k přetěžování psychiky a tělesných systémů. To může být spouštěčem vztahového problému (konflikty mezi partnery, zaměstnanci), psychické poruchy (deprese, úzkostné stavy, nespavost, sexuální problémy), či psychosomatického onemocnění jako jsou bolesti hlavy, páteře, vysoký krevní tlak, zažívací obtíže, vředová choroba, snížení imunity a zvýšená nemocnost na banální infekce. Stresovaný člověk má zpravidla potíže s pozorností, myšlením, představováním, pamětí, ale i volnými procesy a osobnostními rysy. Nejmarkantněji se stresovanost projeví v oblasti citů a emocí. Dopad stresorů na emoční sféru jedince je mnohostranný a individuálně velmi diferencovaný (Praško, Prašková, 2001).

5.7 Týmová spolupráce ve zdravotnictví jako prevence syndromu vyhoření

Předcházení syndromu vyhoření u pracovníků je vyjádřením zájmu organizace o podřízené, kteří v důsledku neztrácejí svoji výkonnost a sebedůvěru. Pacientům nebo klientům se pak dostává kvalitní péče od lidí, kteří práci nepředstírají, ale plně se jí věnují, kteří nejsou stále vyčerpání, podráždění, nevrlí a citově okoralí (Bartošíková, 2006).

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti (absence, předčasné odchody, snížené pracovní nasazení, vyšší nemocnost, aj.), má i ekonomické důsledky. Ve zdravotnictví je třeba mít stabilizovaný počet pracovníků, neboť neustálý nábor nových sester bez potřebných zkušeností může být v důsledku ohrožující pro stávající kvalitu péče

o pacienty.

V prevenci syndromu vyhoření se zdůrazňuje zejména vliv sociální opory – a to především opory poskytované ze strany stejně postavených kolegů či spolupracovníků. Proto je vhodné podporovat týmovou spolupráci jako jeden ze zdrojů prevence burnout.

Týmový přístup k práci je jednou ze základních podmínek moderní ošetrovatelské péče. Jednotlivé sestry jsou úspěšnější a produktivnější, další výhodou pak je atmosféra důvěry, pocit sounáležitosti a „týmový duch.“

V době, kdy ubývá zdrojů ve zdravotnictví, kdy dochází ke snižování počtu zaměstnanců a kdy vrcholový management neustále vybízí zaměstnance ke zvyšování produktivity, je pochopení a zavedení týmové spolupráce velmi aktuální.

Pracovní tým je dle Bartoškové (2006) charakterizován tím, že:

- Sdílí společný cíl, společnou vizi. Jeho členové tento cíl respektují a jsou loajální k posláním a rozhodnutí týmu, a to i v případě, že s dílčími věcmi jednotlivec nemusí souhlasit.
- V týmu je podporována spolehlivost a smysl pro závazky. Pokud jsou členové týmu i vůči sobě spolehliví a plní svoje závazky, je naděje, že takto budou zacházet i s pacienty.
- V týmu panuje vzájemná důvěra a respekt.
- Otevřená komunikace, tj. o všem je možné hovořit. Lidé jsou ochotni a schopni naslouchat sobě navzájem, každý se může projevit. Lze přiznat i chybu.
- Každý má v týmu svoje místo, může být přínosem pro tým a ostatní jsou si toho vědomi.
- Jsou jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti. Tým má vedení a nelze vždy o všem hlasovat.

Bartošková (2006) dále zdůrazňuje skutečnost, že s celospolečenským trendem rozpadu rodin a komunit lidé stále více hledají místo, kde by mohli prožívat pocity akceptace, přijetí a významu

vlastní osoby. Týmová práce ve zdravotnictví může právě tyto potřeby velmi dobře naplnit. Pro zdravotnické zařízení pak může vyplynout nejen požadavek péče o pacienty, ale též o zaměstnance. Do toho může patřit například:

- Možnost regenerace. Racionální rozpisy služeb, sdružené volno, podpora rodiny v rozpisech služeb, vytvoření tzv. sociálně citlivého prostředí.
- Péče o bezpečnost sester. Bezpečnější pracovní postupy a ochranné pracovní pomůcky.
- Péče o psychické zdraví sester. Spolupráce s psychology a dalšími odborníky při přípravě programů k osvojení dovedností nutných pro předcházení stresu. Zabývat se i spokojeností sester. Podpora neformálního setkávání a využívání supervize jako nástroje rozvoje a podpory.
- Podpora růstu pracovníků. Jednak vzděláváním, ale též zvýšením autonomie pracovníka, se kterou se zvyšuje také jeho angažovanost a tvořivost. Umožnění cirkulace pracovníků, stáží, studijních pobytů. Doporučují se též dočasné rotace pozic a odpovědností.
- Mapování zátěží. Rozpoznávání zdrojů stresu, míry stresu a zveřejnění získaných výsledků. Podpora výzkumu v této oblasti a na jeho základě příprava opatření.
- Zvýšení participace pracovníků na rozhodování. Management sester může přizvat zaměstnance k rozhodování o modernizaci, plánech přestavby, návrzích prostorových změn, nákupu ošetrovatelských pomůcek. Při vybavování pracoviště je možné brát v potaz jak potřeby a přání pacientů a klientů, tak potřeby a požadavky sester, které se tak mohou spolupodílet na zlepšení jeho chodu a sdílet tak i odpovědnost.

6 METODOLOGIE

6.1 Problém, cíle, hypotézy

Zdravotní sestry jsou při své práci ovlivňovány mnoha faktory, ať již na subjektivní nebo objektivní rovině, které se specifickým způsobem mohou podílet na vnímání jejich pracovní spokojenosti a též zcela zásadně přispívat ke vzniku tzv. syndromu vyhoření.

Z komplexního hlediska bylo hlavním cílem této práce zmapování faktorů, podílejících se na pracovní spokojenosti zdravotních sester, zjistit úroveň spokojenosti s vlastní prací u zdravotních sester a určit u nich úroveň či míru eventuálního syndromu vyhoření.

Dalším dílčím cílem pak bylo zjistit, v jaké míře se tyto jednotlivé faktory, ovlivňující vlastní práci zdravotních sester, podílejí na jejich celkové pracovní spokojenosti.

Dále jsem se pokusila zjistit, zda jednotlivé faktory, ovlivňující vlastní práci zdravotních sester a jejich subjektivní hodnocení souvisí s výskytem syndromu vyhoření.

Posledním dílčím cílem této práce bylo zjistit případnou souvislost mezi některými statusovými údaji pracujících zdravotních sester (např. věk či seniorita ve zdravotnickém zařízení) a vnímáním jednotlivých faktorů, podílejících se na jejich spokojenosti s prací.

V souladu s výše uvedenými cíli této práce byly stanoveny tyto základní pracovní hypotézy:

H1: Předpokládám, že se zvyšující se spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně souviset celková vyšší pracovní spokojenost.

H2: Předpokládám, že s pozitivními postoji k vlastní práci bude statisticky významně spjata nízká úroveň BQ (syndromu vyhoření).

H3: Předpokládám, že se stoupajícím věkem bude statisticky významně souviset vyšší míra spokojenosti s vlastní prací.

6.2 Aplikovaná metodika

6.2.1 Dotazníky

K získání dat, potřebných ke zjištění úrovně pracovní spokojenosti a míry vyhoření u zdravotních sester jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu, konkrétně jsem použila dva anonymní dotazníky, které níže podrobněji představím:

Burnout Measure (BM)

Jak uvádím již v teoretické části práce, autory tohoto sebe-diagnostického dotazníku z roku 1980 jsou A. Pinesová a E. Aronson (Křivohlavý, 1998). Jedná se o druhou nejčastěji používanou metodu k diagnostice burnout syndromu. Obsahuje 21 položek, posuzovaných na sedmibodové škále, vypovídající o tom, jak často daný jedinec zažívá popisované pocity. Tento standardizovaný dotazník je zaměřen na tři hlavní aspekty jednoho psychického jevu, kterým je celkového vyčerpání (exhausce), projevující se v oblasti:

- fyzické,
- emocionální,
- duševní.

Sedmibodová škála obsahuje následující odstupňování hodnocených tvrzení:

- 
1. Nikdy
 2. Jednou za čas
 3. Zřídka
 4. Někdy
 5. Často
 6. Obvykle
 7. Vždy

Při vyhodnocení dotazníku se nejprve vypočte položka A sečtením hodnot, které jsou uvedeny u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Poté se vypočítá položka B sečtením hodnot, uvedených u otázek číslo: 3, 6, 19 a 20.

Pokračuje se výpočtem položky C tak, že od hodnoty 32 je odečtena položka B, tj. $C=32-B$.

Dále je vypočtena položka D sečtením hodnot A a C, tj. $D=A+C$.

Celkové skóre BQ je vypočteno tak, že položka D je dělena číslem 21, tj. $BQ=D:21$. Tato výsledná hodnota BQ je míra psychického vyhoření, změřená metodou BM.

Při předpokladu upřímného vyplnění dotazníku jsou dosaženy tyto výsledky:

- BQ = 2 a nižší: dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví,
- BQ = 2 - 3: uspokojivý výsledek,
- BQ = 3 - 4: potencionální ohrožení,
- BQ = 4 - 5: prokázaná přítomnost psychického vyhoření,
- BQ = větší než 5: havarijní signál, nutná terapeutická pomoc.

Dle Křivohlavého (1998) má dotazník dobrou vnitřní konzistenci a vyznačuje se vysokou mírou reliability, jeho nevýhodou je dle Kebzy a Šolcové (2003) skutečnost, že podle faktorové analýzy je v podstatě jediným faktorem, který tento dotazník sytí, míra vyčerpání, exhausce.

Kompletní dotazník BM v plném znění je obsahem přílohy č. 1.

Dotazník spokojenosti zdravotních sester (DSZS)

Nestandardizovaný „Dotazník spokojenosti zdravotních sester“ (DSZS), který je obsahem přílohy č. 1, se skládá z devíti částí značených A - J, ke každé z nich je přiřazena symbolika, jejíž podrobný popis je součástí kapitoly 6.5. Jednotlivé části A - J jsou zaměřeny na různé aspekty pracovní spokojenosti:

- Část A (CPSF) - je zaměřena na celkovou pracovní spokojenost a

fluktuální tendence. Skládá se ze tří otázek, na každou z nich je možno odpovědět pěti různými odpověďmi 1-5. Počet možných dosažených bodů je tedy od 3 do 15, čím je vyšší počet dosažených bodů, tím je vyšší úroveň celkové pracovní spokojenosti a nižší fluktuální tendence.

- Část B (FC) – je zaměřena na postoje k fyzikálním činitelům a jejich působení. Zdravotní sestry zde označují z 15 faktorů, na škále 1-5 od minima po maximum, jejich výskyt na daném pracovišti a zda jim vadí či nikoliv.
- Část C (VZ) – je zaměřena na mezilidské vztahy na pracovišti a jejich spokojenost dotazovaných sester s nimi. Obsahuje 5 otázek, na které je opět možno odpovědět pěti různými odpověďmi. Počet dosažených bodů je zde tedy od 5 do 25, opět čím vyšší počet dosažených bodů, tím vyšší spokojenost se vztahy na pracovišti.
- Část D (RJSB) – je zaměřena na spokojenost s vlastní prací a jejím obsahem je standardizovaný dotazník „Revised Job Satisfaction Blank“, jehož autory jsou A. Brayfield a H. Rothe (Korman, 1971). Obsahuje 18 otázek, týkajících se postojů k vlastní práci, na které je možno odpovědět v pětibodové škále, čím vyšší je počet dosažených bodů, tím vyšší je spokojenost s vlastní prací.
- Část E (ZS) – monitoruje zdravotní stav dotazovaných sester, obsahuje 1 otázku zaměřenou na subjektivně vnímanou úroveň zdravotního stavu, hodnocenou od 1 do 5, od minima po maximum.
- Část F (OST) – je zaměřena na míru negativního ovlivnění dotazovaných sester organizačními, společenskými, technickými, časovými a jinými okolnostmi práce. Je rozdělena do 11 kategorií dle druhu negativních okolností. Odpovídat je možno opět na škále 1 až 5, od maxima po minimum.
- Část G (ODPO) – je zaměřena na postoje vůči odměňování za práci, kvalifikaci a možnosti kariérního postupu, opět v pětibodové škále, kdy 5 znamená maximální spokojenost a 1 maximální

nespokojenost.

- Část H (PP) – je zaměřena na postoje k péči o pacienty. Obsahuje 15 položek vyjadřujících situace v práci zdravotní sestry, které mohou u ní vyvolávat nechuť, nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým pokud možno vyhnout. Hodnocení je opět na pětibodové škále kdy 1 znamená minimální míru negativních pocitů a 5 maximální.
- Část I (APO) – zjišťuje adaptaci na práci a splněná či nesplněná očekávání v souvislosti s vykonávanou prací. Obsahuje 3 otázky, na každou lze odpovědět ve čtyřech možnostech, celkový možný získaný počet bodů v této části je tedy 12 a znamená maximální spokojenost, nejmenší možný počet je 3 body a znamená maximální nespokojenost.
- Část J (SD) – uvádí tzv. statusová data, která se týkají věku, pracovního zařazení, rodinného stavu, seniority na daném oddělení i v zdravotnickém zařízení a průměrného čistého měsíčního příjmu.

Kompletní dotazník s původními instrukcemi k jeho vyplnění je obsahem přílohy č. 1.

6.2.2 Statistické metody analýzy dat

K popisu základního výzkumného souboru jsem použila metody deskriptivní statistiky: aritmetický průměr, směrodatnou odchylku, modus, medián, absolutní a relativní četnost.

Dále jsem pomocí korelační analýzy ověřovala platnost základních pracovních hypotéz, týkajících se souvislosti mezi spokojeností s vlastní prací a hlavními proměnnými DSZS, souvislostí s mírou a výskytem vyhoření a souvislostí s věkem a senioritou dotazovaných sester. Pro výpočet a vyjádření stupně závislosti naměřených dat jsem použila Pearsonův korelační koeficient.

Pro zpracování dat získaných dotazníkovým šetřením byla zvolena hladina významnosti 5% ($r = 0,282$, $\alpha < 0,05$). Zpracované výsledky

jsou uvedené v tabulkách a grafech, k jejichž vytvoření byl použit kancelářský balík OpenOffice.org v operačním systému Linux.

6.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily zdravotní sestry (ženy i muži) zaměstnané ve Fakultní nemocnici v Brně-Bohunicích, pracující na Pracovišti medicíny dospělého věku, Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Písemný souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče s dotazníkovým šetřením, které proběhlo v době od 1.7.2009 do 31.8.2009 přikládám v příloze č. 2. Podmínkou výzkumu byla anonymita, dobrovolná účast a osobní souhlas dotazovaných sester.

Na počátku výzkumu bylo připraveno 80 dotazníků. Vzhledem k dobrovolné účasti ve výzkumu, časovým nárokům pro vyplnění dotazníku a vzhledem ke skutečnosti, že jej sestry vyplňovaly převážně v pracovní době, odevzdalo vyplněný dotazník 51 sester. Po kontrole korektnosti bylo nutné 4 dotazníky vyloučit. Nakonec tedy celý soubor tvořilo 47 respondentů z řad zdravotních sester. návratnost dotazníků byla 59% (N = 47).

6.3.1 Základní charakteristiky výzkumného souboru:

1) Věk

Věk dotazovaných sester se pohyboval v rozmezí od 21 do 40 let. Průměrný věk činil 28 roků. Střední hodnota věku byla 27 let a hodnota věku, která se vyskytovala nejčastěji byla 24 roků (tab. 1). Téměř poloviční procentuální zastoupení činila věková kategorie 27 až 33 let, 38,3% dotazovaných sester bylo mezi 21 až 26 lety a 12,8% sester se nacházelo ve věkové kategorii 34 až 40 let (tab. 2).

Tab. 1: Věk dotazovaných sester

N	Min	Max	Průměr	S. odchylka	Modus	Medián
47	21	40	28	4,53	24	27

Tab. 2: Věkové rozdělení dotazovaných sester

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
21 až 26 let	18	38,30%
27 až 33 let	23	48,90%
34 až 40 let	6	12,80%
CELKEM	47	100,00%

2) Rodinný stav

83% dotazovaných sester bylo svobodných, 14% vdaných a pouhé 2,1% rozvedených (tab. 3).

Tab. 3: Rodinný stav dotazovaných sester

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	39	83,00%
Vdaná	7	14,90%
Rozvedená	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

3) Počet dětí

89,4% dotazovaných sester bylo bezdětných, 4,2% s jedním dítětem a 6,4% mělo dvě děti (tab. 4).

Tab. 4: Počet dětí dotazovaných sester

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	42	89,40%
1	2	4,20%
2	3	6,40%
CELKEM	47	100,00%

4) Délka praxe na daném oddělení

Délka praxe dotazovaných sester na daném oddělení se pohybovala v rozpětí od méně než 1 roku do 12 let, průměrem odpracovaných roků na daném oddělení bylo 3,2 let. Střední hodnota praxe byla 3 roky a hodnota, která byla uváděna nejčastěji 4 roky (tab. 5). Do tří let praxe na daném oddělení mělo odpracováno 55,3% sester, 4 až 8 roků 42,6% sester a 9 až 12 let pouhá 2,1% sester (tab. 6).

Tab. 5: Délka praxe na daném oddělení

N	Min	Max	Průměr	S. odchylka	Modus	Medián
47	0	12	3,2	2,33	4	3

Tab. 6: Rozdělení délky praxe na daném oddělení

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 až 3 roky	26	55,30%
4 až 8 roků	20	42,60%
9 až 12 roků	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

5) Délka praxe v daném zdravotnickém zařízení

Délka praxe dotazovaných sester v daném zdravotnickém zařízení se pohybovala v rozpětí od méně než 1 roku do 18 let, průměrný počet let odpracovaných v daném zdravotnickém zařízení byl 6,3 roky. Střední hodnota praxe byla 5 let a hodnota, která byla uváděna nejčastěji 3 roky (tab. 7). Do 5 let praxe v daném zdravotnickém zařízení mělo odpracováno 51,1% sester, 6 až 11 roků 34% sester a 12 až 18 let 14,9% sester (tab. 8).

Tab. 7: Délka praxe v daném zdravotnickém zařízení

N	Min	Max	Průměr	S. odchylka	Modus	Medián
47	0	18	6,3	4,37	3	5

Tab. 8: Rozdělení délky praxe v daném zdravotnickém zařízení

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 až 5 roků	24	51,10%
6 až 11 roků	16	34,00%
12 až 18 roků	7	14,90%
CELKEM	47	100,00%

6) Průměrný čistý měsíční příjem

Výše průměrného čistého měsíčního příjmu dotazovaných sester se pohybovala v rozmezí od 10 do 20 tisíc Kč, průměrná hodnota byla 15 tisíc Kč. Střední hodnota dosaženého měsíčního příjmu činila 17 tisíc Kč a nejčastější uváděná hodnota 15 tisíc Kč (tab. 9). Téměř 70% dotazovaných sester se pohybovalo v kategorii 17 až 20 tisíc Kč čistého průměrného měsíčního příjmu (tab. 10).

Tab. 9: Průměrný čistý měsíční příjem

N	Min	Max	Průměr	S. odchylka	Modus	Medián
47	10000	20000	15000	2234,66	15000	17000

Tab. 10: Rozdělení průměrného čistého měsíčního příjmu

Příjem v Kč	Absolutní četnost	Relativní četnost
10 až 13 tisíc	1	2,10%
14 až 16 tisíc	14	29,80%
17 až 20 tisíc	32	68,10%
CELKEM	47	100,00%

6.4 Organizace a průběh šetření

Samotnému předání dotazníků na Kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) ve Fakultní nemocnici v Brně předcházelo podání písemné „Žádosti o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací“, která byla adresována manažerce ošetrovatelské péče ve FN Brno. Po jejím schválení (příloha č. 2) byly dotazníky distribuovány ve spolupráci se staničními sestrami

na jednotlivá oddělení KARIM. V průvodní instrukci k vyplnění dotazníků byl zdůrazněn především způsob jejich vyplnění a anonymní a dobrovolná účast jednotlivých respondentů ve výzkumu. Dotazníkové šetření proběhlo na půdě FN Brno v období od 1.7. do 31.8. 2009.

6.5 Symbolika k DSZS

- A (CPSF) – Celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence
- B (FC) – Postoje k fyzikálním činitelům, jejich působení
- C (VZ) – Mezilidské vztahy
- D (RJSB) – Spokojenost s vlastní prací
- E (ZS) – Zdravotní stav
- F (OST) – Organizační, společenské, technické, časové a jiné okolnosti práce:
 - 1-5: Organizace práce,
 - 6-7: zdravotnické informace,
 - 8-11: časové okolnosti práce,
 - 12-13: používaná technika,
 - 14-15: společenský význam práce,
 - 16-17: perspektivy práce,
 - 18: sociální zařízení pro personál,
 - 19: zdravotní rizikovost práce,
 - 20-21: namáhavost práce,
 - 22: nedostatek potřebných léků,
 - 23: signalizace z pokojů pacientů.
- G (ODPO) – Odměňování, kvalifikace a postup
- H (PP) – Postoje k péči o pacienty
- I (APO) – Adaptace na práci, očekávání
- J (SD) – Statusová data

7 VÝSLEDKY PRÁCE

7.1 Hlavní výstupy DSZS

V následující části se budu zabývat popisem hlavních proměnných dotazníku DSZS, přehledně rozdělených do jednotlivých tabulek, ve kterých budou potřebné údaje vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností a dalších parametrů deskriptivní statistiky.

A (CPSF) - Celková pracovní spokojenost a flukuační tendence

1) Jak jste spokojena na současném pracovišti?

Tab. 11: Jak jste spokojena na současném pracovišti?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojena	0	0,00%
Nespokojena	5	10,60%
Ani spokojena ani nespokojena	22	46,80%
Spokojena	17	36,20%
Velmi spokojena	3	6,40%
CELKEM	47	100,00%

Téměř polovina dotazovaných sester není na svém současném pracovišti ani spokojena ani nespokojena. Spokojeno jich je 36,2% a nespokojeno 10,6,%. Zatímco vysokou nespokojenost neuvádí žádná sestra, velmi spokojeno je 6,4% dotazovaných sester (tab. 11).

2) Chtěla byste trvale zůstat členkou nynějšího pracovního kolektivu?

Tab. 12: Chtěla byste trvale zůstat členkou nynějšího pracovního kolektivu?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	0	0,00%
Docela ano	22	46,80%
Moc mi na tom nezáleží	13	27,70%
Ani zvlášt ne	8	17,00%
Rozhodně ne	4	8,50%
CELKEM	47	100,00%

46,8% dotazovaných sester uvádí, že by do budoucna docela rády zůstaly členkami nynějšího pracovního kolektivu. Indiferentní postoj vyjadřuje 27,7% dotazovaných, spíše negativní 17% a rozhodně negativní 8,5%. Výrazně pozitivní postoj k současnému pracovnímu kolektivu neuvádí žádná z dotazovaných (tab. 12).

3) Máte v úmyslu zůstat natrvalo u této práce anebo spíše toužíte po změně?

Tab. 13: Máte v úmyslu zůstat natrvalo u této práce anebo spíše toužíte po změně?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chci tu zůstat natrvalo, tak jak jsem	2	4,30%
Chci tu zůstat, ale zvýšit si kvalifikaci a event. postoupit výše	10	21,30%
Nedovedu posoudit	8	17,00%
Chci servat, ale raději bych šla jinam, mimo toto zařízení	13	27,70%
Změnila bych i své povolání, kdyby se mi naskytlo něco výhodnějšího	14	29,80%
CELKEM	47	100,00%

Téměř 30% dotazovaných sester vyjadřuje tendenci případně i změnit svoji profesi při nabídce výhodnějšího zaměstnání. Dalších 27,7% sester chce zůstat u své profese, ale pokud možno v jiném zdravotnickém

zařízení. Indiferentní postoj vyjadřuje 17% sester. 21,3% dotazovaných sester chce zůstat za stávajících podmínek, ale chtěly by si zvýšit kvalifikaci a eventuálně postoupit výše. Pouhá 4,3% dotazovaných sester jsou spokojeny se svojí stávající prací a chtěly by setrvat tak, jak jsou (tab. 13).

B (FC) - Postoje k fyzikálním činitelům, jejich působení

Tab. 14: B (FC) - Postoje k fyzikálním činitelům, jejich působení

	Min	Max	Ø	S.odchylka	Modus	Medián
Hluk	1	5	3	1,07	3	3
Špatné osvětlení	1	5	2,9	1,33	4	3
Změny teploty	1	5	3,1	1,26	3	3
Průvan	1	5	2,1	1,14	1	2
Klimatizace	1	5	3,6	1,31	5	4
Zápachy	1	5	3,5	1,04	4	4
Výkaly	1	5	3,6	1,19	5	4
Výpary	1	5	2,9	1,31	3	3
Nečistota	1	5	2	1,05	2	2
Hygienické podmínky	1	5	1,8	1,12	1	1
Zdravotně závadná práce	1	5	3,4	1,3	3	3
Estetická úroveň prostředí	1	5	2,2	1,07	1	2
Malá pestrost a nebarevnost prostředí	1	4	2,6	1,17	3	3
Špatný přístup k lůžkům	1	5	2,9	1,39	3	3
Neumyvateľnost kritických stěn pokojů	1	5	2,4	1,21	2	2

Tab. 15: Míra výskytu fyzikálních faktorů

Míra výskytu fyzikálních faktorů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Maximální (99 - 115 bodů)	0	0,00%
Vysoká (80 - 98 bodů)	0	0,00%
Střední (61 - 79 bodů)	1	2,20%
Nízká (42 - 60 bodů)	23	48,90%
Minimální (23 - 41 bodů)	23	48,90%
CELKEM	10	100,00%

Shodně 48,9% dotazovaných sester uvádělo minimální nebo nízkou míru výskytu negativních fyzikálních faktorů, vyskytujících se na jejich pracovišti. Pouhá 2,2% sester hodnotí tuto míru jako střední a 0% jako vysokou či dokonce maximální (tab. 15), přičemž nejvíce negativně hodnotily výskyt výkalů, nevyhovující klimatizaci a nežádoucí zápach (tab. 14).

C (VZ) - Mezilidské vztahy

1) Jak jste spokojena ve svém pracovním kolektivu ostatních zdravotních sester?

Tab. 16: Jak jste spokojena ve svém pracovním kolektivu ostatních zdravotních sester?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela spokojena	1	2,10%
Převážně spokojena	24	51,10%
Ani spokojena ani nespokojena	14	29,80%
Převážně nespokojena	7	14,90%
Velmi nespokojena	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

Více než polovina dotazovaných sester se cítí ve svém pracovním kolektivu převážně spokojena. Ani nespokojeno ani spokojeno je 29,8% dotazovaných sester, převážně nespokojeno je 14,9%. Zcela spokojeno i zcela nespokojeno je shodně 2,1% dotazovaných (tab. 16).

2) Jaký je kolektiv, ve kterém pracujete?

Tab. 17: Jaký je kolektiv, ve kterém pracujete?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lidé, kteří tu pracují se mnou, tvoří pevný kolektiv	2	4,30%
Je tu dost značné kolektivní cítění	11	23,40%
Je tu dost málo kolektivního ducha	27	57,40%
Kolektivní vztahy jsou dost silně narušeny	7	14,90%
CELKEM	47	100,00%

57,4% dotazovaných sester se domnívá, že v jejich pracovní skupině panuje dost málo kolektivního ducha, 23,4% je naopak přesvědčených, že kolektivní cítění je v jejich pracovní skupině dost silné. O pevném pracovním kolektivu jsou přesvědčeny pouhá 4,3%, zatímco 14,9% dotazovaných sester si myslí, že kolektivní vztahy jsou dost silně narušeny (tab. 17).

3) Máte pocit, že mezi Vaším oddělením a některými jinak zaměřenými odděleními zdravotnického zařízení existuje určitá rivalita?

Tab. 18: Máte pocit, že mezi Vaším oddělením a některými jinak zaměřenými odděleními zdravotnického zařízení existuje určitá rivalita?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	70,20%
Nevím	13	27,70%
Ne	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

O určité rivalitě mezi oddělením, na kterém pracují a ostatními odděleními zdravotnického zařízení je přesvědčeno 70,2% dotazovaných sester, 27,2% sester o rivalitě neví a pouhá 2,4% sester se domnívá, že žádná rivalita mezi odděleními neexistuje (tab. 18).

4) Jak vychází podle Vašeho názoru Vaše bezprostředně nadřízená se svými podřízenými?

Tab. 19: Jak vychází podle Vašeho názoru Vaše bezprostředně nadřízená se svými podřízenými?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobře, bez konfliktů	16	34,00%
Celkem dobře, občasné konflikty	26	55,30%
Poměrně často jsou konflikty	3	6,40%
Špatně, konflikty jsou neustále	2	4,30%
CELKEM	47	100,00%

O poměrně bezkonfliktních vztazích mezi pracujícími sestrami a jejich bezprostředně nadřízenou vypovídá 55,3% dotazovaných sester, že jsou tyto vztahy dokonce velmi dobré si myslí 34% dotazovaných. Naopak k názoru, že jsou tyto vztahy poměrně konfliktní, se přiklání 6,4% a pouhá 4,3% dotazovaných má pocit, že se konflikty vyskytují neustále (tab. 19).

5) Jak se chová Vaše bezprostředně nadřízená ke svým podřízeným?

Tab. 20: Jak se chová Vaše bezprostředně nadřízená ke svým podřízeným?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi odměřená	4	8,50%
Zajímá se o výsledky práce víc než o problémy podřízených	14	29,80%
Více ji zajímají problémy podřízených	7	14,90%
Zajímá se hlavně o své podřízené, je pozorná a přístupná	22	46,80%
CELKEM	47	100,00%

Téměř polovina dotazovaných sester vyjadřuje spokojenost s chováním své bezprostředně nadřízené ke svým podřízeným, 14,9% dotazovaných se přiklání k názoru, že ji poměrně více zajímají problémy podřízených, než výsledky práce. 29,8% dotazovaných si naopak myslí,

že se zajímá více o výsledky práce, než o problémy podřízených, a že je velmi odměřená, zaměřená pouze na výsledky práce se domnívá 8,5% dotazovaných sester (tab. 20).

E (ZS) - Zdravotní stav

1) Jaký je Váš zdravotní stav?

Tab. 21: Jaký je Váš zdravotní stav?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborný	8	17,00%
Dobrý	23	48,90%
Uspokojivý	5	10,60%
Problémy v psychické oblasti	5	10,60%
Problémy ve fyzické oblasti	6	12,80%
CELKEM	47	100,00%

48,9% dotazovaných sester udává dobrý zdravotní stav, dalších 17% sester dokonce výborný. Uspokojivě svůj zdravotní stav vnímá 10,6% dotazovaných. Stejně 10,6% sester udává určité problémy v psychické oblasti a 12,8% problémy v oblasti fyzické (tab. 21).

F (OST) - Organizační, společenské, technické, časové a jiné okolnosti práce

Tab. 22: Organizační, společenské, technické, časové a jiné okolnosti práce

	Min	Max	Ø	S. odchylka	Modus	Medián
Špatná práce ošetrovatelské (dále jen oš.) jednotky	1	5	3,2	1,08	3	3
Nevhodné uspořádání pracoviště	1	5	2,8	1,16	3	3
Nárazový způsob práce	1	5	3,2	1,37	4	3
Nevhodná forma systému oš. péče	1	5	3,5	1,04	3	4
Nedostatek času pro seznámení s oš. dokumentací	1	5	3,2	1,25	3	3

	Min	Max	Ø	S. odchylka	Modus	Medián
Nízká kvalita oš. dokumentace	1	5	3,1	1,14	3	3
Nedostatek informací pro péči od lékaře či nadřízené	1	5	3,6	1,06	4	4
Nedostatek času pro vedení oš. dokumentace	1	5	3,3	1,2	4	4
Práce na směny	1	5	3,2	1,35	4	3
Dojíždění do práce	1	5	3,2	1,35	4	4
Nutnost přesně dodržovat pracovní dobu	1	5	3,1	1,47	5	3
Zastaralé technické vybavení oddělení	1	5	3,3	1,35	3	3
Poruchovost používané techniky	1	5	2,4	1,36	1	2
Nevýznamná práce	1	5	3,8	1	3	4
Společensky neuznávaná práce	1	5	2,9	1,34	3	3
Nejistota, obavy z propuštění	1	5	3,5	1,12	3	4
Hrozba reorganizace oš. jednotky	1	5	3,2	1,28	3	3
Špatné sociální zařízení pro zaměstnance	1	5	3,2	1,34	3	3
Zdravotní rizikovost pracoviště	1	5	2,1	0,98	2	2
Psychicky zatěžující, stresující práce	1	5	2,1	1,09	1	2
Fyzicky namáhavá práce	1	5	2,2	1,24	1	2
Nedostatek potřebných léků	1	5	3,9	1,16	5	4
Chybějící či nefungující signalizační zařízení	1	5	3,7	1,35	5	4

Tab. 23: Míra negativního ovlivnění okolnostmi práce

Míra negativního ovlivnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Maximální (23 - 41 bodů)	0	0,00%
Vysoká (42 - 60 bodů)	7	16,30%
Střední (61 - 79 bodů)	30	63,80%
Nízká (80 - 98 bodů)	10	21,30%
Minimální (99 - 115 bodů)	0	0,00%
CELKEM	47	100,00%

63,8% dotazovaných sester uvádělo stření míru negativního ovlivnění organizačními, společenskými, technickými, časovými a jinými okolnostmi práce. 16,3% sester hodnotí tuto míru jako vysokou a 21,3% dotazovaných sester jako nízkou (tab. 23).

Jako nejvíce negativně ovlivňující okolnosti práce hodnotily sestry zdravotní rizikovost pracoviště, psychickou a fyzickou namáhavost práce, dále poruchovost používané techniky a společensky malý význam profese (tab. 22).

G (ODPO) - Odměňování, kvalifikace a postup

Tab. 24: G (ODPO) - Odměňování, kvalifikace a postup

	Min	Max	Ø	S. odchylka	Modus	Medián
Spravedlivost systému odměňování	1	5	2,3	1,03	3	2
Soulad mezi platem a výkonem	1	5	1,8	1,01	1	1
Výše výdělků	1	5	1,8	0,87	1	2
Jistota stálého výdělků	1	5	3,4	1,04	3	3
Perspektiva vyššího výdělků	1	5	2	1,07	1	2
Krytí osobních potřeb výdělkem	1	5	2,2	1,05	1	2
Výdělek jako hodnocení kvalifikace	1	5	1,8	0,84	1	2
Výdělek jako hodnocení odpovědnosti za práci	1	5	1,7	0,97	1	1
Výdělek jako hodnocení délky praxe	1	5	2,2	1,01	3	2
Využití mé kvalifikace v práci	1	5	3,2	0,99	3	3
Možnost získání rekvalifikace	1	5	3,6	1,07	4	4
Využití mých znalostí a schopností v práci	1	5	3,5	0,91	4	4
Možnosti dalšího kvalifikačního postupu	1	5	3,1	1,03	3	3
Možnosti dalšího funkčního postupu	1	5	2,6	1,12	3	3
Možnosti samostatného rozhodování	1	5	3,3	1,01	3	3

Tab. 25: Spokojenost s odměňováním, postupem a kvalifikací

Spokojenost s odměňováním, postupem a kvalifikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Minimální (15 - 27 bodů)	1	2,10%
Nízká (28 - 40 bodů)	29	61,70%
Střední bodů (41 - 53 bodů)	16	34,10%
Vysoká (54 - 66 bodů)	1	2,10%
Maximální (67 - 75 bodů)	0	0,00%
CELKEM	47	100,00%

Nadpoloviční většina dotazovaných sester uvádí nízkou míru spokojenosti s odměňováním, postupem a kvalifikací, 2,1% sester tuto spokojenost hodnotí jako minimální. Střední míru spokojenosti uvádí 34,1% dotazovaných sester, vysokou pouze 2,1% (tab. 25).

V souvislosti s odměňováním nejvíce negativně hodnotily dotazované sestry samotnou výši výdělku, soulad mezi platem a výkonem a výdělek jako ohodnocení kvalifikace (tab. 24).

H (PP) - Postoje k péči o pacienty

Tab. 26: H (PP) - Postoje k péči o pacienty

	Min	Max	Ø	S. odchylka	Modus	Medián
Ošetřování příliš velkého počtu nemocných	1	5	2,3	1,31	1	2
Nedostatek úzkého kontaktu s nemocnými	1	5	2	1,2	1	2
Ošetřování nemocných ve velmi těžkém stavu	1	5	2,1	1,38	1	2
Péče o nemocné volně chodící, nedisciplinované	1	5	2,9	1,41	3	3
Ošetřování (dále jen oš.) na nemoc neadaptovaných nemocných	1	5	2,9	1,01	3	3
Oš. nemocných s infaustními chorobami	1	5	3	1,22	3	3
Oš. nemocných ante finem	1	5	2,6	1,17	3	3
Aplikace bolestivých či nepříjemných vyš. technik	1	5	3,2	1,07	3	3
Oš. nemocných rezignujících na vyléčení	1	5	3,1	0,96	3	3
Získávání informací od nemocných špatně či málo komunikujících	1	5	2,9	1,14	2	3
Oš. nem.v předoperačních stavech	1	5	2,1	1,13	1	2
Oš. akutních rizikových případů	1	5	2,4	1,39	1	2
Oš. pac.s podezřením na HIV pozitivitu	1	5	3,6	1,16	4	4
Oš. těžce nemocných dětí	1	5	3,4	1,36	5	4
Oš. inkontinentních nemocných	1	5	2,5	1,36	1	2

Tab. 27: Míra negativních pocitů při péči o pacienty

Míra negativních pocitů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Minimální (15 - 27 bodů)	4	8,50%
Nízká (28 - 40 bodů)	18	38,30%
Střední (41 - 53 bodů)	19	40,40%
Vysoká (54 - 66 bodů)	6	12,80%
Maximální (67 - 75 bodů)	0	0,00%
CELKEM	47	100,00%

Míra negativních pocitů při péči o pacienty se u 40,4% dotazovaných sester pohybuje na střední úrovni, dalších 38,3% dotazovaných sester hodnotí tuto míru jako nízkou, 8,5% dokonce jako minimální. Vysokou míru negativních pocitů při péči o pacienty uvádí 12,8% dotazovaných sester (tab. 26).

Nejvíce negativních pocitů u dotazovaných vyvolává péče o pacienty s podezřením na HIV pozitivitu, ošetřování těžce nemocných dětí, aplikace bolestivých či nepříjemných vyšetřovacích technik a ošetřování nemocných rezignujících na vyléčení (tab. 25).

I (APO) - Adaptace na práci, očekávání

1) Shodují se Vaše představy o povolání zdravotní sestry z doby studia na SZŠ (VOŠ, VŠ) s Vašimi současnými názory?

Tab. 27: Shodují se Vaše představy o povolání zdravotní sestry z doby studia na SZŠ (VOŠ, VŠ) s Vašimi současnými názory?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je to lepší, než moje představy	12	25,50%
Je to shodné s mými představami	16	34,00%
Je to horší, než moje představy	17	36,20%
Jsem poněkud zklamána	2	4,30%
CELKEM	47	100,00%

36,2% dotazovaných sester udává, že realita povolání zdravotní sestry je horší, než jejich představy z dob studia. Pro 34% dotazovaných

je realita shodná s jejich tehdejšími představami. K názoru, že je skutečnost lepší, se přiklání 25,5% dotazovaných a 4,3% sester jsou realitou poněkud zklamána (tab. 27).

2) Jak jste si zvykla na nynějším oddělení?

Tab. 28: Jak jste si zvykla na nynějším oddělení?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi lehce	5	10,60%
Bez velkých těžkostí	27	57,40%
Měla jsem dost problémů	12	25,50%
Dosud jsem si zcela nezvykla	3	6,40%
CELKEM	47	100,00%

57,4% dotazovaných sester si na nynějším oddělení zvyklo bez velkých obtíží, zatímco 25,5% udává, že mělo s adaptací dost problémů. Velmi lehce si zvyklo 10,6% dotazovaných sester a dosud si zcela nezvyklo 6,4% (tab. 28).

3) V jaké míře se splnila očekávání, jež jste měla při nástupu do tohoto zdravotnického zařízení?

Tab. 29: V jaké míře se splnila očekávání, jež jste měla při nástupu do tohoto zdravotnického zařízení?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Splnilo se mi víc, než jsem čekala	5	10,60%
Splnilo se mi vše, jsem spokojena	9	19,10%
Jen část očekávání se mi splnila	30	63,80%
Nesplnilo se mi téměř nic	3	6,40%
CELKEM	47	100,00%

Jen částečně se splnilo očekávání, jež měla při nástupu do daného zdravotnického zařízení 63,8% dotazovaných sestrám. 19,1% sester je spokojeno, splnilo se jim téměř vše, co očekávaly. 10,6% dotazovaných sestrám se splnilo dokonce více, než očekávaly, zatímco 6,4% se z jejich

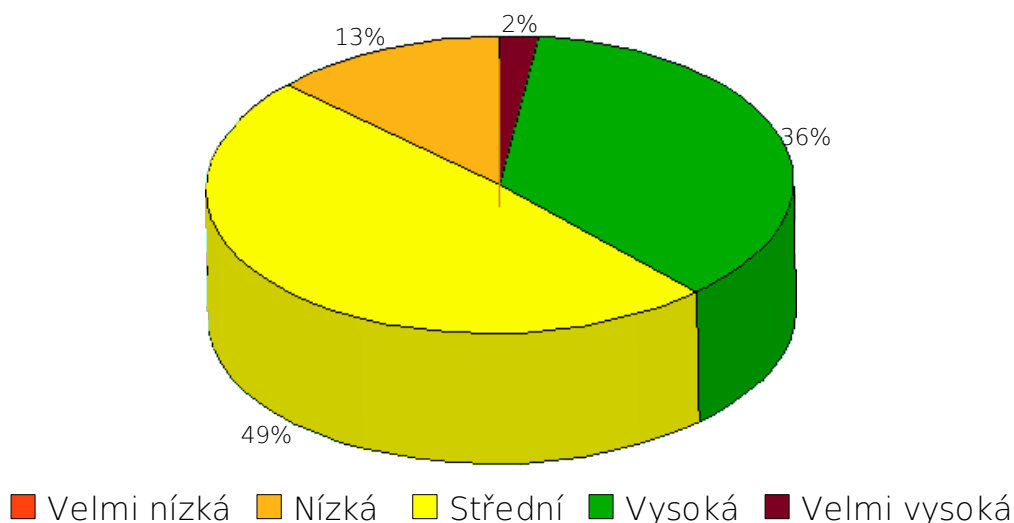
očekávání nesplnilo téměř nic (tab. 29).

7.2 Úroveň spokojenosti s vlastní prací

Tab. 30: Úroveň spokojenosti s vlastní prací (RJSB)

Spokojenost s vlastní prací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nízká (18 - 32 bodů)	0	0,00%
Nízká (33 - 47 bodů)	6	12,80%
Střední (48 - 62 bodů)	23	48,90%
Vysoká (63 - 77 bodů)	17	36,20%
Velmi vysoká (78 - 90 bodů)	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

Graf 1: Úroveň spokojenosti s vlastní prací (RJSB)



V standardizovaném dotazníku „Revised Job Satisfaction Blank“ (RJSB), jehož autory jsou A. Brayfield a H. Rothe (Korman, 1971) a který je obsahem části „D“ Dotazníku spokojenosti zdravotních sester, bylo možné dosáhnout v 18 položkách minimálně 18 a maximálně 90 bodů. Čím nižší byl dosažený počet bodů, tím nižší byla úroveň spokojenosti dotazovaných sester s vlastní prací.

Po vyhodnocení dotazníku lze konstatovat, že spokojenost s vlastní prací se u dotazovaných sester pohybovala na poměrně vysoké úrovni. Téměř polovina dotazovaných sester se nacházela v pásmu střední úrovně spokojenosti s vlastní prací, dalších 36,2% sester ji dle dotazníku

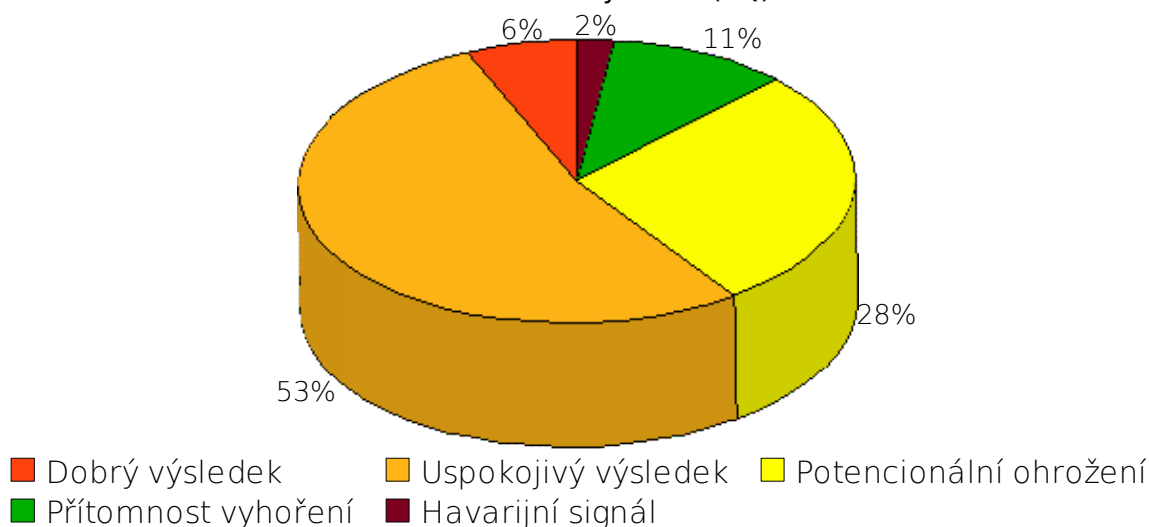
hodnotila jako vysokou a 2,1% dotazovaných dokonce jako velmi vysokou. Pouhých 12,8% sester se nacházelo v pásmu nízké úrovně spokojenosti s vlastní prací a překvapivě 0% sester obsadilo nejnižší kategorii uspokojení z vlastní práce (tab. 30, graf 1).

7.3 Míra vyhoření

Tab. 31: Míra vyhoření (BQ)

BQ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobrý výsledek (< 2)	3	6,40%
Uspokojivý výsledek (2 - 3)	25	53,20%
Potencionální ohrožení (3 - 4)	13	27,70%
Přítomnost vyhoření (4 - 5)	5	10,60%
Havarijní signál (>5)	1	2,10%
CELKEM	47	100,00%

Graf. 2: Míra vyhoření (BQ)



Standardizovaný dotazník „Burnout Measure“ (BM) z roku 1980 autorů A. Pinesové a E. Aronsona (Křivohlavý, 1998) jsem použila jako výzkumnou metodu k hodnocení úrovně vyhoření dotazovaných zdravotních sester. V tomto dotazníku lze po jeho vyhodnocení dosáhnout 5 možných výsledků dle přítomnosti a úrovně eventuálního syndromu vyhoření. Dotazované sestry se nejčastěji pohybovaly v rámci

kategorie uspokojivého výsledku z hlediska přítomnosti syndromu vyhoření, jednalo se o nadpoloviční většinu. Pouhých 6,4 % dosáhlo z hlediska možného vyhoření dobrého výsledku. Téměř třetina dotazovaných sester se nacházela již v pásmu potencionálního ohrožení a u 10,6% sester lze podle dotazníku BM považovat přítomnost vyhoření za prokázanou. U 2,1% se jedná dokonce o havarijní signál, vyžadující okamžitou terapeutickou intervenci (tab. 31, graf 2).

7.4 Koreláty RJSB

Pro zjištění souvislostí mezi spokojeností s vlastní prací hodnocenou pomocí dotazníku „RJSB“ a ostatními hlavními proměnnými měřenými pomocí dotazníku „DSZS“ jsem použila statistickou metodu korelace podle Pearsona.

Na 5% hladině významnosti byla zjištěna statisticky významná pozitivní souvislost mezi celkovou pracovní spokojeností a spokojeností s vlastní prací ($r = 0,52$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím více byly dotazované sestry spokojeny s vlastní prací, tím vyšší byla i jejich celková pracovní spokojenost.

Pozitivní korelace byla zjištěna také ve vztahu mezi spokojeností s vlastní prací a podmínkami práce ($r = 0,49$, $\alpha < 0,05$), lze tedy konstatovat, že čím lépe byly sestrami hodnoceny pracovní podmínky, tím lepší byla i jejich spokojenost s vlastní prací. Jako nejvýznamnější okolnost, související se spokojeností s vlastní prací, vystoupily časové okolnosti práce ($r = 0,57$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že dotazované sestry, které hodnotily časové okolnosti práce jako vyhovující, byly též více celkově spokojeny s vlastní prací. Statisticky významná souvislost se prokázala též mezi subjektivním hodnocením společenského významu práce a spokojeností s vlastní prací ($r = 0,33$, $\alpha < 0,05$).

Pozitivní souvislost lze konstatovat také mezi spokojeností s vlastní prací a způsobem odměňování, možnostmi kvalifikace a pracovního postupu ($r = 0,36$, $\alpha < 0,05$).

Negativní souvislost byla prokázána mezi spokojeností s vlastní prací

a negativními postoji při péči o pacienty ($r = -0,41$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím menší byla míra negativních postojů při péči o pacienty, tím vyšší byla u dotazovaných sester spokojenost s vlastní prací.

Další statisticky významné souvislosti mezi celkovou pracovní spokojeností a hlavními proměnnými dotazníku „DSZS“ nebyly prokázány (tab. 32).

Tab. 32: Koreláty RJSB

Hlavní proměnné DSZS	Pearsonův korelační koeficient	RJSB
BQ	Koeficient korelace	-0,07
A - CPSF	Koeficient korelace	0,52*
B - FC	Koeficient korelace	-0,03
C - VZ	Koeficient korelace	-0,05
E - ZS	Koeficient korelace	0,13
F - OST	Koeficient korelace	0,49*
F - OST - Organizace práce	Koeficient korelace	0,28*
F - OST - Zdrav. informace	Koeficient korelace	0,18
F - OST - Časové okolnosti práce	Koeficient korelace	0,57*
F - OST - Používaná technika	Koeficient korelace	0,14
F - OST - Společenský význam práce	Koeficient korelace	0,33*
F - OST - Perspektivy práce	Koeficient korelace	0,05
F - OST - Sociální zabezpečení pro personál	Koeficient korelace	-0,05
F - OST - Zdravotní rizika práce	Koeficient korelace	0,2
F - OST - Namáhavost práce	Koeficient korelace	0,22
F - OST - Nedostatek léků	Koeficient korelace	-0,12
F - OST - Signalizace z pokojů	Koeficient korelace	0,09
G - ODPO	Koeficient korelace	0,36*
H - PP	Koeficient korelace	-0,41*
I - APO	Koeficient korelace	0,17

7.5 Koreláty BQ

Pro zjištění souvislostí mezi mírou vyhoření BQ a ostatními hlavními proměnnými měřenými pomocí dotazníku „DSZS“ byla použita stejně jako v předchozím případě statistická metoda korelace podle Pearsona.

Na 5% hladině významnosti byla zjištěna statisticky významná pozitivní souvislost mezi mírou vyhoření a adaptací na práci včetně pracovního očekávání ($r = 0,84$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím nižší byla míra vyhoření u dotazovaných sester, tím vyšší byla jejich adaptace na práci a vyšší pracovní očekávání.

Pozitivní korelace byla zaznamenána také mezi mírou vyhoření a systémem odměňování, kvalifikačními možnostmi a možnostmi postupu ($r = 0,36$, $\alpha < 0,05$), což lze interpretovat způsobem, že čím byla u dotazovaných sester vyšší úroveň vyhoření, tím více byly spokojeny se systémem odměňování (tab. 33). Další statisticky významné souvislosti nebyly prokázány.

Tab. 33: Koreláty BQ

Proměnné DSZS	Pearsonův korelační koeficient	BQ
A - CPSF	Koeficient korelace	-0,09
B - FC	Koeficient korelace	0,21
C - VZ	Koeficient korelace	-0,33
E - ZS	Koeficient korelace	-0,07
F - OST	Koeficient korelace	-0,32
F - OST - Organizace práce	Koeficient korelace	0,04
F - OST - Zdrav. informace	Koeficient korelace	0,27
F - OST - Časové okolnosti	Koeficient korelace	0,11
F - OST - Používaná technika	Koeficient korelace	-0,06
F - OST - Společenský význam práce	Koeficient korelace	0,24
F - OST - Perspektivy práce	Koeficient korelace	-0,09
F - OST - Sociální zabezpečení pro personál	Koeficient korelace	0,01
F - OST - Zdravotní rizika práce	Koeficient korelace	-0,22
F - OST - Namáhavost práce	Koeficient korelace	-0,15
F - OST - Nedostatek léků	Koeficient korelace	0,12
F - OST - Signalizace z pokojů	Koeficient korelace	0,18
G - ODPO	Koeficient korelace	0,36*
H - PP	Koeficient korelace	0
I - APO	Koeficient korelace	0,84*

7.6 Ostatní koreláty

Statistickému rozboru byla podrobena vzhledem k základním hypotézám této práce též souvislost mezi věkem a hlavními

proměnnými „DSZS“ a dále souvislost mezi délkou působení v daném zdravotnickém zařízení dotazovaných sester a hlavními proměnnými „DSZS“.

7.6.1 Věk

Na 5% hladině významnosti byla zjištěna statisticky významná pozitivní souvislost pouze mezi věkem a postoji k fyzikálním činitelům ($r = 0,3$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím vyšší byl věk dotazovaných sester, tím vyšší udávaly výskyt nežádoucích negativních fyzikálních faktorů pracovního prostředí (tab. 34).

Jiné statisticky významné souvislosti souvislosti mezi věkem dotazovaných a hlavními proměnnými dotazníku „DSZS“ nebyly prokázány.

Tab. 34: Koreláty věku

Hlavní proměnné DSZS	Pearsonův korelační koeficient	Věk
BQ	Koeficient korelace	0,1
A – CPSF	Koeficient korelace	-0,08
B – FC	Koeficient korelace	0,3*
C – VZ	Koeficient korelace	-0,15
D – RJSB	Koeficient korelace	-0,02
E – ZS	Koeficient korelace	-0,22
F – OST	Koeficient korelace	-0,09
F – OST – Organizace práce	Koeficient korelace	-0,03
F – OST – Zdrav. informace	Koeficient korelace	-0,11
F – OST – Časové okolnosti	Koeficient korelace	0,24
F – OST – Používaná technika	Koeficient korelace	-0,21
F – OST – Společenský význam práce	Koeficient korelace	-0,25
F – OST – Perspektivy práce	Koeficient korelace	-0,08
F – OST – Sociální zabezpečení pro personál	Koeficient korelace	0,01
F – OST – Zdravotní rizika práce	Koeficient korelace	0,11
F – OST – Namáhavost práce	Koeficient korelace	-0,04
F – OST – Nedostatek léků	Koeficient korelace	-0,13
F – OST – Signalizace z pokojů	Koeficient korelace	-0,14
G – ODPO	Koeficient korelace	0,06
H – PP	Koeficient korelace	-0,07
I – APO	Koeficient korelace	-0,21

7.6.2 Seniorita

Na 5% hladině významnosti byla zjištěna statisticky významná pozitivní souvislost mezi délkou působení v daném zdravotnickém zařízení dotazovaných sester a postoji k fyzikálním činitelům ($r = 0,35$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím delší byla délka pracovního působení dotazovaných sester v daném zdravotnickém zařízení, tím vyšší udávaly výskyt nežádoucích negativních fyzikálních faktorů pracovního prostředí.

Dále se prokázala negativní korelace mezi senioritou v daném zdravotnickém zařízení a spokojeností s mezilidskými vztahy na pracovišti ($r = 0,3$, $\alpha < 0,05$), což lze interpretovat jako skutečnost, že čím déle daná sestra pracovala v konkrétním zdravotnickém zařízení, tím negativnější bylo její hodnocení a spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti (tab. 35).

Další statisticky významné souvislosti mezi délkou působení dotazovaných sester v daném zdravotnickém zařízení a ostatními proměnnými dotazníku „DSZS“ nebyly prokázány.

Tab. 35: Koreláty seniority

Hlavní proměnné DSZS	Pearsonův korelační koeficient	Seniorita v daném zdravotnickém zařízení
BQ	Koeficient korelace	0,23
A - CPSF	Koeficient korelace	-0,11
B - FC	Koeficient korelace	0,35*
C - VZ	Koeficient korelace	-0,3*
D - RJSB	Koeficient korelace	-0,02
E - ZS	Koeficient korelace	-0,24
F - OST	Koeficient korelace	-0,06
F - OST - Organizace práce	Koeficient korelace	-0,04
F - OST - Zdrav. informace	Koeficient korelace	-0,05
F - OST - Časové okolnosti práce	Koeficient korelace	0,12
F - OST - Používaná technika	Koeficient korelace	-0,19
F - OST - Společenský význam práce	Koeficient korelace	-0,22
F - OST - Perspektivy práce	Koeficient korelace	-0,03
F - OST - Sociální zabezpečení pro personál	Koeficient korelace	0,04
F - OST - Zdravotní rizika práce	Koeficient korelace	0,05
F - OST - Namáhavost práce	Koeficient korelace	0,07
F - OST - Nedostatek léků	Koeficient korelace	0,01
F - OST - Signalizace z pokojů	Koeficient korelace	-0,07
G - ODPO	Koeficient korelace	-0,21
H - PP	Koeficient korelace	0,04
I - APO	Koeficient korelace	-0,2

7.7 K platnosti hypotéz

H1: Předpokládám, že se zvyšující se spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně souviset celková vyšší pracovní spokojenost.

Na základě výše uvedených výsledků práce lze konstatovat, že

stanovená hypotéza byla potvrzena. Na 5% hladině významnosti byla nalezena pozitivní korelace ($r = 0,52$, $\alpha < 0,05$) mezi spokojeností s vlastní prací a celkovou pracovní spokojeností, to znamená, že čím více byly dotazované sestry spokojeny s vlastní prací, tím vyšší byla i jejich celková pracovní spokojenost.

H2: Předpokládám, že s pozitivními postoji k vlastní práci bude statisticky významně souviset nízká úroveň BQ (syndromu vyhoření).

Na základě výše uvedených výsledků práce lze konstatovat, že stanovená hypotéza nebyla potvrzena. Na 5% hladině významnosti byla nalezena negativní korelace ($r = -0,07$, $\alpha < 0,05$), a proto ji nemůžeme považovat za statisticky významnou, to znamená, že vztah mezi pozitivními postoji k vlastní práci a nízkou úrovní BQ (syndromu vyhoření) nebyl prokázán.

H3: Předpokládám, že se stoupajícím věkem bude statisticky významně souviset vyšší míra spokojenosti s vlastní prací.

Na základě výše uvedených výsledků práce lze konstatovat, že stanovená hypotéza nebyla potvrzena. Na 5% hladině významnosti byla nalezena negativní korelace ($r = -0,02$, $\alpha < 0,05$), a proto ji nemůžeme považovat za statisticky významnou, to znamená, že vztah mezi zvyšujícím se věkem a vyšší mírou spokojenosti s vlastní prací u zdravotních sester nebyl prokázán.

8 DISKUZE

Jak již bylo uvedeno, z obecného hlediska bylo hlavním cílem této práce zmapování faktorů, podílejících se na pracovní spokojenosti zdravotních sester, zjistit úroveň spokojenosti s vlastní prací u celého souboru respondentek FN Brno-Bohunice a určit u nich úroveň či míru eventuálního syndromu vyhoření.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na určitý souhrn dosavadních poznatků týkajících se motivace a pracovní motivace, postojů a postojů k práci a pracovní spokojenosti, to vše ve vztahu ke specifikám výkonu profese zdravotní sestry.

V praktické části jsem se soustředila na splnění dílčích cílů práce, které jsou spojeny se samotným výzkumem, konkrétně se jednalo především o zjištění, v jaké míře se jednotlivé faktory, ovlivňující vlastní práci zdravotních sester podílejí na jejich celkové pracovní spokojenosti, a dále, zda tyto jednotlivé faktory, ovlivňující vlastní práci zdravotních sester a jejich subjektivní hodnocení souvisí s výskytem syndromu vyhoření.

Posledním dílčím cílem této práce bylo zjištění případné souvislosti mezi některými statusovými údaji pracujících zdravotních sester (např. věk či seniorita ve zdravotnickém zařízení) a vnímáním jednotlivých faktorů, podílejících se na jejich spokojenosti s prací.

Analýza výsledků potvrdila základní hypotézu této práce, a sice pozitivní souvislost mezi spokojeností s vlastní náplní práce zdravotní sestry a jejich celkovou pracovní spokojeností ($r = 0,52$, $\alpha < 0,05$). Sestry, které jsou celkově pracovní spokojeny, vykazují i spokojenost s vlastní prací, která roste úměrně s růstem celkové pracovní spokojenosti. Další dvě hypotézy potvrzeny nebyly, k jejich detailnímu rozboru se vyjádřím v průběhu diskuze.

Jelikož k získání podkladových dat pro výzkum byly použity dva různé dotazníky, pokusím se jejich hlavní výstupy níže podrobněji rozebrat a srovnat s některými dalšími výzkumy provedenými v této oblasti a

teoretickými východisky, které byly použity v teoretické části této práce.

Celková pracovní spokojenost se u dotazovaných sester pohybovala na poměrně dobré úrovni, sestry vyjadřovaly spokojenost především s pracovním kolektivem, jako překvapující se ale ukázala tendence k fluktuaci, téměř 60% dotazovaných by raději opustilo dané zdravotnické zařízení anebo dokonce i změnilo svoji profesi, pokud by se jim naskytlo něco výhodnějšího. Tuto skutečnost lze zřejmě dávat do souvislosti se specifickými zátěžemi ve zdravotnictví a také poměrně nízkým platovým ohodnocením profese zdravotní sestry, ve vztahu celkové pracovní spokojenosti k průměrnému měsíčnímu výdělku byla nalezena negativní korelace ($r = -0,2$, $\alpha < 0,05$), tato hodnota je ovšem hraniční a nelze ji považovat za statisticky významnou. Štikar et al. (2003) upozorňuje, že motivační funkce peněžní odměny spočívá zejména v určitých busech a ve srovnání těchto odměn v konkurenčním prostředí ostatních pracovníků, domnívám se tedy, že sestry mohou reagovat zejména na tzv. tabulkové platy a minimum specifických odměn a bonusů. Problematice odměňování a její souvislosti s vlastní spokojeností s prací se budu věnovat podrobněji níže.

Výskyt negativních fyzikálních činitelů na svém pracovišti hodnotila drtivá většina sester jako velmi nízký až minimální, což zřejmě souvisí s tím, že výzkum probíhal na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, která disponuje poměrně novým a funkčním zdravotnickým vybavením a také moderními prostorami. Zajímavá je skutečnost, že se stoupajícím věkem pracujících sester byla prokázána pozitivní korelace s negativním hodnocením těchto nežádoucích fyzikálních faktorů na pracovišti ($r = 0,3$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím byly dotazované sestry starší, tím více jim tyto fyzikální faktory vadily.

Mezilidské vztahy na pracovišti byly dotazovanými sestrami hodnoceny převážně kladně, téměř tři čtvrtiny dotazovaných sester ovšem poukazují na existující rivalitu mezi jejich pracovištěm a ostatními klinikami zdravotnického zařízení, což lze opět připsat specifikám pracoviště intenzivní medicíny. Zajímavé je, že čím déle působily sestry

v daném zdravotnickém zařízení, tím negativněji hodnotily mezilidské vztahy na svém pracovišti ($r = -0,3$, $\alpha < 0,05$).

Výše spokojenosti s vlastní prací dotazovaných sester souvisela nejvíce s jejich hodnocením organizačních, společenských, technických a jiných okolností práce ($r = 0,49$, $\alpha < 0,05$), přičemž nejmarkantnější byla tato korelace u časových okolností práce ($r = 0,57$, $\alpha < 0,05$), společenského významu práce ($r = 0,33$, $\alpha < 0,05$) a organizace práce ($r = 0,28$, $\alpha < 0,05$). Tyto výsledky v podstatě potvrzují výstupy výzkumu nazvaného „Pracovní spokojenost zdravotních sester“, který provedl na půdě Fakultní Thomayerovy nemocnice Buriánek a Malina v roce 2009. V tomto výzkumu byly jako nejčastější faktory ovlivňující pracovní spokojenost dotazovaných sester uváděny vztahy na pracovišti, organizace práce, vztahy s vedením, obsah samotné práce, možnost pomáhat lidem a platové podmínky (<http://www.zcr.cz>). Ačkoliv Bártlová (2005) uvádí, že ve výzkumu provedeném v roce 1990 Střediskem empirických výzkumů SÚ ČSAV ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy, kde byla posuzována prestiž padesáti povolání, se umístila sestra na devátém místě (10. horník, 13. inženýr, 14. právník, 18. projektant), zdá se že samotnými sestrami je společenský význam jejich práce vnímán dosti odlišně.

Hypotéza, týkající se předpokladu, že se stoupajícím věkem dotazovaných sester se bude také zvyšovat míra jejich spokojenosti s vlastní prací potvrzena nebyla. Ačkoliv např. Štikar et al. (2003) uvádí věk jako jeden z osobnostních faktorů, které více či méně pracovní spokojenost ovlivňují, v našem výzkumu tento předpoklad potvrzen nebyl. Dle mého názoru tento výsledek souvisí především s malým věkovým rozpětím výzkumného souboru, věk dotazovaných sester se pohyboval v rozpětí od 21 do 40 let, což mohlo zásadním způsobem ovlivnit platnost výše uvedené hypotézy.

Důležitým aspektem celkové pracovní spokojenosti je způsob odměňování, možnost kvalifikace a postupu ($r = 0,36$, $\alpha < 0,05$), přičemž sestry nejčastěji hodnotily spokojenost v této oblasti jako nízkou až minimální. Nespokojeny byly sestry zejména s výší výdělku jako

hodnocení jejich odpovědnosti za práci, s výdělkem jako hodnocením jejich kvalifikace, se souladem mezi odměnou a výkonem a s výší výdělku obecně. Jak je uvedeno výše v této práci, finanční ohodnocení vykonávané práce má značný motivační vliv, a to zejména tehdy, je-li nepříznivé. Bedrnová a Nový (2002) upozorňují, že na případné spokojenosti anebo nespokojenosti s platem se pak podílí zejména tyto kontexty: srovnání svého platu s platy ostatních zaměstnanců z hlediska vynaloženého úsilí a pracovních výsledků, finanční ohodnocení jako reflexe přínosu pro organizaci vyjádřenou nadřizenými a finanční ohodnocení z hlediska významu, prestiže a společenského ocenění své profese. Uvedené okolnosti, dle mého názoru velmi dobře korespondují nejen s výsledky provedeného výzkumu, ale též se současnou situací v našem zdravotnictví.

V postojích k péči o pacienty se téměř polovina dotazovaných sester shodla na nízké nebo minimální míře výskytu negativních pocitů s péčí o pacienty spojených. Jako největší zátěž hodnotily ošetřování pacientů s podezřením na pozitivní HIV a ošetřování nemocných dětí, pozitivně se naopak vyjadřovaly k možnosti individualizované péče, péči o nemocné v těžkých a předoperačních stavech. Tyto výsledky opět ilustrují okolnosti výzkumu, který probíhal na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, kde se vyskytují pacienti převážně v těžkých stavech, se selhávajícími životními funkcemi a ošetřovatelská péče je zde vysoce individualizovaná - v ideálních podmínkách ošetřuje během své služby jedna sestra jednoho „svého“ pacienta. Ve vztahu k vlastní spokojenosti s prací se postoje k péči o pacienty promítly do poměrně vysoké negativní souvislosti ($r = -0,4$, $\alpha < 0,05$), to znamená čím méně negativní byly pocity a postoje při péči o pacienty, tím byla vyšší spokojenost s vlastní prací dotazovaných sester, na tomto základě lze konstatovat, že postoje k péči o pacienty jsou jedním z nejdůležitějších aspektů spokojenosti s vlastní prací u zdravotních sester.

Adaptace na práci a očekávání se ukázalo jako stěžejní okolnost v souvislosti s výskytem syndromu vyhoření ($r = 0,84$, $\alpha < 0,05$), to znamená, že čím lépe se sestry adaptovaly na práci a čím více se jim

splnila očekávání, jež měla při nástupu do zdravotnického zařízení, tím méně se u nich vyskytoval syndrom vyhoření. Bartošíková (2006) v této souvislosti poukazuje na mnohdy nereálná očekávání mladých absolventů z řad zdravotních sester. Ze školy nebo univerzity, kde se v mnoha ohledech učí spíše ideální model ošetřovatelství, se setkávají s realitou tohoto zaměstnání a po počáteční fázi nadšení a mnohdy i snaze měnit zaběhlé stereotypy nastává fáze deziluze a rozčarování, která již může signalizovat rozvíjející se burnout syndrom.

Z hlediska výskytu syndromu vyhoření se většina dotazovaných pohybovala v pásmu uspokojivých výsledků, za prokázaný lze burnout syndrom považovat u 12,7% dotazovaných sester. Nejvýznamnější souvislost byla kromě výše uvedené adaptace na práci a očekávání nalezena mezi vyhořením a způsobem odměňování ($r = 0,36$, $\alpha < 0,05$), hodnocením vztahů na pracovišti ($r = -0,33$, $\alpha < 0,05$) a zdravotním stavem dotazovaných ($r = -0,32$, $\alpha < 0,05$). Křivohlavý (1998) uvádí jako stěžejní proměnné související s výskytem vyhoření měřeným dotazníkem BM mimo jiné spokojenost v práci, vlastním životě i sama se sebou a fyzické zdravotní problémy. Systém odměňování se ukazuje nejen jako významný faktor ovlivňující pracovní spokojenost, ale též jako důležitá proměnná, související s výskytem syndromu vyhoření. Je zajímavé, že přes všeobecnou nespokojenost se systémem odměňování, sestry, které vykazovaly vysokou úroveň vyhoření, byly s platem relativně spokojeny.

Naproti tomu hypotéza, týkající se předpokladu, že s pozitivními postoji k vlastní práci bude statisticky významně souviset nízká úroveň syndromu vyhoření prokázána nebyla.

9 ZÁVĚR

Otázka pracovní motivace, pracovních postojů a pracovní spokojenosti u zdravotních sester je v současné době velmi aktuální. Zdravotnická zařízení u nás i ve světě stojí nyní před závažným problémem, kterým je získání, ale hlavně udržení zkušených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Management nemocnic by se tedy měl zabývat nejen výzkumem spokojenosti pacientů, jak už je to ve většině nemocnic běžné, ale také pracovní spokojeností zdravotnického personálu.

Tato diplomová práce je zaměřena především na zjištění obecných faktorů pracovní spokojenosti u zdravotních sester, jejich celkovou pracovní spokojenost, relaci jejich postojů k různým aspektům jejich práce a výskyt syndromu vyhoření jako jednoho z determinantů pracovní spokojenosti na vybraném výzkumném vzorku zdravotních sester. Výzkum byl uskutečněn ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Výzkum potvrdil, že hlavní determinantou celkové pracovní spokojenosti u zdravotních sester je jejich spokojenost s vlastní náplní práce, to znamená, že čím více byly dotazované sestry spokojeny s vlastní prací, tím rostla i jejich celková pracovní spokojenost. V tomto vztahu byla prokázána velmi vysoká pozitivní korelace.

Dalším důležitým zjištěním bylo, že spokojenost s vlastní prací sester souvisí zejména s těmito aspekty vykonávané práce: časovými okolnostmi vykonávané práce, s postoji k péči o pacienty, se systémem odměňování, možnostmi kvalifikace a postupu a v neposlední řadě se společenským významem profese. Tyto faktory ovlivňují zásadním způsobem spokojenost zdravotních sester s prací a podílí se tak na hodnocení jejich celkové pracovní spokojenosti.

Nelze tvrdit, že vysoká pracovní spokojenost je v přímo úměrném vztahu s pozitivním pracovním chováním, jako je vysoká produktivita, nízké absentérství a nízká fluktuace – do tohoto vztahu vstupuje mnoho dalších proměnných, ale přesto se pracovní spokojenost zásadním způsobem promítá i do těchto důležitých aspektů, které mají své

nezanedbatelné důsledky v oblasti ekonomické.

Domněnka, týkající se předpokladu, že s pozitivními postoji k vlastní práci bude spjata nízká úroveň syndromu vyhoření potvrzena nebyla, souvislost mezi těmito dvěma proměnnými se ukázala jako statisticky nevýznamná, stejně tak jako předpoklad, že se stoupajícím věkem dotazovaných sester bude souviset vyšší míra spokojenosti s vlastní prací.

Přestože některé ze stanovených hypotéz nebyly prokázány, lze konstatovat, že hlavní cíl výzkumu, kterým bylo především zjištění obecných faktorů pracovní spokojenosti u zdravotních sester, zjištění jejich celkové pracovní spokojenosti, relace jejich postojů k různým aspektům jejich práce a výskyt syndromu vyhoření jako jedné z determinant pracovní spokojenosti na vybraném výzkumném vzorku zdravotních sester, byl splněn.

10 SOUHRN

Tato diplomová práce je zaměřena především na zjištění obecných faktorů pracovní spokojenosti u zdravotních sester, jejich celkovou pracovní spokojenost, relaci jejich postojů k různým aspektům jejich práce a výskyt syndromu vyhoření jako jedné z determinant pracovní spokojenosti na vybraném výzkumném vzorku zdravotních sester. Výzkum byl uskutečněn ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Hlavním cílem této práce bylo nastínění problematiky pracovní spokojenosti u zdravotních sester jako kategorie, která podle dosavadních poznatků souvisí s určitými projevy pracovního chování, jako je výkonnost, produktivita, stabilita či absentérství a do značné míry se také podílí na celkové životní spokojenosti. V popředí mého výzkumného zájmu byla též souvislost mezi pracovní spokojeností a syndromem vyhoření, který bývá považován za jednu z jejích determinant, a to zejména u pomáhajících profesí.

Diplomovou práci jsem rozdělila do několika kapitol. V teoretické části se postupně věnuji problematice profese zdravotní sestry a jejímu současnému společenskému postavení, dále vymezuji základní pojmy týkající se motivace a pracovní motivace, zabývám se obecnou tematikou pracovních postojů a pracovní spokojenosti a plynule přecházím k popisu specifických faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost u zdravotních sester. V této kapitole vycházím z výzkumů, které již byly na toto téma provedeny (zejména Buriánek, Malina, 2009).

Poslední kapitola teoretické části je věnována syndromu vyhoření, který je považován za jednu z determinant celkové pracovní spokojenosti u pomáhajících profesí. Ve výzkumné části práce se zabývám popisem a analýzou získaných dat, která jsou zpracována do přehledných grafů a tabulek.

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dva dotazníky, jednak standardizovaný dotazník „Burnout Measure“ (BM) autorů A. Pinesové a E. Aronsona (Křivohlavý, 1998) a nestandardizovaný „Dotazník

spokojenosti zdravotních sester“ (DSZS), jehož součástí je standardizovaný dotazník „Revised Job Satisfaction Blank“ (RJSB), jehož autory jsou A. Brayfield a H. Rothe (Korman, 1971).

Výzkum proběhl na půdě Fakultní nemocnice v Brně se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Mgr. Erny Mičudové. Výzkumný vzorek zdravotních sester byl získán dobrovolným souhlasem sester pracujících na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Podmínkou účasti ve výzkumu byla dobrovolná a anonymní účast dotazovaných respondentů a respondentek. Výzkumu se zúčastnilo 47 zdravotních sester.

Výzkum potvrdil, že hlavní determinantou celkové pracovní spokojenosti u zdravotních sester je jejich spokojenost s vlastní náplní práce, to znamená, že čím více byly dotazované sestry spokojeny s vlastní prací, tím rostla i jejich celková pracovní spokojenost. V tomto vztahu byla prokázána velmi vysoká pozitivní korelace.

Dalším důležitým zjištěním bylo, že spokojenost s vlastní prací sester souvisí zejména s těmito aspekty vykonávané práce: časovými okolnostmi vykonávané práce, s postoji k péči o pacienty, se systémem odměňování, možnostmi kvalifikace a postupu a v neposlední řadě se společenským významem profese. Tyto faktory ovlivňují zásadním způsobem spokojenost zdravotních sester s prací a podílí se tak na hodnocení jejich celkové pracovní spokojenosti.

Výzkum ovšem neprokázal, že s pozitivními postoji k vlastní práci bude spjata nízká úroveň syndromu vyhoření, souvislost mezi těmito dvěma proměnnými se ukázala jako statisticky nevýznamná. Nejvyšší souvislost byla prokázána mezi mírou vyhoření a adaptací na práci včetně pracovního očekávání a dále systémem odměňování, kvalifikačními možnostmi a možnostmi postupu dotazovaných sester.

Nelze tvrdit, že vysoká pracovní spokojenost je v přímo úměrném vztahu s pozitivním pracovním chováním, jako je vysoká produktivita, nízké absentérství a nízká fluktuace – do tohoto vztahu vstupuje mnoho dalších proměnných, ale přesto se pracovní spokojenost zásadním

způsobem promítá i do těchto důležitých aspektů, které mají své nezanedbatelné důsledky v oblasti ekonomické.

Otázka pracovní motivace, pracovních postojů a pracovní spokojenosti u zdravotních sester nabývá v současné době na důležitosti. Zdravotnická zařízení u nás i ve světě stojí před závažným problémem, kterým je získání, ale hlavně udržení zkušených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Management nemocnic by se tedy měl soustředit nejen na výzkum spokojenosti pacientů, jak už je to ve většině nemocnic běžné, ale také by se měl zabývat pracovní spokojeností zdravotnického personálu, jejímž nejpočetnějším zástupcem bývají právě zdravotní sestry. Jejich spokojenost s prací se může zásadním způsobem promítat do jejich spokojenosti životní a tím pádem také ovlivňovat jejich práci s klientem nebo pacientem čili kvalitu samotné ošetrovatelské péče.

ANOTACE

Otázka pracovní motivace, pracovních postojů a pracovní spokojenosti u zdravotních sester nabývá v současné době na důležitosti. Zdravotnická zařízení u nás i ve světě stojí před závažným problémem, kterým je získání, ale hlavně udržení zkušených a motivovaných zdravotnických pracovníků. Proto by se management nemocnic měl soustředit nejen na výzkum spokojenosti pacientů, jak už je to ve většině nemocnic běžné, ale také by se měl zabývat pracovní spokojeností zdravotnického personálu, jejímž nejpočetnějším zástupcem bývají právě zdravotní sestry.

Tato diplomová práce je zaměřena především na zjištění obecných faktorů pracovní spokojenosti u zdravotních sester, jejich celkovou pracovní spokojenost, relaci jejich postojů k různým aspektům jejich práce a výskyt syndromu vyhoření jako jedné z determinant pracovní spokojenosti na vybraném výzkumném vzorku zdravotních sester. Výzkum byl uskutečněn ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Hlavním cílem této práce bylo nastínění problematiky pracovní spokojenosti u zdravotních sester jako kategorie, která podle dosavadních poznatků souvisí s určitými projevy pracovního chování, jako je výkonnost, produktivita, stabilita či absentérství a do značné míry se také podílí na celkové životní spokojenosti. V popředí našeho zájmu byla též souvislost mezi pracovní spokojeností a syndromem vyhoření, který bývá považován za jednu z jejích determinant, a to zejména u pomáhajících profesí.

Za výzkumnou metodu byly použity dva dotazníky, jednak standardizovaný dotazník „Burnout Measure“ autorů A. Pinesové a E. Aronsona a nestandardizovaný „Dotazník spokojenosti zdravotních sester“ jehož součástí je standardizovaný dotazník „Revised Job Satisfaction Blank“, jehož autory jsou A. Brayfield a H. Rothe.

Nelze tvrdit, že vysoká pracovní spokojenost je v přímo úměrném vztahu s pozitivním pracovním chováním, jako je vysoká produktivita,

nízké absentérství a nízká fluktuace – do tohoto vztahu vstupuje mnoho dalších proměnných, ale přesto se pracovní spokojenost zásadním způsobem promítá i do těchto důležitých aspektů, které mají své nezanedbatelné důsledky v oblasti ekonomické.

Klíčová slova: pracovní spokojenost, pracovní motivace, pracovní postoje, zdravotní sestry, syndrom vyhoření

ANNOTATION

A question of work motivation, work attitudes and work satisfaction among nurses is getting more important these days. Most of medical facilities around the world face a serious problems with procuring and possessing experienced and motivated medical staff, especially state registered nurses. On this account, management of hospitals should be focused not only on patients' satisfaction research, but also on work satisfaction of their employees.

This diploma work is focused on general aspects of work satisfaction of nurses, relation of their work attitudes and incidence of burnout syndrome as a determinant of work satisfaction.

The research was realized at The University Hospital Brno, Intensive Care Unit. As a research method there were used two questionnaires: „Burnout Measure“ designed by A. Pines and E. Aronson and „A Checklist of Nurses' Work Satisfaction“.

It is not predicable, that a high grade of work satisfaction is directly proportional to a positive work behavior as a high level of productivity, low level of absenteeism and low level of fluctuation – there is more incoming parameters in this relation. But yet work satisfaction is one the most important aspects, which also has its indispensable economic effect.

Key words: work satisfaction, work motivation, work attitudes, nurses, burnout syndrome

POUŽITÁ LITERATURA

- Armstrong, M. (1999). *Personální management*. Praha: Grada.
- Atkinsonová, R., Atkinson, R. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- Bártlová, S., Jobánková, M. (2001). Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*, 11, 7/8, 78-79.
- Bártlová, S.(2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO.
- Baštecká, B., Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Bedrnová, E., Nový, I. (2002). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management press.
- Bohutínská, M. (2005). Profesionální stres u sester. *Sestra*, 15, 10, 16-18.
- Bouchal, M. (1993) *Psychologie v lékařství*. Brno: MU.
- Buriánek, J.,Malina, A. (2009). Spokojenost zdravotních sester [Elektronická verze]. *Zdravotnictví v České republice*, 3, 12, 82-89.
- Čechová, V., Mellanová, A. (1999). *Psychologie a pedagogika*. Praha: Nakladatelství H&H.
- Fišerová, M. (2007). *Analýza příčin vzniku syndromu vyhoření u lidí v tzv. pomáhajících profesích*. Diplomová práce. Brno: MU.
- Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (1997). *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta.

- Frankl, V. E. (1997). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Frantálová, D. (2009). Sestra jako žena. *Zdravotnické noviny*, 58, 50, 18.
- Gerylová, A., Holčík, J. (2004). *Úvod do statistiky*. Brno: MU.
- Groharová, M. E., DiCroceová, H. R. (2003). *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada.
- Gulášová, I., Šurániová, H. (2004). Stresové faktory působící na práci sestry na jednotce intenzivní starostlivosti. *Kontakt*, .6, 1, 9-25.
- Halama, P. (2000). Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. *Československá psychologie*, 44, 3, 216-233.
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.
- Haškovcová, H. (1991). *Spoutaný život*. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H. (1994). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
- Hayesová, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M., Kuric, J., Blatný, M. (2006). *Krize středního věku – úskalí, šance*. Praha: Portál.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření. (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: SZÚ.
- Korman, A. (1971). *Industrial and Organizational Psychology*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Košňarová, I. (2006). *Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester*. Diplomová práce. Brno: MU.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.

- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J., Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Nakonečný, M. (1992). *Motivace lidského jednání a její řízení*. Praha: Management press.
- Nakonečný, M. (2005). *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada.
- Placheta, Z., Brázdová, Z. (2000). *Pokyny pro vypracování magisterské diplomové práce*. Brno: MU.
- Praško, J., Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada.
- Praško, J., Prašková, H. (2007). *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada.
- Provazník, V. et al. (1997). *Psychologie pro ekonomy*. Praha: Grada.
- Provazník, V. et al. (2002). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- Provazník, V., Komárková, R. (2004). *Motivace pracovního jednání*. Praha: Nakladatelství VŠE.
- Reitrová, E. (2003). *Základy psychometrie*. Olomouc: UP.
- Reitrová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: UP.
- Rozsypalová, M., Haladová, E. (1981). *O sestřích pro sestry*. Praha: Avicenum.
- Staňková, M. (2002). *Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Brno: IDVPZ.

- Staňková, M. (2002). *Sestra - reprezentant profese*. Brno: IDVPZ.
- Štefanovič, J. (1982). *Psychologie*. Praha: SPN.
- Štikar, J. et al. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
- Ting, Y. (1997). Determinants of Job Satisfaction of Federal Government Employees. [Electronic version]. *Public Personnel Management*, 26, 3, 313-334.
- Trachtová, E. et al. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ.
- Vágnerová, M. (2005). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál.
- Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník spokojenosti zdravotních sester (DSZS)

Dotazník spokojenosti zdravotních sester

DSZS

Dotazník spokojenosti zdravotních sester

V rámci výzkumu spokojenosti zdravotních sester různých zdravotnických lůžkových, ambulantních a jiných zařízení si Vám dovoluujeme předložit níže uvedený dotazník.

Cílem výzkumu je zjištění činitelů a okolností, jež z psychologického hlediska nejvíce ovlivňují spokojenost či nespokojenost zdravotních sester, jejich pracovní pohodu a tím i naplňování jejich životního společenského poslání.

Způsob odpovědi na otázky je jednoduchý; většinou se od Vás vyžaduje, abyste z více možností vybrala tu, která nejlépe vystihuje situaci na Vašem oddělení nebo míru Vašeho postoje k určitému předmětu.

Otázku, instrukci a možné odpovědi si vždy pozorně přečtete, aby Vaše volba byla co nejpřesnější.

Prosíme Vás, abyste dotazník vyplnila co nejpečlivěji. Součástí výzkumu je i dotazník BM.

Při vyplňování neuvádějte své jméno, dotazník je anonymní. Výsledky budou zpracovány statisticky jako celek pro účely poznání vztahů a závislostí mezi postoji a názory na velkých skupin profesionálně působících zdravotnických sester.

Děkujeme Vám

Katedra psychologie
FILOZOFICKÁ FAKULTA UP,
Křížkovského 10 (korezp.)
(sídl. Vodární 6)
771 80 OLOMOUČ
tel.: 585 633 504

BM

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každé tvrzení zaškrtnete vždy to číslo, které nejlépe vyjadřuje jak často máte následující pocity.
U každého tvrzení zaškrťávejte, prosím, pouze jedno políčko.

Zaznamenejte, prosím odpověď na každé z 21 tvrzení	1 Nikdy	2 Jednou za čas	3 Zřídka	4 Někdy	5 Často	6 Obvykle	7 Vždy
1. Bývám unaven(a)							
2. Bývám v depresi (tísni)							
3. Prožívám krásný den							
4. Bývám tělesně vyčerpán(a)							
5. Bývám citově vyčerpán(a)							
6. Bývám šťasten(á)							
7. Cítím se vyřízen(á), zničen(á)							
8. Nejsem schopen(na) se vzchopit a pokračovat dále							
9. Bývám nešťastný(á)							
10. Cítím se uhořen(a) a utahán(a)							
11. Cítím se jako uvězněn(a) v pasti							
12. Cítím se jako bych byl(a) nula (bezcestný/á)							
13. Cítím se utrápen(a)							
14. Tíží mne starosti							
15. Cítím se zklamán(a) a rozčarován(a)							
16. Bývám slabý(á) a na nejlepší cestě k osamocení							
17. Cítím se beznadějně							
18. Cítím se odmítnut(á) a odstrčen							
19. Cítím se pln(a) optimismu							
20. Cítím se pln(a) energie							
21. Bývám pln(a) úzkostí a obav							

A-CPSF

Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pečlivě každou otázku. Pro každou otázku zakroužkujte to číslo, které nejlépe vyjadřuje míru Vašeho postoje.
U každé otázky zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď.

1. Jak jste spokojena na současném pracovišti?

(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

- 1 velmi spokojena
- 2 nespokojena
- 3 ani nespokojen ani spokojena
- 4 spokojena
- 5 velmi spokojena

2. Chtěla byste trvale zůstat členkou nynějšího pracovního kolektivu?

(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

- 5 rozhodně ano
- 4 docela ano
- 3 moc mi na tom nezáleží
- 2 ani zvlášt ne
- 1 rozhodně ne

3. Máte v úmyslu zůstat u této práce natrvalo anebo spíše toužíte po změně?

(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

- 5 chci tu zůstat natrvalo, tak jak jsem
- 4 chci tu zůstat, ale zvýšit si kvalifikaci a eventuálně postoupit výše
- 3 nedovedu posoudit, nemám jasný názor
- 2 chci setrvat ve svém povolání, ale raději bych odešla pracovat jinam, mimo toto zařízení
- 1 změnila bych i své povolání, kdyby se mi naskytlo něco výhodnějšího

B-FC

V jaké míře se následující negativní faktory vyskytují na Vašem pracovišti a jak je snášíte?

Instrukce pro vyplnění:

U každé uvedené položky zakroužkujte číslo, které přiměřeně vyjadřuje míru jeho výskytu: 1 - minimální, 5 - maximální stupeň výskytu. Kromě toho vyznačte odpovědi ano - ne své pocity u každého faktoru.

	Míra výskytu					Vadí mi	
	Minimální				Maximální	ano	ne
1. Hluk	1	2	3	4	5	ano	ne
2. Špatné osvětlení	1	2	3	4	5	ano	ne
3. Změny teplot	1	2	3	4	5	ano	ne
4. Průvan	1	2	3	4	5	ano	ne
5. Nevyhovující klimatizace	1	2	3	4	5	ano	ne
6. Zápachy	1	2	3	4	5	ano	ne
7. Výkaly	1	2	3	4	5	ano	ne
8. Výpary	1	2	3	4	5	ano	ne
9. Nečistota na oddělení	1	2	3	4	5	ano	ne
10. Špatné hygienické podmínky	1	2	3	4	5	ano	ne
11. Zdravotně závadná práce	1	2	3	4	5	ano	ne
12. Slabá estetická úroveň prostředí	1	2	3	4	5	ano	ne
13. Malá pestrost a nebarevnost prostředí	1	2	3	4	5	ano	ne
14. Špatný přístup k lůžkům	1	2	3	4	5	ano	ne
15. Neumyvateľnost kritických stěn pokojů	1	2	3	4	5	ano	ne

C-VZ Vaše spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti

1. Jak jste spokojena ve svém pracovním kolektivu ostatních zdravotních sester?

(Zakroužkujte jednu odpověď)

- 5 zcela spokojena
 4 převážně spokojena
 3 ani spokojena ani nespokojena
 2 převážně nespokojena
 1 velmi nespokojena

2. Jaký je kolektiv, ve kterém pracujete? (Zakroužkujte jednu odpověď)

- 4 lidé, kteří tu pracují se, tvoří pevný kolektiv
 3 je tu dost značné kolektivní citění
 2 je tu dost málo kolektivního ducha
 1 kolektivní vztahy jsou značně narušeny

3. Máte pocit, že mezi Vaším oddělením a některými jinak zaměřenými odděleními zdravotnického zařízení existuje určitá rivalita? (Zakroužkujte jednu odpověď)

- 1 ano
 2 nevím, nedovedu posoudit
 3 ne

4. Jak vychází podle Vašeho názoru Vaše bezprostředně nařízená se svými podřízenými?

(Zakroužkujte jednu odpověď)

- 4 velmi dobře bez konfliktů
- 3 celkem dobře, jen občas se vyskytnou konflikty
- 2 poměrně často se vyskytují konflikty
- 1 špatně, konflikty se vyskytují neustále

5. Jak se chová Vaše bezprostředně nařízená ke svým podřízeným? (Zakroužkujte jednu

odpověď)

- 1 je velmi odměřená, zajímají ji jen výsledky práce
- 2 víc se zajímá o výsledky práce jak o problémy podřízených
- 3 poměrně víc ji zajímají výsledky podřízených
- 4 zajímá se hlavně o své podřízené, je pozorná a přístupná

D-RJSB

Některá zaměstnání jsou zajímavější a přinášejí více uspokojení než jiná. Chtěli bychom poznat, jak se lidé v různých zaměstnáních cítí. Tato část dotazníků obsahuje 18 výroků o práci.

Instrukce pro vyplnění:

Zakroužkujete odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor na práci, kterou v současné době vykonáváte, a to u každého z výroků. Nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi – jde nám o Váš skutečný názor. Zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Vysvětlení hodnotící škály

- 5 silně souhlasím
 4 souhlasím
 3 nemám názor, nedovedu se rozhodnout
 2 nesouhlasím
 1 silně nesouhlasím

		Hodnotící škála				
1. Má práce je pro mne koníčkem	1	2	3	4	5	
2. Má práce je obvykle dosti zajímavá natolik, aby mne uchránila před nudou	1	2	3	4	5	
3. Zdá se mi, že moji spolupracovníci jsou více zaujati svojí prací než já	1	2	3	4	5	
4. Považuji svoji práci za poněkud nepříjemnou	1	2	3	4	5	
5. Mám ze své práce větší požitek než z volného času	1	2	3	4	5	
6. Často mne má práce nudí	1	2	3	4	5	
7. Současná práce mě dosti uspokojuje	1	2	3	4	5	
8. Většinou se musím nutit, abych začal pracovat	1	2	3	4	5	
9. Momentálně jsem s prací spokojen(a)	1	2	3	4	5	
10. Cítím, že práce není zajímavější než jiná, kterou bych mohl(a) dostat	1	2	3	4	5	
11. Se svou prací jsem úplně spokojen(a)	1	2	3	4	5	
12. Myslím, že jsem se svou prací spokojen(a) jako mnoho jiných lidí	1	2	3	4	5	
13. Většinou pracuji s chutí	1	2	3	4	5	
14. Každý den v práci vypadá jako by neměl skončit	1	2	3	4	5	
15. Mám rád(a) svou profesi více než průměrný pracovník	1	2	3	4	5	
16. Moje profese je více než zajímavá	1	2	3	4	5	
17. Nalézám ve své práci skutečný požitek	1	2	3	4	5	
18. Jsem zklamán(a), že jsem se kdy dal(a) na tuto práci	1	2	3	4	5	

EZS **Váš zdravotní stav** (zakroužkujte jednu odpověď)

- 5 výborný
 4 dobrý
 3 uspokojivý
 2 určité problémy v psychické oblasti
 1 určité potíže v somatické oblasti

F-OST

Co nejvíce ovlivňuje Vaši spokojenost a postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení?

Instrukce pro vyplnění:

Odpovídejte tak, že u každé položky zakroužkujete číslo vyjadřující stupeň negativního ovlivnění.

	Stupeň negativního ovlivnění				
	Maximální				Minimální
1. Špatná práce ošetrovatelské jednotky	1	2	3	4	5
2. Nevhodné prostorové uspořádání pracoviště	1	2	3	4	5
3. Nárazovitý způsob práce	1	2	3	4	5
4. Nevhodná forma systému ošetrovatelské péče	1	2	3	4	5
5. Nedostatek času pro seznámení se zdravotnickou dokumentací	1	2	3	4	5
6. Nízká kvalita či nesrozumitelnost zdravotnické dokumentace	1	2	3	4	5
7. Nedostatek informací pro péči od lékařů či staniční (vrchní) sestry	1	2	3	4	5
8. Nedostatek času pro kvalitní vedení sesterské dokumentace	1	2	3	4	5
9. Práce na směny	1	2	3	4	5
10. Dojíždění do práce	1	2	3	4	5
11. Nutnost přesně dodržovat pracovní dobu	1	2	3	4	5
12. Zastaralé technické vybavení oddělení	1	2	3	4	5
13. Poruchovost používané techniky	1	2	3	4	5
14. Nevýznamná práce	1	2	3	4	5
15. Společensky neuznávaná práce	1	2	3	4	5
16. Nejistota, obavy z propuštění	1	2	3	4	5
17. Hrozba reorganizace ošetrovací jednotky	1	2	3	4	5
18. Špatné sociální zařízení pro zaměstnance	1	2	3	4	5
19. Zdravotní rizikovost pracoviště	1	2	3	4	5

Dotazník spokojenosti zdravotních sester

20. Psychicky zatěžující, stresující práce	1	2	3	4	5
21. Fyzicky namáhavá práce	1	2	3	4	5
22. Nedostatek potřebných léků	1	2	3	4	5
23. Chybějící či nefungující signalizační zařízení	1	2	3	4	5

G-DO PO

Vaše postoje vůči odměňování a vůči využívání kvalifikace a schopnosti.

Instrukce pro vyplnění:

Odpovídejte tak, že u každé položky zakroužkujete číslo vyjadřující míru Vaší spokojenosti: 5 - maximální spokojenost .. 1 - maximální nespokojenost

	Míra spokojenosti				
	Maximální spokojenost			Minimální nespokojenost	
1. Spravedlivý systém odměňování	1	2	3	4	5
2. Soulad mezi odměnou (platem) a výkonem	1	2	3	4	5
3. Výše výdělku	1	2	3	4	5
4. Jistota stálého výdělku	1	2	3	4	5
5. Perspektiva vyššího výdělku	1	2	3	4	5
6. Krytí osobních potřeb výdělkem	1	2	3	4	5
7. Výdělek jako hodnocení mé kvalifikace	1	2	3	4	5
8. Výdělek jako hodnocení mé odpovědnosti za práci	1	2	3	4	5
9. Výdělek jako hodnocení délky mé praxe jako zdravotní sestry	1	2	3	4	5
10. Využití mé kvalifikace v práci	1	2	3	4	5
11. Možnost získání rekvalifikace (specializace - např. ARO, JIP atd.)	1	2	3	4	5
12. Využití mých znalostí a schopností v práci	1	2	3	4	5
13. Možnosti dalšího kvalifikačního postupu	1	2	3	4	5
14. Možnosti dalšího funkčního postupu	1	2	3	4	5
15. Možnosti samostatného rozhodování	1	2	3	4	5

H-PP

Niže uvádíme řadu položek vyjadřujících situací v práci zdravotní sestry, jež u ní mohou vyvolávat nechuť, nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým pokud možno vyhnout.

Instrukce pro vyplnění:

Odpovídejte tak, že u každé položky zakroužkujete stupeň negativního pocitu:

1 - žádný .. 5 - maximálně negativní

	Stupeň negativních pocitů				
	Žádné			Minimální negativní	
1. Ošetřování příliš velkého počtu nemocných	1	2	3	4	5
2. Nedostatek úzkého kontaktu s nemocnými (nemožnost individuální péče)	1	2	3	4	5
3. Ošetřování nemocných ve velmi těžkém stavu	1	2	3	4	5
4. Péče o nemocné volně chodící, nedisciplinované	1	2	3	4	5
5. Ošetřování na nemoc neadaptovaných nemocí	1	2	3	4	5
6. Ošetřování nemocných s infaustními chorobami	1	2	3	4	5
7. Ošetřování nemocných ante finem	1	2	3	4	5
8. Aplikace vyšetřovacích technik pro pacienty nepříjemných či bolestivých	1	2	3	4	5
9. Ošetřování nemocných rezignujících na vyléčení	1	2	3	4	5
10. Získávání informací od pacientů špatně či málo komunikujících	1	2	3	4	5
11. Ošetřování nemocných v předoperačních stavech	1	2	3	4	5
12. Ošetřování akutních rizikových případů	1	2	3	4	5
13. Ošetřování pacientů s podezřením na pozitivní HIV	1	2	3	4	5
14. Ošetřování těžce nemocných dětí	1	2	3	4	5
15. Ošetřování nemocných s inkontinencí (moč, stolice)	1	2	3	4	5

I-APO

1. Shodují se Vaše představy o povolání zdravotní sestry z dob studia na SZŠ s Vašimi současnými názory? (zakroužkujte jednu odpověď)
 - 4 je to lepší, než jsem si představovala
 - 3 je to shodné s mými představami
 - 2 je to horší, než jsem si představovala
 - 1 jsem poněkud zklamaná

2. Jak jste si zvykla na nynější oddělení? (zakroužkujte jednu odpověď)
 - 4 velmi lehce
 - 3 bez velkých těžkostí
 - 2 měla jsem dost problémů
 - 1 doposud jsem si zcela nezvykla

3. V jaké míře se splnila očekávání, jež jste měla při nástupu do tohoto zdravotnického zařízení? (zakroužkujte jednu odpověď)
 - 4 splnilo se mi víc, než jsem očekávala
 - 3 splnilo se mi vše jsem spokojena
 - 2 jen část z toho, co jsem očekávala, se splnilo
 - 1 nesplnilo se téměř nic

J-SD

1. Váš věk
2. Pracovní zařazení
3. Název oddělení
4. Rodinný stav
 - 1 vdova
 - 2 rozvedená
 - 3 vdaná
 - 4 svobodná
5. Počet dětí
6. Kolik let pracujete na nynějším oddělení
7. Kolik let pracujete v tomto zdravotnickém zařízení
8. Váš průměrný čistý měsíční příjem
- Poznámky
-
-
-
-

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku

Příloha č. 2: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Pracoviště medicíny
dospělého věku
JHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

Pracoviště
reprodukční medicíny
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

Pracoviště
dětské medicíny
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Bo. ŠPÍŠKOVÁ MARIEA
Datum narození: 6.4. 1979 Telefon: 377 447 415 Email: uspiskova@seznam.cz
Adresa (pro zaslání vyjádření): KAREŠOVA 10, 602 00 BRNO
Škola/Fakulta: FILozOFICKÁ FAKULTA, UNIVERZITA KARLOVA V OLOMOUCI Obor studia: PSYCHOLOGIE
Téma závěrečné práce: „SROVNÁNOSTI PRÁVNÍCH SESTER S PROFESÍ“
Požadavek (přesná specifikace): UMOŽNĚNÍ DISTRIBUCE DOTAZNÍKŮ
Způsob provedení sběru dat: DOTAZNÍKOVÉ SEŘZENÍ
Termín sběru dat: od 1.7. 2009 do 31.8. 2009
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: KARIM
Presentace dat: V RÁMCI OBRABOVÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
Presentace výsledku s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 19.6. 2009 Podpis: lu. Špíšková

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Úhrada:
 ANO
 NE

19/6 2009
Datum:

Marek
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: pod číslem:

Částka k úhradě:

22.6.09
Datum:

Zaplaceno dne: **Fakultní nemocnice Brno**
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno

Tel.: 532 231 111
Fax: 543 211 185
e-mail: fnbrno@fnbrno.cz

IČO: 652 697 05
DIČ: CZ 652 697 05
Bankovní spojení: 71234-621/0100

Příloha č. 3: Podklad pro zadání diplomové práce studenta

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2009/2010

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYK)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. ŠPÍŠKOVÁ Marka	Marešova 10, Brno	F070716

TÉMA ČESKY:

Spokojenost s prací u zdravotních sester

NÁZEV ANGLICKY:

Work satisfaction among nurses

VEDOUcí PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Spec. zaměření: K současnému společenskému postavení zdravotních sester, Pracovní motivace, Základní přístupy, Postoje práci a pracovní spokojenost, Determinanty postojů a spokojenosti u zdravotních sester, Zdroje a příčiny nespokojenosti a vyhoření u sester.

Cíle práce: a) Míra spokojenosti s vlastní prací

b) Profilující postoje kontextu

c) Míra projevů burn out

d) Koreláty spokojenosti s vlastní prací k míře vyhoření a hlavním proměnným DSZS

e) Koreláty sy vyhoření k hlavním proměnným DSZS

f) Vybrané koreláty sociodemografických proměnných

Metodika: DSZS, BM.

Zk. soubor: cca 80 respondentů.

Statistika: korelace (Pearson).

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Nakonečný, M. (2005). Sociální psychologie organizace. Praha: Grada.

Výrost, J. Slaměník, I. (2009). Sociální psychologie. Praha: Grada.

Hrdlička, M. Kuric, J. Blatný, M. (2008). Krize středního věku. Praha: Portál.

Grohar, M.E., Dicroce, H.R. (2004). Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada.

Arnold, J., Silvester, J. et al. (2007) Psychologie práce pro manažery a personalisty. Brno: Computer Press.

Stuchlíková, I. (2005). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2009). Psychologie nemoci. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. Pečenková, J. (2009). Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada.

Časopisy: Zdravotnické noviny, Sestra, UP-DATE, Practicus, elektronické zdroje.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum: