

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

**Řízení lidských zdrojů ve vybraných zařízeních zaměřených na
péči o klienty s demencí**

Diplomová práce

Bc. Barbora Janecká

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2022

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Ondřeji Machaczkovi, Ph.D. za vstřícnost a cenné rady při psaní diplomové práce. Velké díky patří i mojí rodině a kolegům, kteří mě během studia podporovali. Děkuji institucím, které mi umožnily výzkum k diplomové práci.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Řízení lidských zdrojů ve vybraných zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí

Název práce: Řízení lidských zdrojů ve vybraných zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí

Název práce v AJ: Human resource management of selected facilities focused on dementia client care

Datum zadání: 2021-01-30

Datum odevzdání: 2022-04-29

VŠ, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Autor: Janecká Barbora

Vedoucí: Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Oponent: Mgr. Daniela Navrátilová, Ph.D.

Abstrakt: Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit míru vyhoření u zaměstnanců poskytujících ošetrovatelskou péči klientům s demencí vzhledem k řízení lidských zdrojů. Kvůli vybranému tématu je velký důraz kladen na motivaci zaměstnanců, syndrom vyhoření a jeho předcházení. Ke sběru dat byl použit samostatně vytvořený dotazník a standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Výzkum byl prováděn ve 4 domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji, (označována jako zařízení A, B, C a D). Dotazníkovému šetření předcházela rozhovor s vedoucími pracovníky organizací, kteří měli popsat řízení lidských zdrojů v instituci z jejich pohledu. Výzkumný soubor tvořilo 140 zaměstnanců, kteří poskytují ošetrovatelskou péči klientům s demencí. Řízení lidských zdrojů ve všech čtyřech zařízeních je obdobné, od přijímání zaměstnanců, přes jejich adaptaci, hodnocení, vzdělávání, až po ukončení pracovního poměru. Byla zjišťována motivace zaměstnanců, kteří pečují o klienty s demencí. Hlavním motivátorem se ukázal být pocit, že někomu pomáhají. Zaměstnanci byli dotazováni, zda by si přáli ve svém zaměstnání něco změnit. Nejčastěji zaměstnanci odpovídali, že by si přáli mít více dnů dovolené či dny na zotavenou – „sick days“ a lepší finanční ohodnocení. Dostatek odpočinku, který by dovolená navíc přinesla, zaměstnanci označili jako jeden ze způsobů péče o své duševní zdraví. 55

zaměstnanců vykazovalo známky vyhoření dle dotazníku MBI. Byly provedeny statistické testy pro zjištění souvislostí mezi vyhořením a dalšími aspekty. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou vyhoření ve dvou oblastech (emocionální vyčerpání a depersonalizace) a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí. Byla rovněž zjištěna souvislost mezi mírou emocionálního vyčerpání a vzděláním a mezi mírou emocionálního vyčerpání a spokojeností s náplní práce. Nejvíce zaměstnanců, kteří vykazovali známky vyhoření, bylo ze zařízení A. Toto zařízení sice zaměstnancům poskytuje nejvíce benefitů i možností vzdělávání, nejsou ale zajišťovány pravidelné supervize. Zaměstnanci z tohoto zařízení nejčastěji uváděli nespokojenost s pracovní náplní a s atmosférou na pracovišti. Je proto důležité, aby vedoucí pracovníci vytvářeli zaměstnancům vhodné podmínky a předcházeli syndromu vyhoření.

Abstrakt v AJ: The main aim of this thesis was to determine the level of burnout in staff providing nursing care to clients with dementia in relation to human resource management. Due to the chosen topic, much emphasis is placed on employee motivation, burnout syndrome and its prevention. A self-administered questionnaire and a standardized questionnaire, the Maslach Burnout Inventory (MBI), were used to collect data. The research was carried out in 4 homes with special regime in the Pardubice region, (referred to as facilities A, B, C and D). The questionnaire survey was preceded by an interview with the organizations' managers, who were asked to describe the institution's human resource management from their perspective. The research sample consisted of 140 employees who provide nursing care to clients with dementia. Human resource management in all four institutions is similar, from recruitment, to adaptation, appraisal, training, and termination. The motivation of staff caring for clients with dementia was surveyed. The main motivator appeared to be the feeling that they were helping someone. Employees were asked if they would like to change anything in their job. The most common answers were that they would like to have more holidays or sick days and better financial compensation. Employees identified the extra rest that vacation would bring as one way to take care of their mental health. 55 employees showed signs of burnout according to the MBI questionnaire. Statistical tests were performed to determine the association between burnout and other aspects. A statistically significant association was found between burnout rates in two domains (emotional exhaustion and depersonalization) and perceptions of the difficulty of working with clients with dementia. An association was also found between emotional exhaustion and education and between emotional exhaustion and job satisfaction. The highest number of staff showing signs of burnout was from facility A. While this facility provides the

most benefits and training opportunities for staff, regular supervision is not provided. Employees from this facility were most likely to report dissatisfaction with their job description and the workplace atmosphere. It is therefore important that managers create the right conditions for staff and prevent burnout.

Klíčová slova v ČJ: Řízení lidských zdrojů, motivace, vyhoření, demence, péče

Klíčová slova v AJ: Human resource management, motivation, burnout, dementia, care

Rozsah práce: 93 stran, 16 příloh

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Řízení lidských zdrojů	10
2.1	Úkoly a cíle řízení lidských zdrojů.....	10
2.2	Faktory ovlivňující řízení lidských zdrojů	12
2.3	Úloha personálních útvarů	12
2.4	Oblasti řízení lidských zdrojů.....	14
2.4.1	Vytváření a analýza pracovních míst.....	14
2.4.2	Získávání zaměstnanců	14
2.4.3	Adaptace zaměstnanců.....	17
2.4.4	Hodnocení zaměstnanců	18
2.4.5	Vzdělávání zaměstnanců.....	19
2.4.6	Péče o zaměstnance	19
2.4.7	Kariéra a mobilita zaměstnanců	20
2.5	Trendy v řízení lidských zdrojů.....	21
2.6	Specifika řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví	22
3	Motivace zaměstnanců	23
3.1	Motivace pracovníků ve zdravotnictví.....	24
4	Syndrom vyhoření	25
4.1	Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků.....	26
4.2	Prevence syndromu vyhoření	27
4.2.1	Podpora duševní rovnováhy	27
4.2.2	Supervize.....	28
5	Demence.....	30
5.1	Příznaky demence.....	30
5.2	Formy demence	31
5.3	Rizikové faktory pro vznik demence	33

5.4	Péče o osoby s demencí	35
5.5	Léčba demence	36
5.6	Možný dopad demence	37
6	Výzkumná část	39
6.1	Výzkumné cíle.....	39
6.2	Metodika výzkumu	40
6.3	Realizace výzkumu	41
6.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
6.5	Zpracování dat.....	41
6.6	Výsledky	42
6.6.1	Řízení lidských zdrojů z pohledu vedoucích pracovníků	42
6.6.2	Soubor	44
6.6.3	Interpretace výsledků dotazníkového šetření	47
6.7	Interpretace výsledků dotazníku MBI.....	56
6.8	Ověření statistických hypotéz.....	59
7	Diskuze.....	63
8	Závěr	68
9	Referenční seznam	70
10	Seznam zkratk	75
11	Seznam tabulek	76
12	Seznam grafů	78
13	Seznam příloh	79
14	Přílohy	80

1 Úvod

Téma, které se týká demence a zároveň řízení lidských zdrojů, jsem si zvolila, neboť nepochybuji o tom, jak moc je to téma aktuální. Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) na celém světě demencí trpí aktuálně asi 55 milionů lidí. Vzhledem k tomu, že v populaci vzrůstá podíl starších osob, je očekáváno, že v roce 2030 se počet lidí s demencí zvýší na 78 milionů. V roce 2050 by pak podle WHO mělo žít 139 milionů osob s demencí, což je téměř trojnásobek oproti aktuálnímu stavu (WHO, 2021). S větším počtem osob s demencí lze očekávat také nárůst zařízení, která poskytují těmto osobám péči a každé z těchto zařízení musí být dostatečně personálně zabezpečené. Zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o nemocné s demencí, jsou denně vystavováni fyzické i psychické námaze, což při dlouhodobé expozici může vést k syndromu vyhoření. Je úkolem vedoucích pracovníků, aby tato rizika u svých podřízených identifikovali a do možné míry jim předcházeli. Řízení lidských zdrojů dbá na to, aby byl správný člověk zařazen na správné místo, využívá jeho pracovních sil a rozvíjí jeho vlastnosti a schopnosti. Neméně důležitým úkolem řízení lidských zdrojů je uspokojování potřeb pracovníků, ať už materiálních, nebo nemateriálních. S tím velmi úzce souvisí motivace zaměstnanců.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá řízením lidských zdrojů obecně, jsou definovány úkoly a cíle řízení lidských zdrojů. Dále jsou popsány jednotlivé oblasti řízení lidských zdrojů, mezi které patří například analýza pracovních míst, získávání a adaptace nových zaměstnanců. Řízení lidských zdrojů se zabývá rovněž hodnocením, vzděláváním zaměstnanců a péčí o ně. Je zmíněna kariéra a mobilita zaměstnanců. Další kapitoly jsou věnovány specifikům řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, motivaci, syndromu vyhoření. Nemůže být opomenuta kapitola týkající se demence, rizikových faktorů pro její vznik a možností prevence. V diplomové práci je popsána péče o osoby s demencí, která může být poměrně psychicky náročná, je proto důležitá správná motivace zaměstnanců.

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit míru vyhoření u zaměstnanců poskytujících ošetrovatelskou péči klientům s demencí vzhledem k řízení lidských zdrojů. Tato část diplomové práce tedy mapuje proces řízení lidských zdrojů v zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí a zjišťuje u zaměstnanců míru syndromu vyhoření. Srovnává míru výskytu syndromu vyhoření vzhledem k popsaným procesům řízení lidských zdrojů, zjišťuje motivaci zaměstnanců v zařízeních a ukazuje, jaké jsou způsoby prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců.

2 Řízení lidských zdrojů

Dle Armstronga a Taylora (2015) představuje řízení lidských zdrojů komplexní a promyšlený přístup k rozvíjení lidí v organizaci. V souladu s morálními hodnotami efektivně využívá lidi ke zlepšování efektivity organizace. Lidské zdroje považuje Armstrong za nejcennější zdroj, jaký organizace mají, jelikož lidé v organizaci pracují a tím individuálně a kolektivně přispívají k dosažení jejích cílů. Lochmannová (2016) ve své publikaci uvádí, že vývojově starší termín „personální řízení“ se zaměřoval pouze na zaměstnance, pracovní sílu, vyhledávání a vyškolení zaměstnanců, zprostředkování odměny za práci a byl v kompetenci personalisty.

Řízení lidských zdrojů se začalo měnit v 50. a 60. letech 20. století, bylo představeno nové pojetí personalistiky. Řízení lidských zdrojů je nejdůležitější složkou řízení organizace, a také úlohou všech manažerů. V této koncepci je vyjádřen význam lidské pracovní síly (Koubek, 2015).

Řízení lidských zdrojů se zabývá vším, co je spjato se zaměstnáváním a řízením lidí v organizacích, od řízení lidského kapitálu, přes řízení znalostí, rozvoj organizace, zabezpečování lidských zdrojů až po vzdělávání zaměstnanců, péči o zaměstnance nebo poskytování služeb zaměstnancům (Armstrong a Taylor, 2015).

Někteří autoři se vyhrazují proti pojmu „řízení lidských zdrojů“, neboť podle nich tento pojem naznačuje, že je s lidmi možné zacházet jako s jiným výrobním faktorem. Armstrong a Taylor (2015) uvedli: *„Pojem lidské zdroje snižuje hodnotu lidí na úroveň materiálu, peněz nebo techniky, tedy všech ostatních zdrojů, které však přinášejí hodnotu jen do té míry, do jaké mohou být využity k dosažení ekonomické hodnoty.“* Proto je někdy upřednostňován pojem „řízení lidí“ (Armstrong a Taylor, 2015).

Lidské zdroje jsou ve zdravotnictví jednoznačně nejdůležitějším vstupem. Dostatek zdravotnických pracovníků v organizaci i v celém oboru ovlivňuje snížení nákladů v systému zdravotní péče. Pozitivně působí na kvalitu zdravotní péče a bezpečí pacientů. Je proto velmi důležitá pracovní spokojenost a motivace zdravotnických pracovníků (Vévoda, 2013).

2.1 Úkoly a cíle řízení lidských zdrojů

Dle Koubka (2015) je úkolem řízení lidských zdrojů sloužit tomu, aby byla organizace výkonná a její výkon nadále vzrůstal. Toho nelze docílit bez neustálého zlepšování využívání všech zdrojů. Jak je výše zmíněno, lidské zdroje naopak zase rozhodují i o využívání dalších

zdrojů a jejich řízení zprostředkovává zlepšení jejich využívání. Hlavní úkoly řízení lidských zdrojů se tedy zaměřují na:

- Vytvoření dynamického souladu mezi počtem a strukturou pracovních míst v organizaci tak, aby požadavky pracovních míst stále odpovídaly pracovní schopnosti pracovníka neboli usilovat o zařazení správného člověka na správné místo a docílit toho, aby tento člověk byl připraven neustále se přizpůsobovat měnícím se požadavkům pracovního místa.
- Optimální využívání pracovních sil v organizaci, tj. využívání pracovní doby a kvalifikace pracovníků.
- Vytváření týmů, efektivních mezilidských vztahů.
- Personální a sociální rozvoj pracovníků, rozvoj jejich schopností a sociálních vlastností, vytváření vnitřního uspokojení z vykonané práce, uspokojování materiálních a nemateriálních sociálních potřeb pracovníků.

První tři úkoly řízení lidských zdrojů sledují zájmy organizace, zatímco čtvrtý úkol se týká zájmu zaměstnance.

Podle Armstronga a Taylora (2015) mezi úkoly řízení lidských zdrojů patří také podpora dosahovat strategických cílů organizace s ohledem na strategii organizace (strategické řízení), přispívat k rozvoji kultury zaměřené na výkon, přinášet organizaci vzdělané, nadané a oddané lidi, vytvářet pozitivní vztahy a utužovat důvěru mezi managementem a zaměstnanci. Neméně důležité je při řízení lidí uplatňovat etický přístup.

Brodský (2009) ve své publikaci definuje cíle řízení lidských zdrojů a rozděluje je na čtyři skupiny:

- Společenské cíle – činnosti vedoucí k dodržování platné legislativy, vztahů mezi subjekty vně organizace atd.
- Organizační cíle – efektivní plánování zaměstnanosti, výcviku a zaškolení, hodnocení výkonu, kontrolní činnost atd.
- Funkční cíle – útvar Řízení lidských zdrojů vytváří pracovní prostředí a zajišťuje efektivní využívání zdrojů
- Osobní cíle – soulad mezi osobní kariérou a potřebami organizace

Dle Lochmannové (2016) je hlavním cílem řízení lidských zdrojů obsadit pracovní místo správným člověkem a neustále ho přizpůsobovat dynamickému vývoji dané pracovní pozice. Je třeba pamatovat na to, že sociální a personální rozvoj pracovníků, jejich dovedností

a schopností, vytváření příznivých pracovních podmínek by mělo patřit mezi priority v řízení lidských zdrojů.

Ukazatelem správného řízení lidských zdrojů je úspěšný sehraný kolektiv. Tuto skutečnost lze poznat na atmosféře, která je uvolněná, všichni na pracovišti jsou zapojeni do práce. Úkoly a cíle bývají jasně formulované a členové týmu se s nimi ztotožňují. Pokud vznikne spor, otevřeně se o něm diskutuje a jsou řešeny. Každý člen týmu má právo vyjádřit vlastní názor, případná nejednotnost je akceptovaná a je považována za konstruktivní. Závěrečné rozhodnutí přijímají všichni. Tým dovede být kritický sám k sobě (Zlámal et al., 2014).

2.2 Faktory ovlivňující řízení lidských zdrojů

Dle Kociánové (2012) bývá řízení lidských zdrojů často ovlivňováno vnějšími a vnitřními faktory. Vnější faktory jsou poměrně dynamické a organizace na ně většinou nemůže nijak reagovat. Naopak vnitřní faktory jsou do jisté míry organizací ovlivnitelné – viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1- Faktory ovlivňující řízení lidských zdrojů

Vnější faktory	Vnitřní faktory
Rozvoj techniky, nové technologie	Strategie a politika organizace
Hospodářský cyklus	Velikost organizace
Vládní politika a legislativa	Geografická poloha
Ekologické vlivy	Organizační struktura
Konkurence na trhu	Odbory
Demografické vlivy	Vybavení organizace

(Kociánová, 2012)

2.3 Úloha personálních útvarů

V organizaci se plněním funkce řízení lidských zdrojů zabývá personální oddělení. To rovněž zajišťuje odbornou, metodologickou, poradenskou, usměrňovací, organizační a kontrolní úlohu personální činnosti, podrobněji v tabulce č. 2 (Lochmannová, 2016).

Tabulka č. 2- Funkce personálního útvaru

Funkce	Význam funkce
Koncepční	Koncepce personální a sociální politiky, kontrola jejího plnění
Plánovací	Odpovědnost útvaru za zpracování plánu rozvoje organizace (v souladu se strategií)
Řídící a koordinační	Stanovení hlavních směrů, úkolů a priorit na základě zadání vedení, koordinace jejich plnění

Metodická	Poskytování návodů a doporučení ohledně postupů a forem úkolů personálního řízení
Informační	Vytváření personálních a sociálních informací, zajišťování informovanosti zaměstnanců
Poradenská	Poskytování poradenských služeb vedoucím pracovníkům i zaměstnancům
Výzkumná, expertní	Zjišťování informací o názorech, postojích a spokojenosti pracovníků, hodnocení náročnosti činností, jejich porovnávání, posuzování způsobilosti pracovníků

(Lochmannová, 2016)

Způsob, jakým organizace přistupuje k řízení a vedení lidí, souvisí s pojetím personální práce. Rozdílné přístupy k řízení a vedení lidí souvisí s vývojovými etapami personální práce. V jednotlivých etapách je vyjádřeno měnící se pojetí teorie i praxe řízení organizace. S neustále se měnícími podmínkami hospodaření se vytvářely nové koncepce. V etapě **personální administrativy** (10.-20. léta 20. století) byli lidé bráni jakou pouhá pracovní síla. Úkolem personalistů bylo, jak nejlépe zaměstnávat. Ve 40. a 50. letech 20. století probíhala etapa **personálního řízení**. Zaměstnanci představovali jakousi konkurenční výhodu. Úkolem personalistů bylo zaměstnance efektivně využívat. Etapa **řízení lidských zdrojů** (od 80.-90. let 20. století) přinesla změny v přístupu k zaměstnancům. Lidé jsou pro organizaci unikátním bohatstvím a úkolem personalisty je především jejich rozvoj (Šikýř, 2016).

Jedna z hlavních činností řízení lidských zdrojů je bezesporu personální strategie, tedy personální plánování. Existují tři základní přístupy ke strategickému řízení lidských zdrojů, jsou jimi:

- Řízení zaměřené na vysoký výkon
- Řízení zaměřené na vysokou oddanost
- Řízení zaměřené na vysokou úroveň zapojení pracovníků do rozhodování (Brodský, 2009).

Personalisté jsou nedílnou součástí personálního útvaru. Jejich úkolem je plánování lidských zdrojů, získávání zaměstnanců, řízení jejich výkonu a odměňování, vzdělávání zaměstnanců, vztahy na pracovišti. Personalisté se zaměřují na schopnosti jednotlivců a tím vytvářejí prostředí, kde jsou více zapojeni jednotlivci. To se děje v zájmu organizace i v zájmu zaměstnanců (Armstrong a Taylor, 2015).

Dle Armstronga a Taylora (2015) fungují různé personální útvary odlišně. Rozdíl se projevují nejen mezi jednotlivými organizacemi, ale také mezi úrovněmi řízení. To vše závisí na velikosti organizace, míře decentralizace, typu práce či druhu zaměstnáváných lidí. Tradičně v čele personálního útvaru stojí personální ředitel a jemu jsou přímo podřízeni další personalisté odpovídající za lidské zdroje, vzdělávání, odměňování apod. Není přesně dán počet personalistů k počtu zaměstnanců.

2.4 Oblasti řízení lidských zdrojů

Aby bylo dosaženo úkolů řízení lidských zdrojů, je třeba využití jednotlivých činností, které umožňují organizaci naplnit strategické cíle. Jednotlivé na sebe navazující oblasti jsou popsány v následujících kapitolách.

2.4.1 Vytváření a analýza pracovních míst

Analýza pracovních míst bývá popisována jako proces zpracování údajů o pracovních místech. Výsledkem tohoto procesu jsou popisy pracovních míst, kde se nachází informace o pracovních místech a požadavky s tímto místem související. Analýza pracovního místa by měla obsahovat údaje, jako jsou úkoly, povinnosti, požadavky na zaměstnance, požadované znalosti a dovednosti. Potřeba obsazení pracovního místa může být plánovaná a neplánovaná. Neplánovanou potřebou je neočekávané ukončení pracovního poměru a tím uvolnění pracovního místa. Plánovanou potřebou je odhadovaná potřeba zaměstnanců, teda jaký počet zaměstnanců na jak dlouhou dobu bude organizace potřebovat pro dosahování stanovených cílů (Šikýř, 2016).

Je třeba analyzovat prostředí, v němž se organizace nachází, a to jak vnitřní, tak vnější. Vnějšími prostředími se rozumí legislativa, minimální mzda, činnost regionálních úřadů práce, stav zaměstnanosti u přímé konkurence a příbuzných oborů a poptávka po službách a výrobcích. Z hlediska vnitřního prostředí je třeba analyzovat strategii organizace, kulturu organizace, zavádění nových technologických celků a zařízení, stav zaměstnanců, jejich vnitřní a vnější mobilitu apod. Na základě těchto analýz by měly být zjištěny zejména možnosti zdrojů, příležitostí, rizik, slabých a silných stránek v personálním řízení (Brodský, 2009).

2.4.2 Získávání zaměstnanců

Šikýř (2016) rozděluje požadavky na zaměstnance na nezbytné, žádoucí, vítané a okrajové. Lochmannová (2016) ve své publikaci uvádí, že při předběžném výběru uchazečů rozhodují požadavky nezbytné, při výběru nejvhodnějšího uchazeče rozhodují požadavky nezbytné, žádoucí, okrajové i vítané.

Získávání zaměstnanců je proces, jehož cílem je zaujmout co nejvíc uchazečů, kteří splňují požadavky pro dané pracovní pozice. Měly by být posouzeny kvalifikační a osobnostní předpoklady a způsobilost uchazeče. Nakonec je rozhodnuto o tom, jaký uchazeč je pro danou pozici nejvhodnější (Čopíková et al., 2015).

Zaměstnanci mohou do organizace přicházet z vnitřních a vnějších zdrojů. V první řadě je třeba vycházet ze stavu vlastních zaměstnanců z hlediska kvalifikace, schopností, potenciálu, pracovního zařazení, věku, pohlaví, výkonnosti atd. Proto je nutné v organizaci vést osobní karty o zaměstnancích, které obsahují osobní údaje zaměstnanců (jméno, osobní číslo), pracovní zařazení, předešlou praxi a vzdělání, schopnosti a dovednosti, průběh kariéry zaměstnance či hodnocení nadřízeného. **Vnitřním zdrojem** se rozumí zaměstnanci, kteří mají sami zájem vykonávat náročnější práci, nebo o zaměstnance, kteří chtějí změnit pracovní pozici. Výhodou je, že zaměstnanec a firma se již znají, není proto potřebná adaptace. Dalším benefitem může být motivace ostatních zaměstnanců (možnost kariérního růstu).

Druhý způsob, jakým mohou být zaměstnanci do organizace přijati, je vnější zdroj. V této situaci organizace spolupracují s úřady práce, využívají inzerce, oslovují vysoké školy, sponzorují různé akce apod. U **vnějších uchazečů** je třeba stanovit metodu jejich oslovení. Nejčastěji se používá inzerce, a to jak na internetu, tak v tisku, televizi či rádiu. Organizace často spolupracují s institucemi, jako jsou personální agentury, úřady práce a školy. Existují veletrhy pracovních příležitostí, kde se rovněž může organizace prezentovat. Od uchazečů případný zaměstnavatel požaduje dokumenty, jež dokládají způsobilost k výkonu práce. Jedná se o životopis, dotazník, reference, vysvědčení, diplomy či certifikáty. Nabídka zaměstnání by měla mít určité náležitosti a měla by obsahovat: Název pracovního místa, místo výkonu práce, charakteristika činnosti, požadavky na uchazeče, podmínky pracovněprávního vztahu, kontaktní údaje (Brodský, 2009, Šikýř, 2016).

Dle Čopíkové et al. (2015) má získávání z vnějších i vnitřních zdrojů svoje výhody i nevýhody. Podrobněji popsáno v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 – Zdroje získávání zaměstnanců

ZDROJE ZÍSKÁVÁNÍ	VÝHODY	NEVÝHODY
VNITŘNÍ	Uchazeč zná organizaci.	Provozní slepota.
	Manažeri znají své zaměstnance.	Omezený výběr.
	Nízké náklady na získávání lidí.	Automatické povyšování.
	Znalost spolupracovníků.	Soutěživost a kariérní postup nemusí vždy pozitivně ovlivňovat mezilidské vztahy a morálku.

	Rychlejší obsazení místa.	Odmítnutí povýšeného zaměstnance členy jeho týmu či oddělení.
	Zvýšení motivace a loajálnosti zaměstnanců i dalších členů organizace.	Náklady na vzdělávání a rozvoj.
	Lepší návratnost investic vložených do rozvoje zaměstnanců.	Potřeba obsazení uvolněného pracovního místa zaměstnance, který byl vybrán z vnitřních zdrojů.
	Posiluje se jistota zaměstnání.	
	Rychlejší adaptace.	
VNĚJŠÍ	Širší možnost výběru.	Vyšší náklady na proces získávání zaměstnanců.
	Přisun nových myšlenek a nápadů.	Obsazení pracovního místa trvá déle (časově náročné na přípravu i samotný proces získávání).
	Nový zaměstnanec zpravidla mívá velké pracovní nasazení.	Vyšší rizikova nesprávné volby.
	Přichází zaměstnanec je rychleji uznán.	Blokování šancí postupu.
		Delší adaptace.
		Představa vyššího finančního ohodnocení.
		Zvyšuje se fluktuace.
		Stres z přechodu na nové působiště.

(Čopíková et al., 2015)

Získávání zaměstnanců lze považovat za oboustranný komunikační proces, přičemž na jedné straně je uchazeč, který podává informace o sobě, svém vzdělání, schopnostech a přijímá informace o organizaci. Na druhé straně stojí organizace, ta podává informace o sobě, svých cílech, firemní kultuře a přijímá informace o uchazečích (Brodský, 2009).

Pokud se uchazeč chce přihlásit k náboru do zaměstnání, měl by organizaci poskytnout svůj životopis, formulář přihlášek, případně motivační dopis. Podle předem určeného klíče jsou poté někteří uchazeči vyřazeni v této fázi, které se nazývá předvýběr. Po něm následuje výběrové řízení. Existují různé metody posuzování kandidátů:

- Analýza životopisu
- Assesment centra (hodnotící střediska)
- Ukázka práce
- Testy schopností a testy osobnosti
- Strukturované a nestrukturované pohovory
- Případně testy zdatnosti a jiné (jen u některých profesí)

(Brodský, 2009)

Pokud zaměstnanec splňuje kritéria pro výběr, jimiž obvykle bývá dosažené vzdělání, praxe, technické dovednosti, komunikační dovednosti, schopnost týmové práce a vedení lidí, fyzická a psychická zdatnost, a je do organizace přijat, vzniká pracovní poměr na základě uzavření pracovní smlouvy. Pracovní smlouva musí obsahovat druh práce, místo výkonu práce a datum nástupu do práce. Smlouva může být uzavřena na dobu určitou nebo neurčitou, což musí být ve smlouvě rovněž uvedeno. V pracovních smlouvách bývá deklarována také zkušební doba, během níž lze ukončit pracovní poměr kdykoliv bez udání důvodu jak ze strany zaměstnance, tak ze strany zaměstnavatele (Brodský, 2009).

2.4.3 Adaptace zaměstnanců

Adaptace se rovná začlenění a orientace zaměstnance jak do pracovního, tak do sociálního a kulturního systému organizace. Jedná se o poslední fázi postupu obsazování pracovní pozice (Lochmannová, 2016).

Adaptace se odehrává ve dvou pomyslných, vzájemně se prolínajících rovinách – pracovní a sociální. Zaměstnanec je nejprve seznámen s organizací, s její historií a managementem, s pracovními podmínkami, což je pracovní doba, dovolená, mzdové podmínky, náhrady cestovních výdajů, péče o zaměstnance apod., také je seznámen se svými povinnostmi, bezpečností práce, cíli a úkoly či s etickým kodexem (Brodský, 2009).

Adaptační proces se netýká pouze nových zaměstnanců, ale také těch, kteří se vracejí po delší době, nebo mění pracovní zařazení. Odpovědnost za průběh adaptace nese zaměstnanec, jeho nadřízený, personalisté, mentor a zaměstnanci, jichž se proces adaptace nových zaměstnanců týká. Velkou zásluhu na praktické části adaptace mají přímí nadřízení, jimž zpravidla pomáhají spolupracovníci nově přijatého zaměstnance (Čopíková et al., 2015).

Dle Šikýře je možno adaptaci rozdělit na formální a neformální. Z formálních procesů je třeba zmínit adaptační plán. Na konci zkušební doby proběhne formální hodnocení, během něhož manažer shrne výsledky celého adaptačního procesu. Neformální adaptaci si lze představit jako spontánní přizpůsobení, které probíhá působením sociálního okolí. Šikýř ve své publikaci dále zmiňuje skutečnost, že přijatého zaměstnance je třeba informovat, jaké jsou cíle organizace, pracovní řád, požadavky na práci, možnosti růstu a rozvoje. Zaměstnanec bývá informován ústně či formou brožury. Dalším krokem je odborné zapracování zaměstnance. To zajišťuje manažer nebo pověřený spolupracovník a mělo by probíhat tak, aby se nově přijatý zaměstnanec co nejrychleji adaptoval a dosahoval očekávaného výkonu. Neméně důležitá

součástí adaptačního procesu je sociální začlenění. Zaměstnanec během něho překoná pocit neznámého a počáteční nejistotu (Šikýř, 2016).

2.4.4 Hodnocení zaměstnanců

Pomocí hodnocení zaměstnanců mohou manažeři provádět kontrolování a usměrňování zaměstnanců během pracovního výkonu. Hodnocení, stejně jako adaptace, může být jak formální, tak neformální. Za neformální lze označit hodnocení vedoucího pracovníka během pracovního výkonu zaměstnance. Formální hodnocení probíhá jako hodnotící rozhovor, při němž manažer probírá se zaměstnancem jeho pracovní výkon. Tento rozhovor musí mít určité náležitosti, jimiž jsou především hodnotící kritéria. Mezi ně se řadí kvalita práce, pracovní prostředí, chování zaměstnanců, způsobilost k práci, přístup a motivace (Šikýř, 2016).

Neméně důležitá součástí hodnocení zaměstnanců je odměňování. Odměňování má za úkol ocenit výkon pracovníka a motivovat ho k lepším výkonům. Vytvoření systému odměňování, který je zároveň spravedlivý, transparentní a motivující, je náročným úkolem manažerů. Systém odměňování by měl být přijatelný pro zaměstnance i pro zaměstnavatele. Systém by měl rovněž ukázat, kteří zaměstnanci jsou výkonní a kteří méně. měl by ukázat rozdíl mezi zaměstnanci s různými kompetencemi a různou tržní hodnotou (Čopíková et al, 2015). Systém odměňování zahrnuje formy peněžní (mzda, plat) a nepeněžní (pochvala, dobré vztahy, benefity). Mzda je odměnou za odvedenou práci, její výše je stanovena dle výkonu a složitosti práce. Rozdíl mezi mzdou a platem je takový, že plat, na rozdíl od mzdy, je poskytován státem, státním fondem apod, tedy je financován z veřejných rozpočtů (Šikýř, 2016).

Mzda může mít formu časovou, je to základní forma mzdy. Odměna závisí na odpracovaném čase. Bývá hodinová a měsíční. Nevýhodou časové mzdy je malá motivace, proto zaměstnavatel často využívá odměny ve formě prémie či provizí. Prémie jsou vypláceny jednorázově za kvalitu, produktivitu, výkon atd. U odměn ve formě provizí závisí na prodaném množství produktů či poskytnutých službách. Úkolová mzda je přímo závislá na výkonu zaměstnanců. V tomto případě bývá stanovena norma, která udává za jak dlouhou dobu musí zaměstnanec splnit určité množství produkce. Nevýhodou může být neefektivní využití zdrojů a horší produktivita (kvantita na úkor kvality). Mzda tedy obsahuje základní složku, která oceňuje práci, dále se v ní mohou vyskytnout příplatky, a to jak dané ze smlouvy, tak dané ze zákona (např. ztížené pracovní podmínky). Mzda může mít také doplňkovou, pohyblivou složku, jíž jsou prémie (Šikýř, 2016).

S hodnocením zaměstnanců souvisí rovněž zaměstnanecké benefity. Šikýř (2016) dělí tyto benefity na:

- Sociální (sport, připojištění, dovolená)
- Pracovní (stravování, vzdělávání, doprava)
- Organizační (služební auto, telefon, počítač)

Dle Šikýře (2016) benefity nezáleží na výkonu zaměstnance, ale jsou součástí péče o zaměstnance. Systém poskytování a čerpání zaměstnaneckých výhod je buď plošný (využitá všech výhod), nebo volitelný (možnost výběru dle vlastních preferencí).

2.4.5 Vzdělávání zaměstnanců

Vzdělávání zaměstnanců může probíhat jako instruktáž při vykonávání práce. Tímto způsobem buď nadřízený, nebo zkušenější zaměstnanec předvádí své dovednosti a nový pracovník si postupy osvojuje pomocí pozorování a následným napodobováním. Další způsob, jakým mohou být zaměstnanci vzděláváni, je asistování, jedná se o spolupráci nového zaměstnance s nadřízeným pracovníkem. Koučování je způsob vzdělávání, kdy je zaměstnanec veden k samostatnosti. Pokud se nový pracovník přemísťuje na různá pracovní místa, poznává více komplexně společnost, v níž je zaměstnán. Tomuto druhu vzdělávání se říká rotace práce (Šikýř, 2016).

Vzdělávání pracovníků bývá pravidelné, předepsané zákonem. Jedná se například o školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, kvalifikační kurzy apod. Tento způsob vzdělávání pracovníků je nejčastější. Dalším způsobem vzdělávání pracovníků je zvyšování kvalifikace a vzdělání (např. vysokoškolské studium, postgraduální studium). Důležitá forma vzdělávání pracovníků je rekvalifikace, během níž je zaměstnanec přeškolen na povolání, které organizace potřebuje (Zlámal et al., 2014).

2.4.6 Péče o zaměstnance

Péče o zaměstnance je nedílnou součástí řízení lidských zdrojů. Je to rovněž povinnost, která vyplývá ze zákona. Péče může být povinná neboli smluvní, protože vychází z kolektivních smluv. Dobrovolná péče o zaměstnance se zaměřuje na rozvoj, stravování apod (Šikýř, 2016).

Dle Šikýře s péčí o zaměstnance souvisí pracovní doba. Je to doba, která je určena k výkonu práce. Délka pracovní doby je stanovena zákoníkem práce, rovněž je vymezena přestávka na jídlo a odpočinek, odpočinek během svátků a dovolené. Pracovní doba je obvykle dlouhá 40 hodin týdně a zaměstnavatel je povinen na začátku pracovního poměru zaměstnance

s pracovní dobou seznámit. Rovnováha mezi pracovní dobou a dobou odpočinku ovlivňuje nejen motivaci a výsledky zaměstnanců, ale také jejich spokojenost a zdraví (Šikýř, 2016).

Zaměstnanci jsou při práci ovlivňováni i prostředím, v němž práci vykonávají. Je povinností zaměstnavatele vytvořit příjemné pracovní prostředí. Nejdůležitější faktory, které pracovní prostředí ovlivňují jsou barvy, hluk, ovzduší, osvětlení. Tyto faktory ovlivňují kvalitu práce i stav zaměstnanců. S tím souvisí bezpečnost a ochrana zdraví při práci. S technickým rozvojem na pracovištích vznikají nová rizika a ochrana zaměstnanců při práci chrání zaměstnance před nebezpečnými vlivy zvyšuje jejich produktivitu a snižuje případná rizika ekonomických ztrát vyplývající z pracovní neschopnosti. (Šikýř, 2016).

2.4.7 Kariéra a mobilita zaměstnanců

Mobilitou zaměstnanců se rozumí rozmístění zaměstnanců v organizaci a jejich možná pohyblivost. K mobilitě zaměstnanců patří jejich povýšení, zařazení na jinou pozici, přeložení do jiného místa a ukončení pracovního poměru.

Kariéru lze chápat jako postup, je to dle všeobecně známého slovníku „*vzestupná životní dráha*“. Organizace plánují kariéru svých zaměstnanců. Pomocí kariérního plánování připravuje organizace své zaměstnance na manažerské posty a uvolněná místa, zvyšuje tak efektivnost práce zaměstnanců pomocí vnitřní motivace k povýšení, tím také snižuje fluktuaci zaměstnanců (Brodský, 2009).

Kariéra neboli povyšování je často spojována s růstem pravomocí, odpovědnosti, také zvyšováním platu a dalších výhod. Povyšování je označováno jako tzv. vertikální mobilita. Oproti tomu, horizontální mobilitou se rozumí přesun pracovníka z jedné funkce do druhé na stejné hierarchické úrovni (Brodský, 2009).

Odchody zaměstnanců jsou jedním z trvalých problémů, které řeší manažeři v organizacích. O to větší problém pro manažera vzniká, když se jedná o odchod kvalitního, výkonného a loajálního zaměstnance. Doporučená míra fluktuace je 5-7 %, to znamená, že organizaci by za sledované období (obvykle rok) mělo opustit 5-7 osob ze 100. V České republice je míra odchodů asi 15 %. Příčiny odchodů ze zaměstnání jsou různé a zaměstnavatel často s odcházejícími vede rozhovor a cílem zjistit, proč odcházejí. Uváděnými důvody jsou například:

- Pracovní podmínky (rizikovost, režim, prostředí)
- Mezilidské vztahy (nadřizený, spolupracovníci)
- Pracovní seberealizace (nevyužívání kvalifikace, nepostupování)

- Odměňování
- Sociální podmínky (nedostatek zájmu apod.)

(Čopíková et al., 2015)

Další důvod, proč zaměstnanci opouštějí zaměstnání, je odchod do důchodu. Věk a podmínky k odchodu do starobního důvodu jsou dány sociální politikou daného státu. O odchodu do důchodu rozhoduje také pohlaví, počet dětí či minimální odpracovaná doba. Klíčovými zaměstnancům organizace bývají nabídnuty alternativy, jako pracovní poměr na dobu určitou, dohoda o práci mimo pracovní poměr či nabídka pokračování klasického pracovního poměru. Zaměstnavatel může ukončit pracovní poměr zaměstnance také pro nadbytečnost. Důvodem může být ukončení činnosti, kterou zaměstnanec vykonává, ukončení podnikatelské činnosti zaměstnavatele, ukončení nebo snížení práce, kterou zaměstnanec vykonává. Při propuštění z nadbytečnosti hraje důležitou roli tzv. outplacement. Ten má usnadnit zaměstnanci, který práci ztratil, orientaci na trhu práce a hledání nového zaměstnání. Outplacement bývá nabízen spíše střednímu a top managementu. Outplacementové služby zahrnují poradenství ohledně kariéry, poskytování vybavení a pomoci při sepisování životopisu, nácvik dovedností důležitých při přijímacích pohovorech, psychologické testy či přímo kontakt s novými zaměstnavateli (Brodský, 2009).

2.5 Trendy v řízení lidských zdrojů

Dle Lochmannové (2016) je v oblasti řízení lidských zdrojů neustále vytvářen tlak na flexibilitu a konkurenceschopnost. Horváthová et al. (2016) zmiňuje následující trendy v oblasti řízení lidských zdrojů:

- Rozvoj angažovanosti zaměstnanců
- Etické řízení lidských zdrojů
- Diverzity management (různorodost)
- Kompetence, kompetenční modely
- Personal controlling, personální informační systém
- Využití sociálních sítí

Mezi další trendy v řízení lidských zdrojů je třeba zařadit snahu o vybalancování osobního a pracovního života. Stále více společností umožňuje zaměstnancům pružnou pracovní dobu, která umožňuje lepší pracovní nasazení a volnost v rozhodování (Jirásková, 2013). K vyvážení osobního a pracovního života může napomáhat i práce z domova neboli home office. Pracovník nemusí být přítomen na pracovišti a práci vykonává z domova nebo

jiného místa. K takové formě je zapotřebí důvěra mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem a lze ji využívat pouze u specifických pozic. (Kociánová, 2012).

Dle Jiráskové (2013) zaměstnance motivuje tzv. pohyblivá částka mzdy. Mzda se dělí na fixní a pohyblivou část, kterou je třeba osobní ohodnocení.

Velké změny v poslední době přinesl vznik a rozmach sociálních sítí. Sociální sítě jsou účinným nástrojem při hledání pracovníků i pracovních míst. Výhodou pro zaměstnavatele je i to, že na sociálních sítích se může o uchazeči dozvědět takové informace, jaké by se na pohovoru těžko dozvěděl, například zde může najít kontroverzní názory či nevhodné fotografie. Sociální sítě však představují i velký problém při koncentraci zaměstnanců v pracovní době. Někteří zaměstnavatelé tak musí hlídat pracovní čas zaměstnanců (Jirásková, 2013).

2.6 Specifika řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

Hlavním cílem zdravotnictví je poskytování co nejlepší péče co největšímu okruhu pacientů. Faktory, které ovlivňují řízení zdravotnických organizací, jsou specifika zdravotnických profesí jako takových, rozsah činností těchto profesí a specifika objektu činností. Za specifikum lze považovat i to, že odběratel zdravotní péče není většinou totožný s plátcem, neboť v České republice funguje systém veřejného zdravotního pojištění. Souček (2006) uvádí několik typických znaků řízení lidských zdrojů (dále jen ŘLZ) ve zdravotnictví: Práce zdravotníků je těžko hodnotitelná, poněvadž není určena norma výkonu a spotřeby; míra vložených zdrojů neodpovídá míře přínosnosti pro společnost; důsledky špatných rozhodnutí se projevují velmi negativně; personální management má na zdravotnické pracovníky specifické požadavky stran vzdělání a osobnostní kvality, jako je empatie či komunikační schopnosti. (Souček, 2006).

Zdravotničtí pracovníci patří mezi tzv. pomáhající profese, pro něž jsou charakteristické rysy, kterými se liší od jiných povolání. Je to dáno skutečností, že tyto pracovníci se denně setkávají s bolestí, utrpením, umíráním a smrtí. Proto je od nich, jak již bylo zmíněno, očekáváno nejen patřičné vzdělání, ale také vstřícnost, laskavost a empatie. U zdravotnických pracovníků hraje velkou roli vystavení stresovým situacím. Na jejich vzniku se často podílí zastaralý přístup řízení, nedostatek podpory a empatie ze strany managementu, špatná týmová práce či vyžadování stále větší samostatnosti v rozhodování. Stresující pro zdravotníky bývá také vysoká specializovanost některých oblastí a nemožnost vidět výsledek své práce (Ivanová, 2006).

3 Motivace zaměstnanců

Motivace je důležitým aspektem řízení lidských zdrojů, neboť všechny organizace se snaží dosáhnout trvale vysoké úrovně výkonu svých zaměstnanců, a proto musí věnovat dostatečnou pozornost způsobům jejich motivování. Cílem je vytvářet a rozvíjet motivační procesy a pracovní prostředí, které napomohou dosahování výsledků, jaké management očekává (Armstrong a Taylor, 2015).

„I kdybychom nechtěli, ve snaze ovlivnit druhé vždy vycházíme z toho, co motivuje nás. Pochopíme-li, v čem se jiní lidé od nás liší, zjistíme, kde ubrat a co přidat. Pokud k tomu nabídneme ještě upřímné přesvědčení, že druhý má právo se od nás lišit, naše působení bude nejen správné v obsahu, ale i věrohodné formou“ (Plamínek, 2015).

Motivace může u zaměstnanců mít vnitřní nebo vnější faktory. Vnitřní faktory souvisejí přímo s výkonem práce, jsou to potřeby, které si lidé během práce uspokojují. Řadí se mezi ně například samostatnost, nově získané schopnosti, viditelné výsledky práce a společenský význam vykonávané práce. Vnější faktory motivují zaměstnance k tomu, co za svou práci mohou získat. Především se jedná o finanční odměnu, ale také o příležitost profesního růstu, pochvala a uznání, osobní či odborná prestiž.

Lze říci, že ať se jedná o vnější nebo vnitřní motivaci, pro zaměstnance je velmi důležitá nehmotná motivace. Její význam bývá vedoucími pracovníky podceňován, přitom pochvala, uznání, získání nových zkušeností, znamená pro zaměstnance mnohdy víc, než finanční odměna (Urban, 2017).

Smyslem motivace je nenásilné vytvoření kladného vztahu k nějakému výkonu či typu chování. Motivace znamená proces i jeho výsledek, skutečnost, že se něco děje, i fakt, že něco existuje. Úlohy jsou plněny pod vlivem vnějších podnětů (stimulů) nebo po vlivem vnitřních pohnutek (motivů). Obojí může působit společně a navzájem se posilovat. Je-li u zaměstnance vyvolána ochota něco udělat pomocí vnějších stimulů, nazývá se tento děj stimulací. Pokud k vyvolání ochoty použijeme vnitřní motivy, jedná se o motivaci. Výhodou stimulace je, že je velmi jednoduchá. Dokud je vyplácena odměna, nepohodlí spojené s výkonem je kompenzováno odměnami, předpokládá se, že práce bude pokračovat. Pokud však tyto hodnoty nebudou poskytovány, práce se zřejmě zastaví. Motivace má také své výhody, pokud je zaměstnanec dobře motivován a vykonává úlohu, protože ho to baví nebo to považuje za významné a důležité, může práce pokračovat i bez vnějších podnětů (Plamínek, 2015).

3.1 Motivace pracovníků ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví pracuje asi 10 % všech pracujících v EU, z toho 75 % jsou ženy. Dle průzkumu veřejného mínění prováděného v roce 2011 došlo k významné změně ve vnímání prestiže zdravotnických zaměstnání. Povolání sestry bylo v žebříčku třetí za lékařem a vědcem. Znamená to, že zdravotnické profese jsou pro společnost nepostradatelné a vážené. Pro zaměstnavatele je nesmírně důležité, aby byli zdravotničtí pracovníci spokojení a motivovaní, neboť jejich pracovní saturace snižuje náklady v systému zdravotní péče a zvyšuje kvalitu poskytované péče.

Motivace ve zdravotnictví je studována již od 30. let minulého století. Nahmova studie ze 40. let dokázala, že délka pracovní doby, postoj k práci, vztah k managementu, vyváženost pracovního a osobního života, příjem a možnost karierního postupu ovlivňují spokojenost zdravotnických pracovníků. Hartl publikoval v roce 2001 studii, dle které by sestry uvítaly méně stresující či méně fyzicky náročnou práci, pravidelné směny, více peněz, příležitost karierního postupu, více času na rodinu, méně pracovních dní. Faktorem, který na sestry působil pozitivně, jsou pacienti a jejich rodiny, je to však zároveň faktor, kvůli němuž by potenciálně odcházející sestry odešly (Vévoda, 2013).

Vévoda (2013) ve své publikaci uvádí Herzbergovu dvoufaktorovou teorii. První skupinou jsou hygienické faktory, které zaměstnanci nevnímají, ale jejich absence vede k nespokojenosti. Druhá skupina, faktory motivační, se přímo týkají obsahu práce a jejich naplňování ovlivňuje spokojenost. Hygienické faktory jsou například pracovní podmínky, mzda, vztahy v kolektivu apod. Nemají přímý vliv na nespokojenost, ale jejich nízká úroveň nebo absence k nespokojenosti vede. Motivační faktory, mezi něž lze zařadit pocit uspokojení z uznání, obsah práce, delegování pravomocí, jsou považovány za podstatu pracovní motivace.

4 Syndrom vyhoření

Ztráta motivace v zaměstnání může vést k syndromu vyhoření. Pozbylá motivace komplikuje použití vlastních zdrojů pro výkon profese (Jeklová, 2006).

Křivohlavý (2012) popisuje syndrom vyhoření jako „*stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, které způsobilo dlouhodobé setrvání v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost nejčastěji nastává, když se spojí velké očekávání s chronickým situačním stresem.*“ Burnout zahrnuje celý soubor příznaků, mezi něž patří pocity bezmocnosti a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoj k práci, k lidem v zaměstnání i k životu. Syndrom vyhoření může být považován za jakýsi hraniční bod, je to odpověď organismu na stres.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (dále jako WHO) není vyhoření klasifikováno jako nemoc, je zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz. Lidé trpící syndromem vyhoření tak mohou být znevýhodněni, protože jim pojišťovny nehradí léčbu. Symptomy typické pro syndrom vyhoření se však vyskytují také u jiných diagnóz, jako je například neurastenie (Stock, 2010).

Stock (2010) jako příznaky syndromu vyhoření uvádí vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vyčerpaný člověk se cítí emočně i fyzicky vysílený – viz tabulka č. 4. Vyhořelý člověk má k práci i k okolí depersonalizovaný až lhostejný postoj. V péči o nemocné s demencí takový přístup může vést k závažným problémům. Takový postoj však nezpůsobuje pouze odvětví, ve kterém vyhořelý člověk pracuje, ale také nepříznivé pracovní klima, špatné interpersonální vztahy apod. Jako odcizení si lze představit ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční nadšení slábne a místo něho přichází cynismus a podle Stocka „*klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako ,obtěžný hmyz‘*“.

Tabulka č. 4 – Znaky vyčerpání při syndromu vyhoření

Emoční vyčerpání	Fyzické vyčerpání
Sklíčenost	Nedostatek energie, slabost, únava
Bezmoc	Svalové napětí, bolesti zad
Beznaděj	Náchylnost k infekcím
Ztráta sebeovládání	Poruchy spánku
Pocity strachu	Funkční poruchy (zažívací, kardiovaskulární)
Pocity prázdnoty, apatie	Poruchy paměti a soustředění

(Stock, 2010)

Dlouhodobá zátěž se negativně odráží i v soukromém životě. Dotyčný si své problémy přenáší domů, určitých změn si mohou všimnout i jeho blízcí. Může být podrážděný či naopak apatický, v extrémních případech dokonce dochází k přetrhání všech sociálních vazeb a k dobrovolné izolaci (Stock, 2010).

Křivohlavý se domnívá, že do nejtěžších forem vyhoření upadají lidé, kteří jsou původně nejvíce nadšení. Tito lidé mají velkou motivaci a očekávání. Pro tyto osoby jsou příznaky vyhoření jakýmsi osobním selháním, mají pocity marnosti a mohou dokonce ztratit chuť k životu (Křivohlavý, 2012).

Dle Křivohlavého (2012) jako první na burnout syndrom upozornila oblast zdravotnictví, konkrétně zdravotní sestry. Přesněji to byly sestry v zařízeních, které poskytují péči umírajícím pacientům. Syndrom vyhoření však postihuje i ostatní zdravotnické pracovníky na dalších odděleních. Na dotazy, co zdravotníky negativně ovlivnilo, že jejich nadšení pro práci ochablo, odpovídali: *„Nebyla jsem ze školy připravená na emocionální zátěž, s kterou jsem se později v praxi střetla. Neunesla jsem emocionální tíhu při oznamování špatných zpráv rodinným příslušníkům pacientů. Bylo nás málo a práce nad hlavu. Vedení naší práci a snahu nedokázalo ocenit – vrchní sestra nám stále jen něco vyčítala, nikdy nás za nic nepochválila.“*

4.1 Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků

Nešpor se snaží vysvětlit, proč syndrom vyhoření vzniká častou zdravotnických profesí. Jako důvod uvádí to, že zdravotníci se často setkávají s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, odhalování tělních dutin, smrt). Častý je rovněž kontakt s negativními emocemi, velká odpovědnost, nejistota, nutnost se rozhodovat. Zdravotníci se dostávají do konfliktu rolí, kdy na jedné straně stojí role zdravotníka, na druhé straně role např. matky. Z týmové práce často vyplývají interpersonální problémy na pracovišti. Životní styl zdravotnických pracovníků je náročný

a vlastní problémy často neřeší nebo je řešit neumí. S těmito problémy jde ruku v ruce snadná dostupnost návykových léků a sklon k „samoléčení“ i v případech, kdy je potřeba zásah odborníka. Zdravotníci jen těžko přijímají vlastní selhání (Nešpor, 2007).

Syndrom vyhoření je následkem profesionálního stresu, který je popsán výše. Nejprve se dostaví pocity neuspokojení z práce, mohou se přidat i zdravotní obtíže, jako je nachlazení nebo potíže s pohybovým aparátem. Pracovní nasazení a výkonnost klesá. Pracovník ztrácí energii a sebedůvěru, může mít interpersonální problémy nejen na pracovišti, ale také v rodině. Ocítá

se tak v bludném kruhu, symptomy se prohlubují a pracovník není schopen práci vykonávat (Nešpor, 2007).

Bylo zjištěno, že lidé pracující v pomáhajících profesích jsou náchylní k rozvoji syndromu vyhoření, existuje vztah mezi péčí o nemocné s demencí a syndromem vyhoření. Rozvoj syndromu vyhoření u pracovníkům, kteří pečují o lidi s demencí, souvisí s řadou faktorů. Patří mezi ně nedostatek sebedůvěry či špatná organizace (Duffy, 2009).

Syndrom vyhoření u zaměstnanců, kteří pečují o nemocné s demencí, je celosvětovým problémem. Má dopad na pacienty i na personál. Je v zájmu obou stran, aby byl včas rozpoznán a řešen. Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření ovlivňuje rodinný život i zdraví zaměstnanců, je třeba na něj nahlížet jako na problém veřejného zdraví, který zasluhuje pozornost managementu, odborů, politiků a odborníků v oblasti ochrany veřejného zdraví. Sestry a další ošetřující personál, který se o nemocné s demencí stará, budou nadále vystavovány utrpení pacientů a někdy také agresí ze strany rodinných příslušníků. Je úkolem vedoucích pracovníků, aby snížili dopad emocionálního vyčerpání zaměstnanců. Vhodným způsobem jsou školení zaměřená na práci s emocemi. Zaměstnanci se při těchto školeních mohou naučit, jak zvládat emoce vyvolané situacemi v práci a zároveň naslouchat vlastním pocitům (Harrald, 2018).

4.2 Prevence syndromu vyhoření

Protektivně proti syndromu vyhoření může působit pocit, že práce má smysl. Výhodou je, že zdravotník je informován o ochraně zdraví a ví, kde může vyhledat odbornou pomoc. Zdravotníci mají určité vzdělání, které zvyšuje jejich schopnost si poradit. Zdravotnické profese mají podle průzkumů veřejného mínění vysokou prestiž, což přispívá pocitu smysluplnosti. Prevence syndromu vyhoření je především kvalitní sít' mezilidských vztahů, dobrá časová organizace práce, realistické nároky na sebe, kvalitní zájmy a záliby (hudba, chov domácích zvířat), relaxační a meditační techniky, dostatek spánku a nealkoholických tekutin, tělesné cvičení. Běžně užívané návykové látky (alkohol, tabák) mohou stres naopak zvyšovat. Nešpor jako prevenci zmiňuje také smích a humor, který v těle vyvolává řadu změn a způsobuje lepší komunikaci a autoregulaci. Důležitá je rovněž spiritualita, pro niž je klíčová smysluplnost života, morální hodnoty, spojení s druhými, vnitřní rozvoj atd. (Nešpor, 2007).

4.2.1 Podpora duševní rovnováhy

Aby byl pracovní stres vyvážen, je třeba se starat o svou duševní rovnováhu. Ve zdravotnictví je těžké nenechat na sebe působit strach, beznaděj, vyčerpání a vztek, co prožívají nemocní. Zdroje podpory zdravotníků mohou být soukromé a pracovní. Mezi soukromé zdroje

podpory lze zařadit všechny, u kterých čerpáme energii, užíváme si s nimi zábavu. Ve zdravotnictví platí zachování naprosté anonymity pacientů, proto lze o pracovních věcech s těmito lidmi mluvit jen do určité míry. Navíc laické okolí většinou vydrží vyprávění z tohoto prostředí jen omezenou dobu. Existují i profesionální zdroje podpory, jsou často kolegové, členové profesionálních týmů, kteří jsou podobně laděni. Může se jednat i o nadřízeného. Výhody a nevýhody těchto zdrojů jsou znázorněny v tabulce č. 5 (Venglářová, 2013).

Tabulka č. 5 – Soukromé zdroje opory

Výhody soukromé opory	Nevýhody soukromé opory
Blízcí nás dobře znají, vědí, jak podpořit	Ochrana osobních údajů neumožňuje mluvit o všem
Blízcí jsou ochotní, k dispozici	Neznalost profese a mechanismů
Blízcí jsou obvykle na naší straně	Nechceme zatěžovat pracovními problémy

(Venglářová, 2013)

Dle Křivohlavého existují různé postupy při zvládnání stresu. Na jedné straně je řešení problému, na straně druhé jsou to strategie, které pomáhají zvládnout emocionální situace. Strategií pro zvládnání stresu může být například konfrontace s problémem, hledání sociální opory, hledání řešení problému, sebeovládání, distancování se, hledání pozitivních stránek situace, přijetí osobní zodpovědnosti za situaci, vyhnutí se stresové situaci. Křivohlavý jmenuje různé metody, které mohou pomoci stres zvládnout. Jako příklad uvádí procházky v přírodě, dechová cvičení, svalovou relaxaci, ventilaci emocí, relaxační techniky (autogenní trénink) či imaginaci (Křivohlavý, 2010).

4.2.2 Supervize

Supervize je proces, kterého se účastní tým, skupina nebo jednotlivec. Zaměřuje se na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s prací. Využívá se u profesí, jež se zaměřují na práci s lidmi, tedy ve zdravotnictví, sociálních službách, v řízení lidských zdrojů či v oblasti vzdělávání a výchovy. Supervizor pomáhá porozumět pocitům, hledání problémů, vyhodnocování dalšího vedení práce. Obsahem rozhovorů jsou situace z praxe. V rozhovoru se nemusí objevit jen problémy se stresem, bolestí a nemocnými, ale často se objevují také problémy ve vedení týmu, spolupráce s kolegy. Supervizor přináší pohled zvenčí, nabízí svá doporučení a zkušenosti. Poskytuje pracovníkovi podporu, přináší mu inspiraci pro nové postupy. Nejedná se o kontrolu ani řízení ze strany supervizora. Pokud by však došlo k závažnému pochybení, porušení zákona či etických norem, musel by supervizor zvážit další postup. Výhody a nevýhody supervize jsou znázorněny v tabulce č. 6 (Venglářová, 2013).

Tabulka č. 6 – Výhody a nevýhody supervize

Výhody supervize	Nevýhody supervize
Možnost sjednání v případě potřeby	Není k dispozici vždy a hned
Podělit se o své pocity a obtíže	Je limitovaná časově
Sdílet zodpovědnost	Supervizor nemusí vyhovovat všem účastníkům

(Venglářová, 2013)

5 Demence

Práce je zaměřena na řízení lidských zdrojů v institucích, které poskytují péči klientům s demencí. Byla proto zařazena kapitola týkající se demence, aby byla patrná důležitost celého oboru a ŘLZ v tomto odvětví. Dle WHO je demence syndrom, při němž dochází k zhoršení kognitivních funkcí (schopnost zpracovat myšlenky) ve větší míře, než je obvyklé během biologického stárnutí. Mátl et al. (2016) definuje demenci jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učením jazyk a úsudek, v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně šest měsíců.*“ Deficit kognitivních funkcí je obvykle doprovázen změnami nálad, emočními výkyvy. Přesto, že postihuje především starší lidi, nemusí nutně být důsledkem stárnutí.

Na celém světě aktuálně žije víc než 55 milionů lidí s demencí (v roce 2021) a každý rok přibývá téměř 10 milionů případů. Protože podíl seniorů v populaci celosvětově roste, předpokládá se, že toto číslo v roce 2030 vzroste na 78 milionů a v roce 2050 na 139 milionů. Více než 60 % lidí s demencí žije v zemích se středními a nízkými příjmy. V České republice žilo v roce 2015 asi 15 tisíc osob, z toho přibližně 51 tisíc mužů a 105 tisíc žen. Od roku 2014 do roku 2015 počet osob trpících demencí vzrostl o 3187 osob. Pro přirovnání lze uvést, že v roce 2015 se počet obyvatel s demencí téměř rovnal počtu obyvatel Plzně. Žen s demencí zde žilo přibližně stejně, jako je obyvatel Liberce, mužů asi tolik, jako je obyvatel Jihlavy. (WHO, 2021, Mátl et al., 2016).

Demence může být důsledkem různých onemocnění a úrazů postihující mozek. Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba (dále ACH) a její podíl je 60-70 % ze všech případů demence. Demence je sedmou nejčastější příčinou úmrtí a jednou z hlavních případů nesoběstačnosti. Má fyzické, psychologické, sociální a ekonomické dopady jak na lidi s demencí, tak na jejich rodiny, pečující osoby a na společnost jako celek. Lidé s demencí jsou často stigmatizováni kvůli nedostatečnému povědomí o tomto onemocnění ve společnosti. (WHO, 2021).

5.1 Příznaky demence

Demence má obvykle pozvolný nástup. Příznaky demence se mohou u každého člověka lišit v závislosti na dalších onemocněních a kognitivních funkcích před onemocněním. Obecně lze vznik demence rozdělit do třech stadií:

Časné stadium: toto stadium může být často přehlíženo pro pozvolný nástup, mezi příznaky můžeme zahrnout zapomnětlivost, změněný pojem o čase, zhoršená orientace na známých místech.

Střední stadium: při postupu demence se symptomy vyjasňují, patří mezi ně ztráta krátkodobé paměti, jména lidí, zmatenost v domácím prostředí, potíže s komunikací, potřeba asistence při denních činnostech, změny chování, bloudění, opakované dotazování.

Pozdní stadium: jedná se o fázi úplné závislosti na druhé osobě. Poruchy paměti jsou závažné a zjevné. Nemocný se neorientuje místem a časem, nepoznává rodinu a přátele, mnohdy má potíže s chůzí, projevují se u něj změny chování, které mohou přerůst do agrese (WHO, 2021).

Krom postižení kognitivních funkcí, které bylo podrobněji rozebráno výše, má demence významný dopad na chování. Mezi nejzávažnější poruchy chování u osob s demencí lze zařadit například:

- paranoidní ladění, bludy, halucinace
- poruchy v běžných činnostech
- agitovanost, agresivitu
- poruchy rytmu spánku/bdění
- změny nálad (deprese, úzkosti, známky mánie či fobie)

Dle Hauke přibližně 75 % nemocí s demencí je podezřivých a 40 % z nich má dojem, že jsou okrádáni. Halucinace bývají převážně zrakové. Agitované nebo agresivní chování lze očekávat u 80 % osob ve středně těžkém až těžkém stadiu demence. Poruchami spánku trpí přibližně 50 % nemocných, deprese se objevuje asi u 30-40 % nemocných (Hauke, 2014).

5.2 Formy demence

Existuje několik forem demence. Nejčastější z nich je Alzheimerova choroba. Dalšími typy jsou vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky a tzv. frontotemporální demence (degenerace čelního laloku). Demence se může vyvinout sekundárně po cévní mozkové příhodě (dále CMP) nebo v souvislosti s HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti), alkoholismem, po traumatickém poranění mozku nebo při nutričním nedostatku. Pomyslná hranice mezi jednotlivými formami demence není jasná a často existují smíšené formy demence (WHO, 2021).

Demence lze rozdělit podle jejich vzniku na symptomatické, které vznikají poškozením mozkové tkáně (např. vaskulární demence), a na sekundární, které se objevují při různých komorbiditách, infekcích, úrazech apod. Typy demence lze dělit dle lokalizace na kortikální, subkortikální, kortikobuskortikální. Podle kurability mohou být demence děleny na reverzibilní a ireverzibilní (Jirák et al., 2009, Zvěřová, 2017).

Alzheimerova choroba bývá nejčastější příčinou demence. Představuje asi 50 % všech případů demence. Další podíl má v kombinaci s jinými příčinami, například s vaskulární demencí (smíšená demence), nebo v kombinaci s demencí s Lewyho tělísky či Alzheimerova a Parkinsonova choroba. ACH je závažné neurodegenerativní onemocnění, při němž ubývají neurony a mozková tkáň, důsledkem toho vzniká syndrom demence. Nemocní kvůli ztrátě orientace bloudí i v jim známém prostředí, pro poruchu časové orientace navíc ztrácejí pojem o čase, například jdou v noci nakupovat (Jirák et al., 2009).

Vaskulární demence se primárně neřadí mezi neurodegenerativní onemocnění, ale mezi skupinu syndromů, které spojuje kognitivní deficit a vaskulární etiologie. Co do výskytu se vaskulární demence řadí na druhé až třetí místo (za ACH a demencí s Lewyho tělísky), takže odhadovaná prevalence je okolo 15-20 % všech demencí u osob nad 65 let věku. Častá bývá kombinace s již zmíněnou Alzheimerovou demencí, s níž rovněž sdílí rizikové faktory pro vznik. Pokud srovnáme jednotlivé projevy u vaskulární demence a projevy u Alzheimerovy choroby, vidíme jisté rozdíly – viz tabulka č. 7 (Caiserberger a Vališ, 2017).

Tabulka č. 7 – Rozdíly mezi vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou

	Vaskulární demence	Alzheimerova choroba
Rizikové vaskulární faktory v anamnéze	Ano	Méně často
Anamnéza inkontinence	Ano (časně)	Ne, nebo později
Nástup a progrese	Náhlý, pomalá, stupňovitá	Pomalý, trvalý pokles
Charakter kognitivního deficitu	Subkortikální, ale i kortikální	Typicky kortikální
Neurologický nález	Parézy či jiné ložiskové příznaky	Dlouho bez ložiskové symptomatiky
Chůze	Často časně postižená	Normální
Ložiskový nebo difuzní nález na CT/MR	Zřetelný	Častý nespecifický nález atrofie

(Caiserberger a Vališ, 2017)

Demence s Lewyho tělísky je popisována jako onemocnění na pomezí mezi Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí. Demence s Lewyho tělísky se málokdy objevuje samostatně, většinou se objevují i příznaky ACH, pro kombinaci těchto dvou onemocnění se používá výraz Lewy body varianta Alzheimerovy demence (Jirák, et al. 2009). Demence s Lewyho tělísky má typické rysy. Patří mezi ně kognitivní porucha s poruchou pozornosti, kolísání kvalitativní úrovně vědomí, přičemž se mohou objevovat deliria. Časté jsou také psychotické a neuropsychiatrické příznaky, tzv. halucinace, nejčastěji v noci, typické jsou halucinace cizích osob v pokoji, nemocný s objekty konverzuje. Přidružená bývá i deprese, která se někdy vyskytuje jako prodromální příznak. Typickým příznakem je také svalová rigidita a s ní související pády. Demence s Lewyho tělísky se vyskytuje nejčastěji u lidí starších 60 let (Jirák, 2013).

Parkinsova nemoc je častým neurodegenerativním onemocněním. Klinicky se projevuje jako soubor symptomů – akineze, rigidita, tremor. Při Parkinsonově nemoci se asi v 10 % případů vyskytuje demence. Prevalence stoupá s věkem a s motorickým postižením. Demence je převážně podkorová. U více než poloviny nemocných se vyskytuje kognitivní deficit, u něhož není zřejmé, zda se jedná o demenci, pseudodemenci, nebo zda je to důsledek zpomalení psychických funkcí při depresi. Onemocnění je mimo deprese často provázeno anxiétou a psychotickými příznaky. (Masopust a Vališ, 2003).

5.3 Rizikové faktory pro vznik demence

Nejběžnějším rizikovým faktorem je věk. Demence však nepostihuje pouze seniory, demence s časným nástupem (do 65 let) tvoří až 9 % případů. Mezi další rizikové faktory lze zařadit deprese, sociální izolaci, znečištěné ovzduší, nižší vzdělání a kognitivní nečinnost. Dle studií mohou lidé snížit riziko vzniku demence pravidelnou fyzickou aktivitou, tím, že nebudou kouřit, budou se vyhýbat alkoholu. Důležité je dbát na zdravou stravu, hladinu cukru a cholesterolu v krvi, fyziologické hodnoty krevního tlaku (WHO, 2021).

Riziko vzniku demence se zvyšuje současně s věkem. Zatímco u demence s časným nástupem je prevalence v jednociferných číslech, v důchodovém věku se výskyt zvyšuje s každým rokem věku. U věkových skupin na 80 let již prevalence dosahuje dvojciferných čísel. Ve věku nad 80 let trpí demencí každý pátý senior, na 90 let téměř každý druhý. Ve vyšších věkových kategoriích trpí demencí výrazně častěji ženy než muži (Mátl et al., 2016).

Dle Alzheimer's Disease International lze faktory pro vznik demence rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi faktory, jež nelze ovlivnit, patří například gen APOE,

o němž je známo, že zvyšuje riziko Alzheimerovy choroby u lidí. Dalším faktorem, který nelze ovlivnit, je pohlaví. Ženské pohlaví má větší pravděpodobnost, že onemocní demencí. Je to i proto, že ženy žijí déle.

Lidé svým chováním mohou dle Alzheimer's Disease International předejít nebo oddálit až 40 % demence. Faktory, které člověk může svým jednáním do jisté míry ovlivnit, a snížit taky riziko vzniku demence, jsou:

- nízká fyzická aktivita
- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu
- znečištění ovzduší
- úrazy hlavy
- nízký sociální kontakt
- nižší vzdělání
- obezita
- hypertenze
- diabetes 2. typu
- deprese
- sluchové postižení

Dle Livingstona et al. (2020) jsou klíčové také 3 další faktory: nadměrná konzumace alkoholu, traumatická poranění mozku a znečištění ovzduší. Livingston et al. se domnívá, že na základě výše zmíněných 12 faktorů vzniká přibližně 40 % demencí, kterým by se teoreticky dalo předejít nebo by se daly oddálit. Prevence vzniku demence se týká jak politiky, tak jednotlivců. Jedná se o programy veřejného zdraví i o individuální ochranu zdraví. Politika by se měla zaměřit na vysoce rizikové skupiny s cílem zvýšit sociální, kognitivní a fyzickou aktivitu a také kardiovaskulární zdraví.

Opatření, která by mohla být v této oblasti nápomocná, je vzdělávání pro všechny děti, minimalizace poranění hlavy a snížení pití alkoholu. Tato opatření by mohla snížit demenci v nižším i pozdějším věku. Demenci by částečně mohlo předejít nebo oddálit udržování hladiny krevního tlaku na 130 mm Hg nebo nižší. Přestat kouřit, a to v jakémkoli věku, také do určité míry zmírňuje riziko vzniku demence. Livingston doporučuje zůstat kognitivně, fyzicky a sociálně aktivní i ve středním a pozdějším věku (Livingston et al., 2020).

5.4 Péče o osoby s demencí

Péče lidem s demencí je poskytována částečně systémem zdravotnictví, částečně systémem sociálních služeb. Propojení těchto dvou sektorů je zatím stále neukotvené. Podstatnou část péče zajišťují neformálně rodinní příslušníci a další pečovatelé v domácnostech. Okrajový podíl mají služby hotelového typu, které jsou ovšem jakousi šedou ekonomikou, neboť seniorům nabízí ubytování bez oprávnění poskytovat sociální služby. Pro lepší přehlednost je níže vložena tabulka č. 8 (Mátl et al. 2016).

Tabulka č. 8 – Poskytování péče osobám s demencí

	Terénní	Ambulantní	Pobytové
Neformální	Neformální péče v domácnostech		
Sociální služby	Respitní péče Pečovatelská služba Tísňová péče Osobní asistence	Denní stacionáře Odborné sociální poradenství Centra denních služeb	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Domovy se zvláštním režimem
Zdravotní péče	Domácí péče Hospicová péče	Psychiatrické ambulance Neurologické ambulance Geriatrické ambulance Hospicová péče	Nemocnice Léčebny dlouhodobě nemocných Psychiatrické léčebny Lázeňská péče Ostatní lůžková zařízení Hospicová péče
Šedá ekonomika	Ostatní služby		Služby hotelového typu

(Mátl et al., 2016)

Podle Mátl et al. Česká republika výrazně zaostává ze Evropou co do schopnosti postarat se o lidi s demencí. V sousedním Německu jsou služby poskytovány 26 % lidí s demencí, ve Francii každému druhému, v České republice je podíl odhadován na pouhých

10 %. Pokud by Česká republika měla nabízet obdobný objem služeb pro nemocné s demencí, stávající kapacity by musely být navýšeny na trojnásobek (Mátl et al. 2016).

Zdravotní péče o lidi s demencí je dle Mátle et al. poskytována především jako ambulantní a lůžková. Jedná se o psychiatrické ambulance, které navštěvuje kolem 40 tisíc nemocných s demencí, další péči poskytují také neurologické a geriatrické ambulance. Poslední údaje o lůžkové péči poskytované pacientům s demencí jsou z roku 2013, kdy bylo hospitalizováno 8,5 tisíce pacientů s demencí a průměrná ošetrovací doba byla 78 dnů (v jiných státech EU to je okolo 20 dnů). Dle Mátle je ambulantní zdravotní péče poskytována 1 ze 4 osob trpících demencí a pouze 1 z 16 osob je poskytována lůžková zdravotní péče (Mátl et al., 2016).

Sociální péče je poskytována v domácím prostředí formou terénních služeb, formou ambulantní a pobytovou. Pobytové sociální služby se často zaměřují přímo na péči o lidi s určitými formami demence, jsou to často domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Počet zařízení se zvláštním z dlouhodobého hlediska stoupá – v roce 2009 jich byla na našem území 199, v roce 2005 již 276. Dle Mátle lidé s demencí tvoří 70 % podíl obyvatel domovů pro seniory a 90 % podíl obyvatel domovů se zvláštním režimem. Zhruba 16 % osob s demencí v roce 2015 žilo v domovech pro seniory a 9 % v domovech se zvláštním režimem (Mátl et al., 2016).

Dle Malíkové se péče o seniory, potažmo i o lidi s demencí, v posledních letech výrazně změnila k lepšímu. Lidé s postižením byli izolováni v ústavech (zdravotních i sociálních) a existence těchto osob se tabuizovala. Společnost se tvářila, že existují pouze zdraví a silní lidé. Tento přístup znamenal direktivní chování, rutinní přístup péče bez hlubšího porozumění jednotlivcům a jejich potřebám. Staří lidé byli dříve umísťováni do státních domovů důchodců, poskytovanou péči financoval stát. V současné době je trend tzv. deinstitucionalizace. Jedná se o individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí. Je třeba vzít v úvahu situaci rodiny, zda může nemocnému péči poskytovat (zaměstnání, finanční situace, bydliště apod.) (Malíková, 2020).

5.5 Léčba demence

Farmakologická léčba demence je pouze symptomatická, její účinnost je omezená. Účinek farmakoterapie je vyšší v kombinaci s fyzioterapií a v případě potřeby také s léčbou antidepressiv a antipsychotiky. Nefarmakologická léčba demence znamená především podporu nemocných a rodinných příslušníků. Prioritou by mělo být stanovení cílů léčby a strategie

zpomalení prohlubování příznaků demence. V první řadě je důležité vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří o nemocné s demencí pracují (Šáteková, 2021).

Holmerová et al. (2005) uvádí, že nefarmakologické přístupy mohou být rozděleny podle svého zaměření. Některé z těchto přístupů vyžadují trpělivost, emoční stabilitu a odborné dovednosti zdravotnických pracovníků, což pro zdravotníky může představovat emoční vypětí. Mezi tyto přístupy patří:

- **Zachování či zlepšení soběstačnosti v běžných denních činnostech.** Pečující osoby by měly být kvalifikované a trpělivé, aby u nemocných s demencí podporovaly soběstačnost v sebeké.
- **Zmírnění či odstranění problémového chování.** Za problémové chování u lidí s demencí je považována především agitace a agresivita. Je doporučováno analyzovat, jaké souvislosti mohou toto chování vyvolávat. Důležité je vyhledávat fyziologické potřeby nemocných, které nemohou být verbálně vyjádřeny a mohou u nemocných vyvolávat neklid (Holmerová et al., 2005).
- **Zlepšení kvality života a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetrujícím personálem.** Komunikaci je třeba přizpůsobit schopnosti přijímat informace a posilovat ty schopnosti, které zůstaly zachovány. Zmiňována je rovněž tzv. validace. Jedná se o přístup, během něhož je kladen důraz na lidskou důstojnost, naslouchání a empatii. Pečující osoba by měla přijmout téma pacienta a pracovat s ním. Přímé odmítnutí tématu by u nemocného mohlo vyvolat neklid a agresi (Holmerová et al., 2005). Nutným předpokladem pro poskytování ošetrvatelské péče nemocným s demencí je emoční stabilita, empatie, což je na druhou stranu velmi psychicky náročné (Hrozenská, 2013).
- **Zlepšení kvality života v terminálních fázích demence.** Všechny druhy demence postupně progredují do terminální fáze, v níž nemocní potřebují náročnou ošetrvatelskou péči. Pro nemocné je velmi důležité, aby s nimi pečující personál uměl navázat kontakt. i přes veškerá omezení (Holmerová et al. 2005). V terminální fázi demence je nesmírně důležitá ošetrvatelská péče poskytovaná kvalifikovanými odborníky (Hrozenská, 2013).

5.6 Možný dopad demence

Důsledky demence nepostihují jen nemocné, ale i jejich blízké. Často vedou k předčasnému úmrtí a ke zhoršení kvality života (Holmerová et al. 2015).

Demence může mít významný socioekonomický dopad, pokud jde o přímé náklady na zdravotní a sociální péči. V roce 2019 byly tyto náklady odhadnuty na 1,3 bilionu USD,

očekává se, že v roce 2030 by tyto náklady mohly překročit 2,8 bilionu amerických dolarů (dále jako USD) (WHO, 2021).

Lidé s demencí mají více fyzických zdravotních problémů než ostatní lidi v jejich věku, ale často se jim dostává méně primární zdravotní péče a je pro ně obtížné definovat potřebu péče. Nemocní s demencí bývají častěji hospitalizováni pro nemožnost zvládnout péči doma. Hospitalizace jsou pro ně stresující, navíc v případě demenčních pacientů jsou spojeny se špatnými výsledky a vysokými náklady (Livingston et al., 2020).

Osoby, které poskytují ošetrovatelskou péči nemocným s demencí, pracují v profesi, kterou lze považovat za náročnější než mnoho jiných profesí. Problémové může být navázání vztahu se všemi klienty v pobytovém zařízení. Zdravotníci musí zachovávat profesionalitu, což může vyústit v chladnější přístup a emoční neangažovanost. Pro zdravotníky je takový přístup jakási obrana před smutkem (Hrozenská, 2013).

6 Výzkumná část

6.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem je zjistit míru vyhoření u zaměstnanců poskytujících ošetrovatelskou péči klientům s demencí vzhledem k řízení lidských zdrojů. K hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle.

Dílčí cíl 1: Popsat proces řízení lidských zdrojů ve vybraných zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí.

Dílčí cíl 2: Zjistit motivaci zaměstnanců v daných zařízeních; jaké jsou způsoby prevence syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 3: Srovnat míru výskytu vyhoření vzhledem k popsaným procesům řízení lidských zdrojů v souvislosti se zjištěným stavem řízení lidských zdrojů na daném pracovišti.

K cílům byly stanoveny tyto hypotézy:

H1₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou emočního vyčerpání (dále jako EE), depersonalizace (dále jako DP) a osobního uspokojení (dále jako PA) a věkem respondentů.

H1_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a věkem respondentů.

H2₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a pracovní pozicí respondentů.

H2_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a pracovní pozicí respondentů.

H3₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností zaměstnanců s ohodnocením.

H3_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností zaměstnanců s ohodnocením.

H4₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností s pracovní náplní

H4_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností s pracovní náplní.

H5₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vzděláním zaměstnanců.

H5_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vzděláním zaměstnanců.

H6₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí.

H6_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí.

6.2 Metodika výzkumu

Před zahájením dotazníkového šetření bylo zjišťováno, jak probíhá řízení lidských zdrojů v jednotlivých zařízeních z pohledu vedoucího pracovníka. Ředitelům zúčastněných institucí bylo položeno 10 otázek, které se týkaly řízení lidských zdrojů na konkrétním pracovišti. Byl veden rozhovor, jemuž předcházelo podepsání informovaného souhlasu s výzkumem. Rozhovory probíhaly přímo v zařízení, ředitelům byly kladeny otázky, odpovědi byly rovnou zaznamenány do textového editoru. Otázky jsou přílohou č. 13.

K výzkumné části diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum provedený ve vybraných zařízeních, která se zabývají péčí o klienty s demencí. Pro výzkum byl vytvořen vlastní dotazník se 17 otázkami (viz příloha č. 14). V tomto dotazníku byly použity jak otevřené otázky, ke kterým mohl respondent napsat vlastní odpověď, tak otázky uzavřené, v nichž bylo na výběr z několika možností. U některých otázek byla možnost označit odpověď nebo dopsat vlastní odpověď.

Dále byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (dále jako MBI), jehož autorkami jsou Christina Maslach a Susan E. Jackson (1996). MBI dotazník je používán pro zjištění míry vyhoření a používá se nejčastěji u zdravotníků, sociálních pracovníků, učitelů a dalších pomáhajících profesí (celý dotazník v příloze 13). MBI se skládá z 22 otázek, které se týkají syndromu vyhoření. 9 položek v MBI dotazníku se týká emočního vyčerpání (dále jako EE), 5 otázek je zaměřeno na depersonalizaci (dále jako DP), 8 otázek měří u respondentů míru osobního uspokojení (dále jako PA). Respondent každou otázku hodnotí číslem 0-7 podle míry vlastních pocitů.

EE znamená naprosté vyčerpání, ztrátu zájmu a chuti prožívat a vychutnávat život. Je to nejspolehlivější ukazatel vyhoření.

DP se může projevit ztrátou úcty k druhým lidem, je častý u lidí, kteří očekávají kladnou odezvu ostatních. V případě nedostatku této odezvy dochází k odosobnění, cynismu a povýšení.

Nedostatek **PA** se vyskytuje u osob s nízkým sebevědomím a sebehodnocením. Tito lidé mají málo energie k zvládnání situací a snižuje se jejich výkonnost (Křivohlavý, 1998).

6.3 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v listopadu 2021 ve 4 zařízeních, která udělila souhlas s výzkumem. Byla snaha oslovit větší počet zařízení, ale většina z nich dotazníkové šetření na jejich pracovišti odmítla, většinou z důvodu epidemiologické situace. Výzkumu předcházelo udělení písemných souhlasů a souhlas etické komise (vše v přílohách). Do každého zařízení bylo řešitelkou dodáno 40 dotazníků a uzavřená schránka pro jejich sběr. Vyplnění dotazníku bylo pro zaměstnance dobrovolné a anonymní, jejich vyplněním respondent souhlasil se zařazením do výzkumu. Účel výzkumu byl vysvětlen vedoucím pracovníkům v každém zařízení, k dotazníkům byl přiložen informovaný souhlas. Dotazníky byly po 3 týdnech vyzvednuty řešitelkou dle předchozí dohody s vedoucím pracovníkem. Ze 160 dotazníků se navrátilo 147, 7 jich však bylo vyřazeno pro nekompletní vyplnění. Pro vyhodnocení tak bylo použito 140 dotazníků, což je 87,5 % návratnost.

6.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnila 4 zařízení, která poskytují péči klientům s demencí na území Pardubického kraje. Jednalo se o Domov důchodců sv. Zdislavy v Červené Vodě, Domov pro seniory Heřmanův Městec, Sociální služby Lanškroun a Sociální služby Česká Třebová. Tato zařízení budou dále označena jako zařízení A, B, C, D (v náhodném pořadí) pro lepší zachování anonymity. Jako respondenti byli vybráni zaměstnanci těchto zařízení, kteří poskytují ošetrovatelskou péči klientům s demencí.

6.5 Zpracování dat

Získané dotazníky byly rozděleny podle jednotlivých zařízení, každé zařízení bylo označeno písmenem A, B, C, nebo D, aby byla zachována jejich anonymita. U dotazníku MBI byly sečteny hodnoty podle jednotlivých kategorií, jimiž jsou EE, DP a PA. Dotazníky byly poté očíslovány a údaje z nich byly zapsány do programu Microsoft Office Excel. Kvalitativní proměnné byly prezentovány pomocí absolutní četnosti (N) a relativní četnosti (%), u kvantitativních proměnných byly výsledky prezentovány pomocí aritmetického průměru, absolutní a relativní četnosti, směrodatné odchylky, minima a maxima. Ke statistické analýze byl zvolen test ANOVA – test středních hodnot pro nezávislá měření, tento test byl zvolen díky

splnění normálního rozložení. Pro zpracování získaných dat byla zvolena hladina významnosti 5 %. Dále byly vytvořeny kontingenční tabulky a proveden chí kvadrát test nebo Fisherův exaktní test.

6.6 Výsledky

6.6.1 Řízení lidských zdrojů z pohledu vedoucích pracovníků

Zařízení A:

- Dle informací vedení v zařízení A nové **zaměstnance vyhledávají** pomocí inzerátu, Úřadu práce, vlastních webových stránek, kontakty předávají také stávající zaměstnanci.
- **Obsahem inzerátu** jsou vždy požadavky na uchazeče, platové podmínky a nabízené benefity.
- **Uchazeči**, kteří mají o práci zájem, bývají ze stejného oboru, ale i z jiných oborů, někdy se vrací zpět bývalí zaměstnanci.
- **Před nástupem do zaměstnání** je proveden přijímací pohovor s vedoucím úseku, pracovník je seznámen s prostředím, se mzdovou účetní a s ředitelem.
- Po nástupu do zaměstnání následuje **adaptační proces**, jehož délka není pevně stanovena. Adaptaci vede zkušený zaměstnanec, management by do budoucna uvítal zlepšení adaptačních procesů na pracovišti.
- **Pracovní poměr** bývá nejčastěji ukončen ve zkušební době, po vypršení smlouvy nebo dohodou.
- Zaměstnanci jsou povinně **vzdělávání**, zařízení jim umožňuje stáže v dalších zařízeních podobného typu. Mimo to probíhá vzdělávání na pracovišti (bezpečnost při práci apod.), zaměstnanec tato organizace podporuje ve zvyšování kvalifikace. Zařízení je zapojeno do projektu implementace paliativní péče.
- Co se týče **benefitů**, zařízení A zaměstnancům nabízí příspěvek na stravování, na penzijní připojištění, poukázky UNIŠEK a fondu sociálních a kulturních potřeb (dále jako FKSP) na nákupy dle vlastního výběru. Jsou pořádány kulturní a sportovní akce. Tyto benefity jsou hrazeny z FKSP. Zaměstnanci mají možnost čerpání 3 „Sick days“, tento benefit je hrazen přímo organizací.

Zařízení B:

- V zařízení B nové zaměstnance **vyhledávají** pomocí inzerátu, Úřadu práce, vlastních webových stránek, kontakty předávají také stávající zaměstnanci.

- **Obsahem inzerátu** je nabízená pracovní pozice, předpoklady, jakými by měl uchazeč disponovat a benefity.
- **Uchazeči**, kteří mají o práci zájem, bývají z různých oborů, častými uchazeči jsou neúspěšní absolventi zdravotnických škol.
- **Před nástupem do zaměstnání** personalista připraví vstupní administrativní úkony, údaje o novém zaměstnanci jsou předány vedoucímu úseku.
- Po nástupu do zaměstnání následuje **adaptační proces**, který trvá 3 měsíce, stejně jako zkušební doba. Při neúspěšném zapracování je pracovní poměr ukončen, pokud je zaměstnanec úspěšně adaptován, je mu přiděleno osobní ohodnocení.
- **Pracovní poměr** bývá nejčastěji ukončen odchodem do důchodu, dohodou ze strany zaměstnance, výjimečně ze strany zaměstnavatele.
- Zaměstnanci jsou zapojeni do celoživotního **vzdělávání**, obsah školení je přizpůsoben zájmu kolektivu. Školení probíhá na pracovišti, školitelem je externí odborník. Další školení probíhají dle vlastního zájmu zaměstnanců.
- Zařízení svým zaměstnancům nabízí příspěvek na stravování, na penzijní připojištění, půjčky FKSP, odměny při životních jubileích, příspěvky na relaxační pobyty, možnost dvakrát ročně navštívit fyzioterapeuta. Jsou pořádány sportovní a kulturní akce. Všechny **benefity** jsou hrazeny z FKSP.

Zařízení C:

- Noví zaměstnanci jsou **vyhledávání** pomocí inzerátu, Úřadu práce, vlastních webových stránek, kontakty předávají také stávající zaměstnanci.
- **Obsahem inzerátu** je nabízená pracovní pozice, požadavky na zaměstnance a nabízené benefity.
- **Uchazeči**, kteří mají o práci zájem, bývají většinou z oboru.
- Nástupu do zaměstnání předchází **přijímací pohovor**, jehož je přítomen ředitel, zástupkyně a vrchní sestra.
- **Adaptační proces** trvá 3-6 měsíců, zaměstnanci je přidělen školitel. Během adaptace je zaměstnanec průběžně hodnocen vedoucím pracovníkem.
- **Pracovní poměr** bývá nejčastěji ukončen odchodem do důchodu, výpovědí ze strany zaměstnance.
- Zaměstnanci jsou povinně **vzdělávání**, témata si ale do jisté míry mohou vybírat sami.
- Zařízení C svým zaměstnancům nabízí příspěvek na stravování, na penzijní připojištění, jsou pořádány kulturní akce. **Benefity** jsou hrazeny z FKSP.

Zařízení D:

- V zařízení D nové zaměstnance **vyhledávají** pomocí archivu žádostí na personálním oddělení, pomocí Úřadu práce, a vlastních webových stránek.
- **Obsahem inzerátu** je nabízená pracovní pozice, nutné vzdělání a znalosti, benefity.
- **Uchazeči**, kteří mají o práci zájem, bývají většinou z oboru.
- **Před nástupem** do zaměstnání proběhne s žadatelem přijímací pohovor za přítomnosti ředitele a vedoucího pracovníka.
- Zaměstnanci v **adaptaci** je přidělen školitel, zaměstnanec je průběžně hodnocen, adaptace končí po roce, kdy také končí pracovní smlouva, ta je poté ukončena nebo prodloužena.
- **Pracovní poměr** bývá nejčastěji ukončen odchodem do důchodu.
- Na začátku roku je stanoven plán **vzdělávání**, některá školení jsou povinná, některá doporučená, zaměstnanci si také mohou zvolit školení dle vlastního výběru.
- Z **benefitů** nabízí zařízení D příspěvek na penzijní připojištění a příspěvek 1000,- Kč na vitaminy, vše je hrazeno z FKSP.

6.6.2 Soubor

Výzkumného šetření se zúčastnilo 140 respondentů, 36 respondentů bylo ze zařízení A, 36 respondentů ze zařízení B, v zařízení C dotazník vyplnilo 33 zaměstnanců a v zařízení D 35 zaměstnanců. Z celého souboru bylo pouze 7 mužů, což je velmi malý vzorek, jejich dotazníky byly proto z hodnocení vyřazeny a v dalším srovnání již nebudou výsledky z nich použity. Rozdělení respondentů podle pohlaví je znázorněno absolutní a relativní četností v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 – Pohlaví respondentů

		Žena	Muž	CELKEM
Zařízení A	n	34	2	36
	%	94,44 %	5,56 %	100,00 %
Zařízení B	n	33	3	36
	%	91,67 %	8,33 %	100,00 %
Zařízení C	n	32	1	33
	%	96,97 %	3,03 %	100,00 %
Zařízení D	n	34	1	35
	%	97,14 %	2,86 %	100,00 %
CELKEM	n	133	7	140
	%	95,00 %	5,00 %	100,00 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

Průměrný věk respondentů byl mírně přes 42 let, nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 66 let. Nejnižší průměrný věk měli zaměstnanci v zařízení B (36,18 let), nejvyšší průměrný věk měli zaměstnanci v zařízení D (47,26 let). Podrobněji je věk respondentů znázorněn v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10 – Věk respondentů

	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Zařízení A	42,53	19	62	11,12
Zařízení B	36,18	19	54	11,04
Zařízení C	42,53	22	60	9,50
Zařízení D	47,26	21	66	11,13
CELKEM	42,17	19	66	11,44

Další otázky z dotazníku a odpovědi na ně jsou níže popsány a očíslovány jako 1-12.

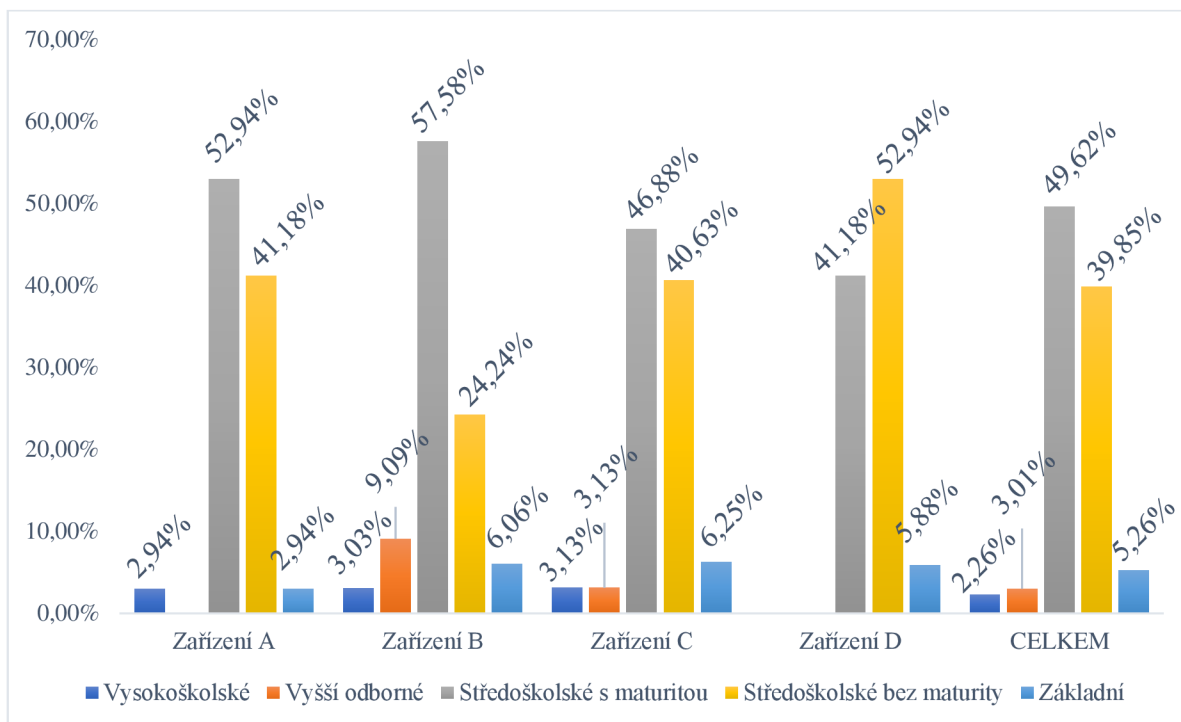
1. Jak dlouho pracujete v této organizaci?

Průměrná délka pracovního poměru byla 9 let. Nejkratší pracovní poměr trval v době, kdy výzkum probíhal, 0,5 roku, nejdelší pracovní poměr trval 37 let. V průměru nejdéle pracují zaměstnanci v zařízení D (16,03 let), naopak nejkratší dobu průměrně pracují zaměstnanci v zařízení B (4,85 let). Podrobněji jsou hodnoty zaznamenány v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11 – Délka pracovního poměru

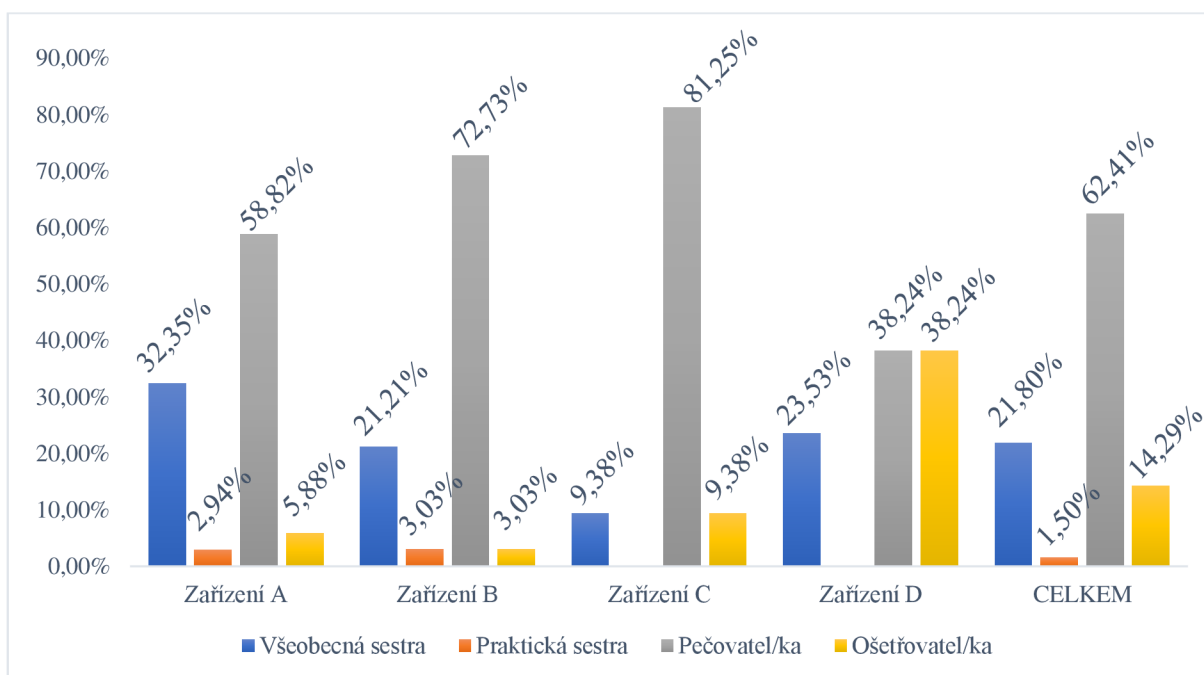
	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Zařízení A	7,94	1	37	7,70
Zařízení B	4,85	0,5	18	4,50
Zařízení C	6,94	0,7	25	5,71
Zařízení D	16,03	1	37	11,21
CELKEM	9,00	0,5	37	8,73

Co se týče vzdělání zaměstnanců, pouze 3 respondenti měli dokončené vysokoškolské vzdělání, 4 respondenti měli vyšší odborné vzdělání. Nejvíce zaměstnanců mělo středoškolské vzdělání s maturitou (66 zaměstnanců), 53 zaměstnanců mělo středoškolské vzdělání bez maturity. 7 respondentů uvedlo, že mají dokončené základní vzdělání. Vzdělání respondentů je graficky znázorněno v grafu č. 1 a tabulce v příloze č. 1.



Graf č. 1 – Vzdělání zaměstnanců

Ve vybraných zařízeních pracovalo celkem 29 všeobecných sester, 2 praktické sestry, 83 pečovatelek a 19 ošetřovatelek. Hodnoty jsou znázorněny v grafu č. 2. a příloze č. 2.

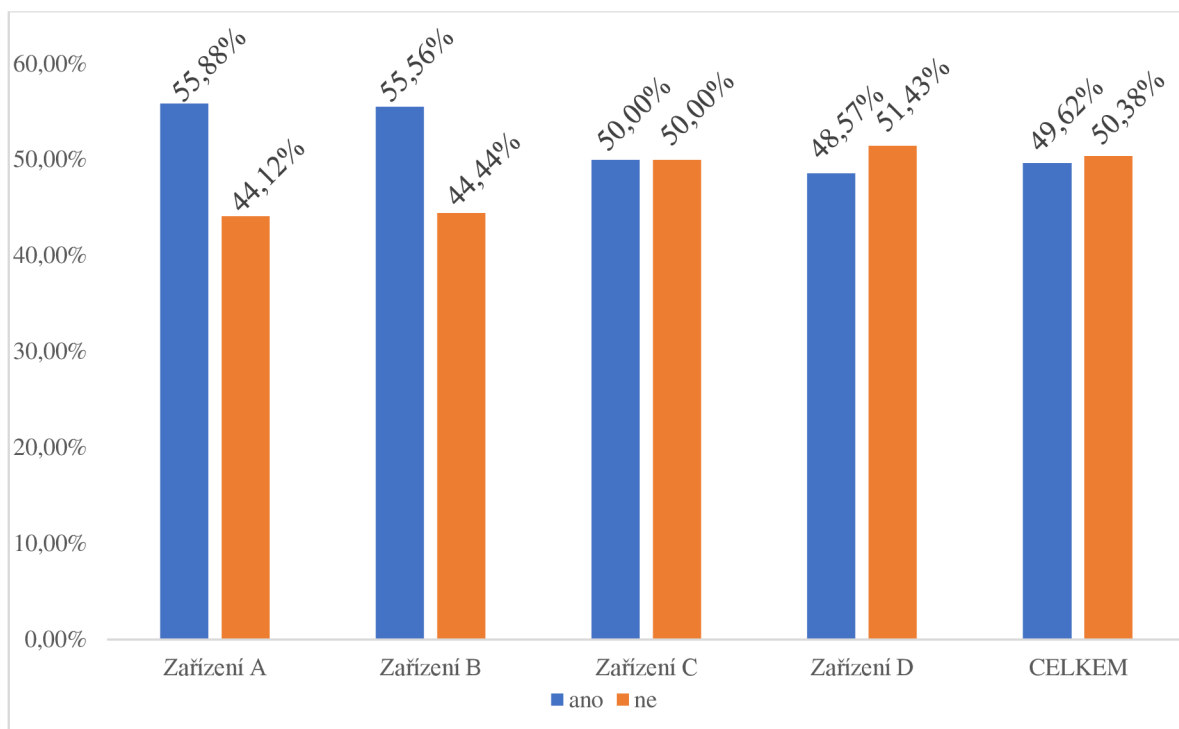


Graf č. 2 – Pracovní pozice zaměstnanců

6.6.3 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

1. Je zaměření Vašeho vzdělání totožné s Vaší pracovní pozicí?

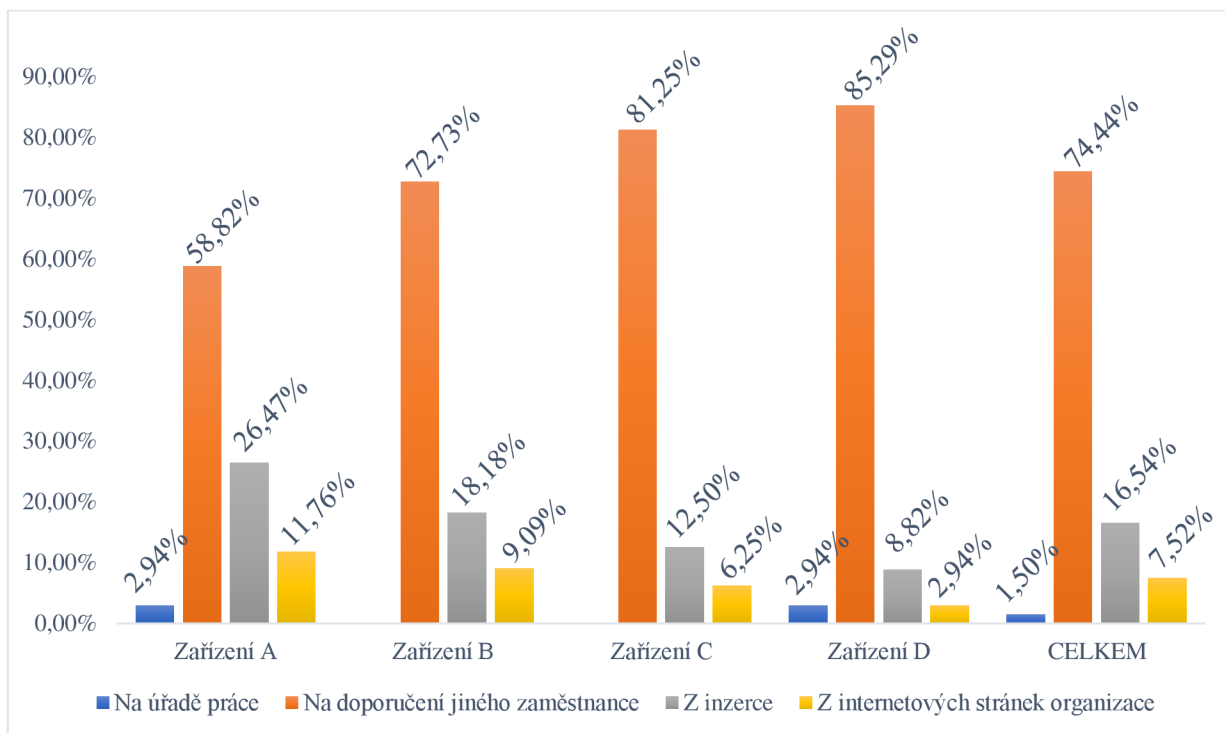
Bylo zjišťováno, zda zaměstnanci pracují na pozici, která je totožná se zaměřím jejich vzdělání. 50,38 % respondentů uvedlo, že ne, že pracují na pozici, která není s jejich vzděláním totožná. 49,62 % zaměstnanců mělo vzdělání totožné se svou pracovní pozicí. Podrobnější popis viz graf č. 3 a příloha č. 3.



Graf č. 3 – Zaměření vzdělání vs. pracovní pozice

2. Jak jste se dozvěděl/a o pracovní pozici, na níž jste zaměstnaný/á?

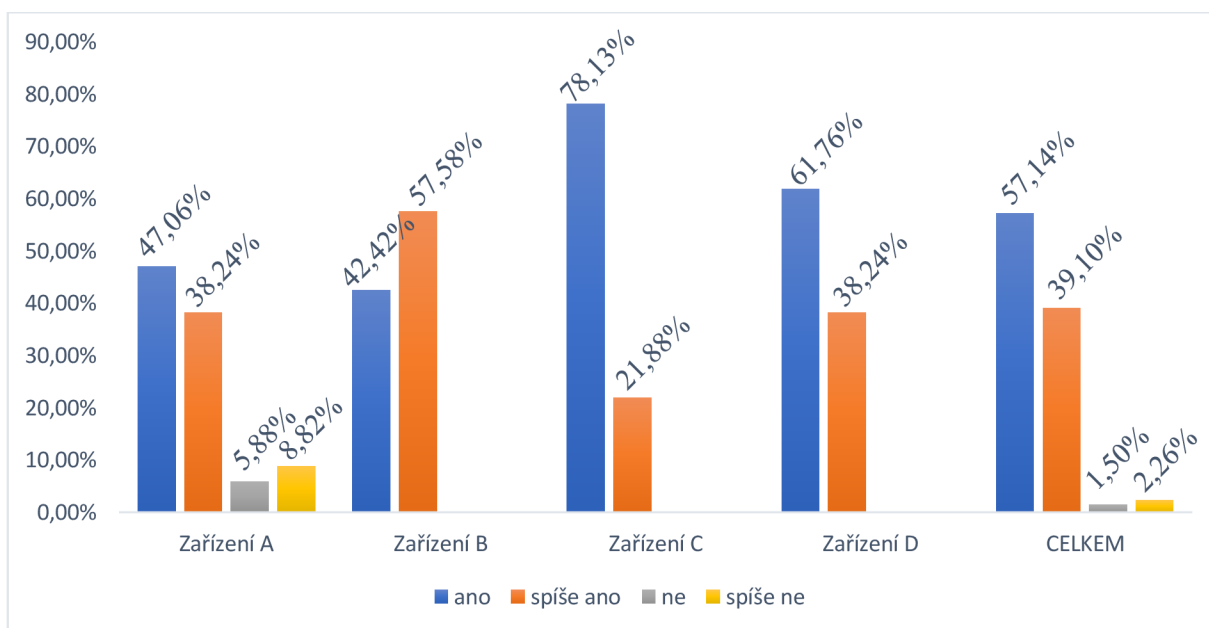
Bylo zjišťováno, odkud se zaměstnanci dozvěděli o volné pracovní pozici, o kterou se později ucházeli. Pouze 2 respondenti (1,5 %) uvedli, že jim o pracovní pozici dal vědět Úřad práce, 99 respondentů (74,44 %) se o pozici dozvědělo doporučením stávajícího zaměstnance. 22 zúčastněných (16,54 %) se o pracovní pozici dozvědělo z inzerce a 10 (7,52 %) z internetových stránek organizace.



Graf č. 4 – Zdroj informací o pracovní pozici

3. Jste spokojen/a s náplní Vaší práce?

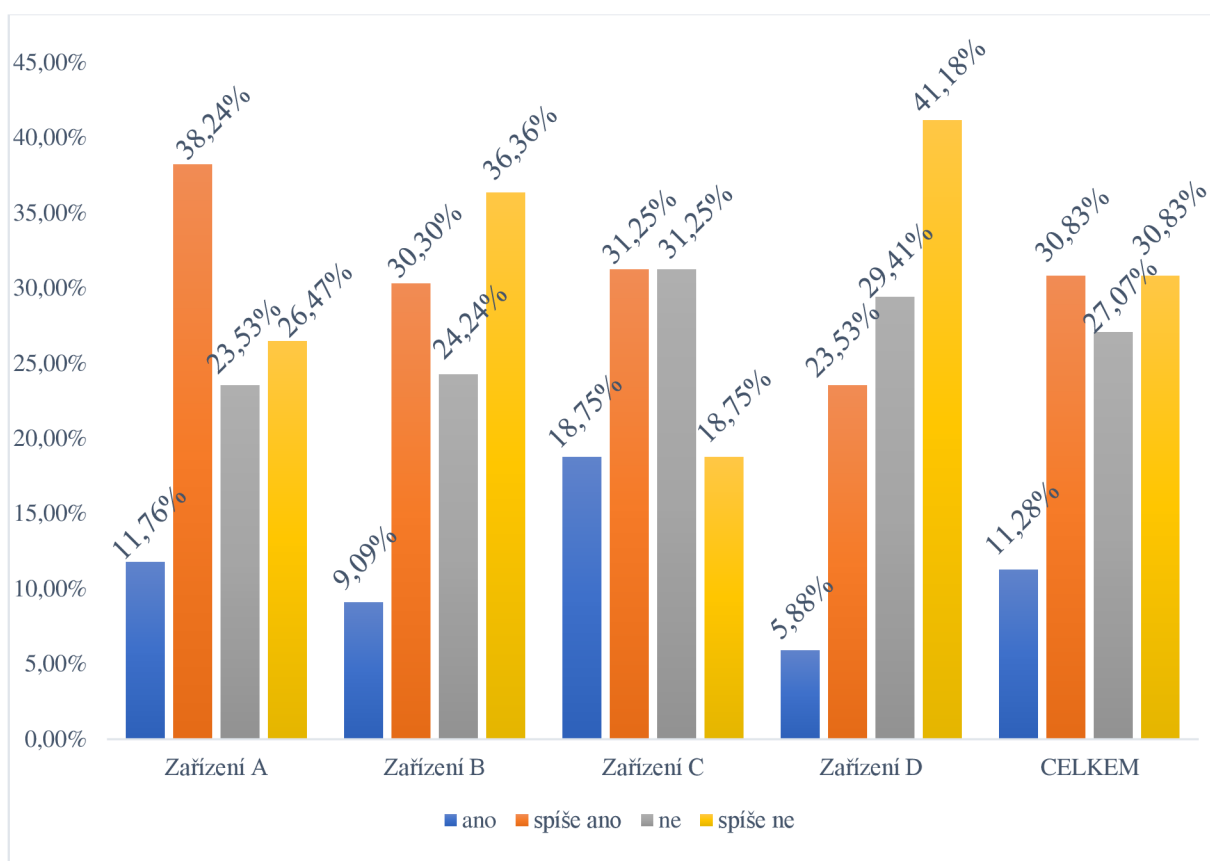
U respondentů byla zjišťována spokojenost s náplní jejich práce. 57,14 % respondentů uvedlo, že jsou se svojí pracovní náplní spokojeni, 39,1 % respondentů odpovědělo „spíše ano“. Pouze v zařízení A se objevila dvakrát odpověď „ne“ a třikrát „spíše ne“. Tyto odpovědi tvoří 3,75 % celého souboru a 14,7 % souboru ze zařízení A. Lepší znázornění v grafu č. 5 a příloze č. 5.



Graf č. 5 – Spokojenost s náplní práce

4. Je pro Vás práce s klienty trpící demencí obtížná?

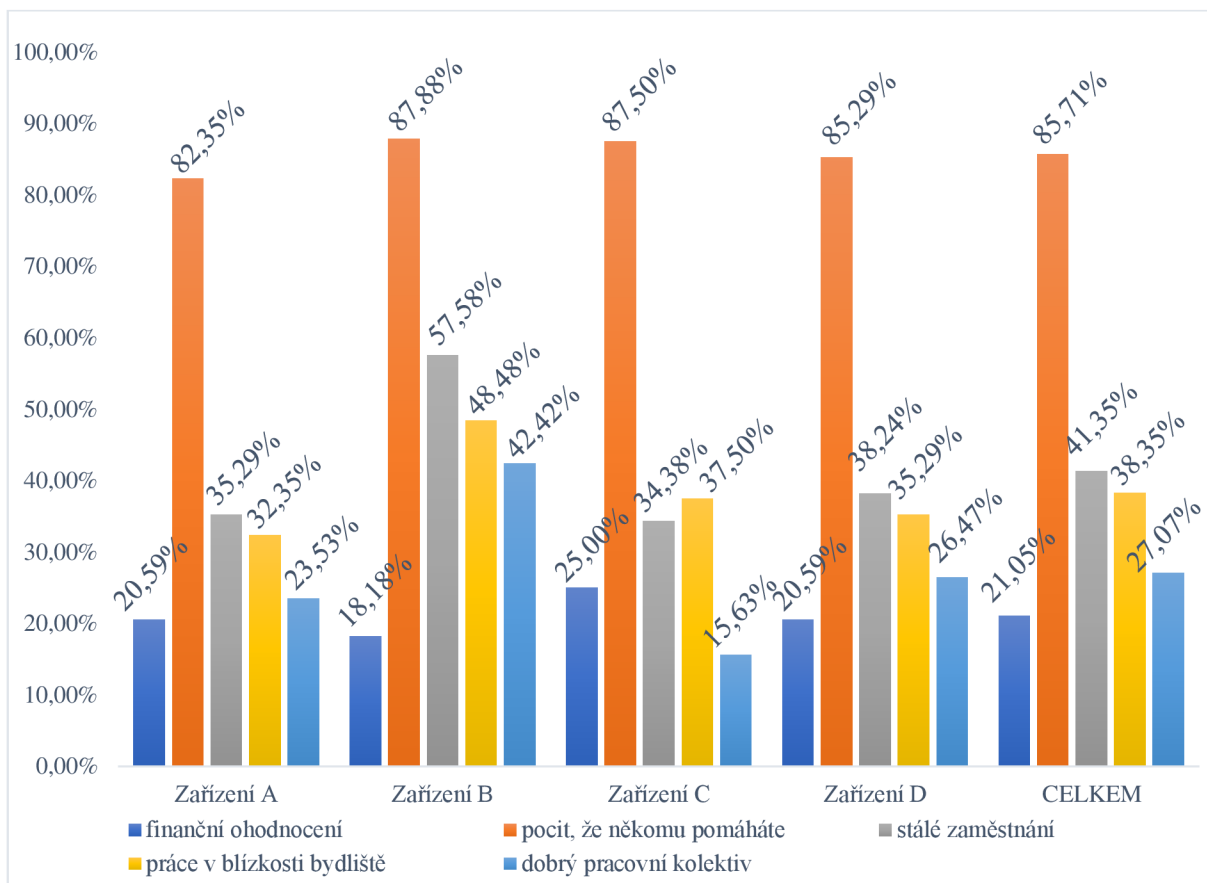
Zajímavé výsledky přinesla otázka, zda je pro respondenty péče o klienty s demencí obtížná. 15 (11,28 %) dotázaných uvedlo, že ano, 41 respondentů (30,83 %) označilo odpověď „spíše ano“. 36 dotázaných (27,07 %) práce s klienty s demencí není obtížná, pro 41 osob (30,83 %) uvedlo, že „spíše ne“. Přehledné rozdělení podle jednotlivých zařízení v grafu č. 6. a příloze č. 6.



Graf č. 6 – Vnímání obtížnosti práce s klienty s demencí

5. Co Vás nejvíce motivuje k práci s klienty trpící demencí?

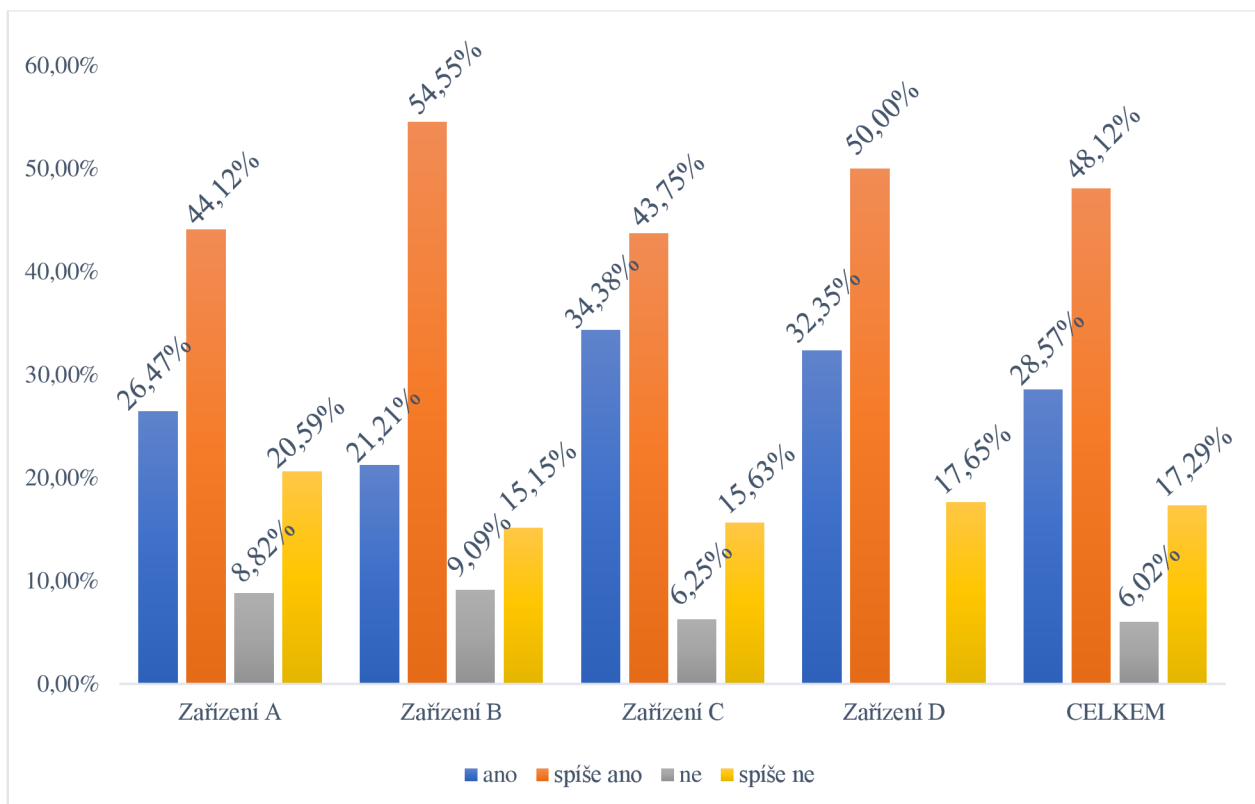
Další otázka v dotazníku se týkala motivace zaměstnanců pro práci s demenčními klienty. Respondenti mohli označit více odpovědí. 28 respondentů (21,05 %) odpovědělo, že motivací pro ně je finanční ohodnocení. Pro 114 zúčastněných (85,71 %) je motivací pocit, že někomu pomáhají. Stálé zaměstnání motivuje 55 respondentů (41,35 %), práce v blízkosti bydliště motivuje 51 respondentů (38,35 %). Pro 36 respondentů (27,07 %) je motivací také dobrý pracovní kolektiv. Výsledky se v rámci jednotlivých zařízení mezi sebou nijak zásadně nelišily. Podrobnější znázornění v grafu č. 7 a příloze č. 7.



Graf č. 7 – Motivace pro práci s klienty trpící demencí

6. Myslíte si, že je Vaše práce dobře ohodnocena?

Bylo zjišťováno, zda se zaměstnanci domnívají, že jejich práce je dobře ohodnocena. 38 respondentů (28,57 %) označilo odpověď „ano“, 64 respondentů (48,12 %) uvedlo, že „spíše ano“, pouze 8 respondentů (6,02 %) se domnívá, že „ne“, 23 respondentů (7,29 %), že „spíše ne“. Podrobnosti v grafu č. 8 a v příloze č. 8.



Graf č. 8 – Spokojenost s ohodnocením

7. Jaké zaměstnanecké benefity nabízí Vaše organizace?

Další oblastí, která byla v organizacích sledována, jsou zaměstnanecké benefity. Respondenti měli na výběr mezi několika možnostmi, mohli označit více odpovědí, případně zvolit možnost „jiné“ a blíže specifikovat. Nejčastěji byla označována odpověď „příspěvek na stravování“. Velmi často respondenti označovali odpověď „poukázky do lékárny“ a „příspěvek na penzijní připojištění“. Z odpovědí je patrné, že zaměstnanci neznají všechny benefity, které jejich organizace nabízí, neboť některé odpovědi byly označeny jen malým počtem respondentů, přestože organizace tuto zaměstnaneckou výhodu poskytuje (dle výpovědi vedoucího pracovníka). 11 respondentů označilo odpověď „jiné“, nejčastěji se objevovaly odpovědi: benefit karta, masáže, finanční odměny. Odpovědi, které zaměstnanci označovali, jsou uvedeny v tabulce č. 12.

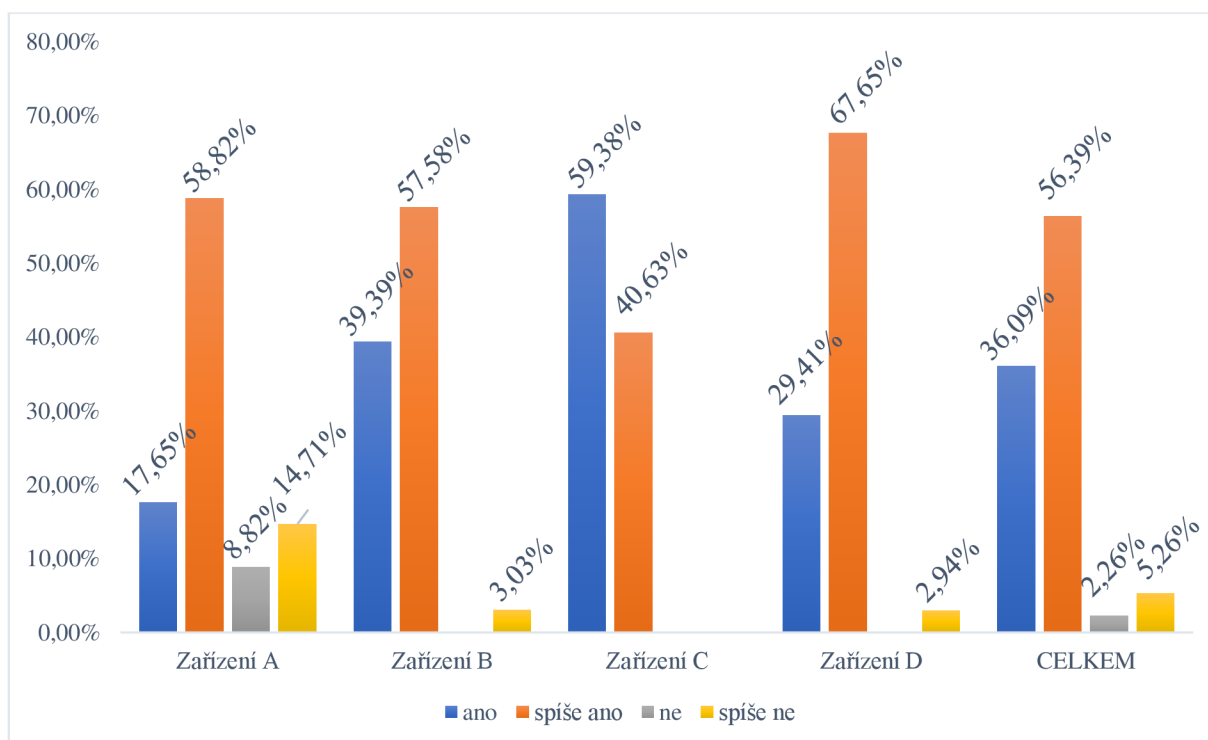
Tabulka č. 12 – Zaměstnanecké výhody

		Příspěvek na stravování	Dny dovolené navíc, případně tzv. "sick days"	Poukázky do lékárny	Příspěvek na penzijní připojištění	Příspěvek na sportovní aktivity	Jiné
Zařízení A	n	32	30	27	29	6	2
	%	94,12 %	88,24 %	79,41 %	85,29 %	17,65 %	5,88 %
Zařízení B	n	30	3	29	19	1	5
	%	90,91 %	9,09 %	87,88 %	57,58 %	3,03 %	15,15 %
Zařízení C	n	31	3	6	0	0	2
	%	96,88 %	9,38 %	18,75 %	0,00 %	0,00 %	6,25 %
Zařízení D	n	26	2	27	30	0	22
	%	76,47 %	5,88 %	79,41 %	88,24 %	0,00 %	5,88 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

8. Jste spokojen/a s atmosférou a pracovním prostředím na Vašem pracovišti?

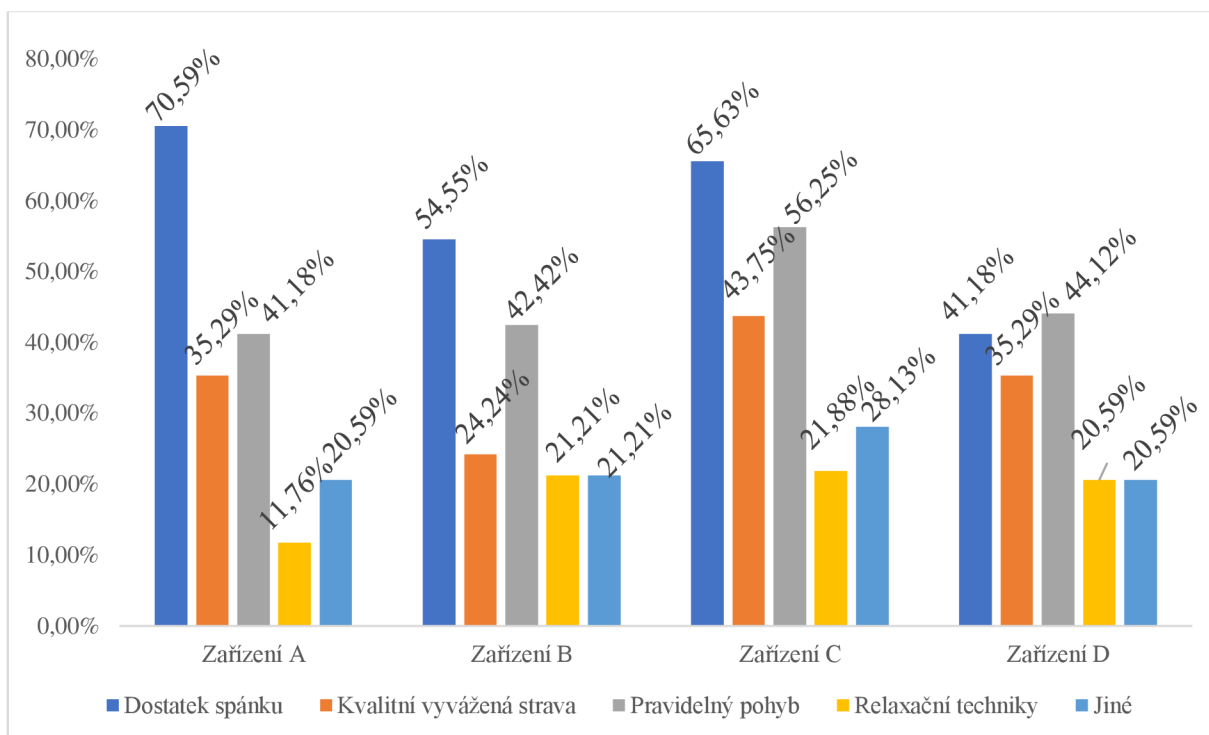
Bylo zjišťováno, zda jsou zaměstnanci spokojeni s atmosférou na pracovišti. Odpověď „ano“ označilo 48 respondentů (36,09 %), „spíše ano“ odpovědělo 75 respondentů (56,39 %). Nespokojenost vyjádřili 3 respondenti (2,26 %), všichni ze zařízení A. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 7 respondentů (5,26 %), 5 z nich bylo také ze zařízení A. Pro lepší znázornění viz graf č. 9 a příloha č. 9.



Graf č. 9 – Spokojenost s atmosférou na pracovišti

9. Jakým způsobem pečujete o své duševní zdraví?

Otázka, která se týkala duševního zdraví zaměstnanců, měla za úkol zmapovat, co vše zaměstnanci dělají pro odbourání stresu. Bylo možno označit více odpovědí, případně dopsat vlastní. Odpovědi se poměrně různily, viz graf č. 10 a příloha č. 10. Jako „jiné“ respondenti specifikovali například: Koníčky, příroda, výlety, čas strávený s rodinou či přáteli, četba, hudba.



Graf č. 10 – Péče o duševní zdraví

10. Kdybyste mohli ve Vašem zaměstnání něco změnit, co by to bylo?

Respondenti byli dotazováni, zda by chtěli ve svém zaměstnání něco změnit. Mohli označit více odpovědí, případně dopsat vlastní. 62 respondentů (z toho 25 ze zařízení B) by rádi měli více dovolené/“sick days“. 53 respondentů by uvítalo lepší finanční ohodnocení, 43 respondentů odpovědělo „více zaměstnaneckých benefitů“. 8 respondentů označilo odpověď „jiné“ a uvedli například: více personálu, větší pokoje pro klienty, méně „papírování“, více motivované kolegy, lepší komunikace. Podrobnosti v tabulce č. 13

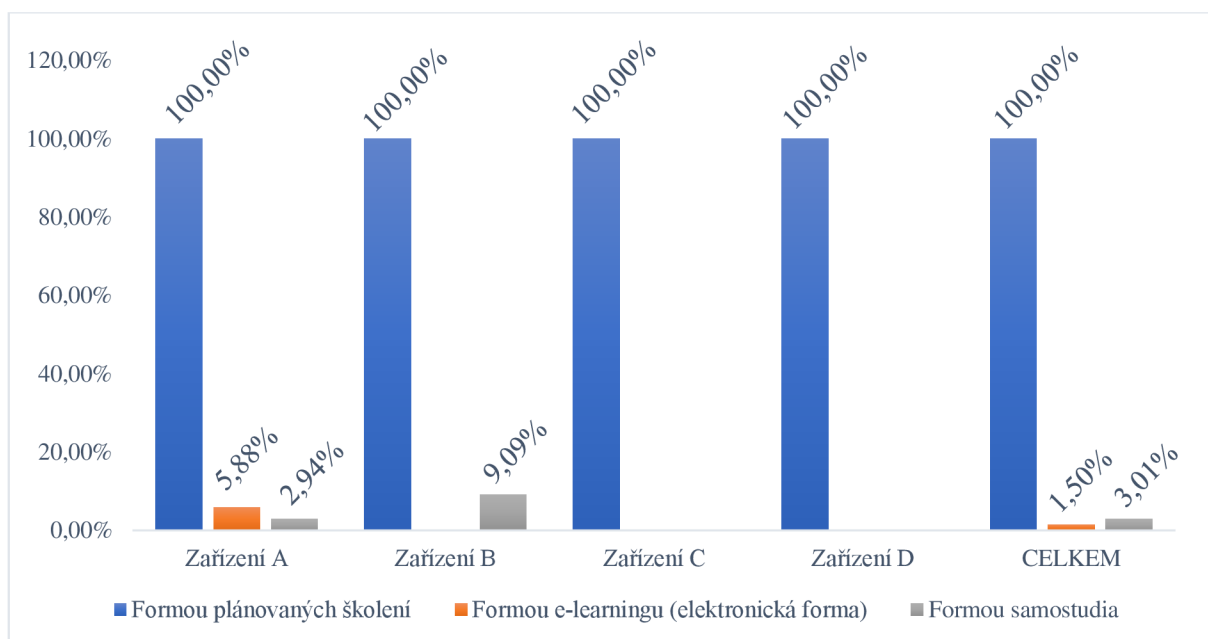
Tabulka č. 13 – Co byste změnili ve Vašem zařízení

		Nechtěl/a bych nic měnit	Lepší finanční ohodnocení	Více zaměstnaneckých benefitů	Více dnů dovolené, možnost využít tzv. "sick days"	Více možností vzdělávání a kariérního růstu	Jiné
Zařízení A	n	13	17	4	5	2	4
	%	38,24 %	50,00 %	11,76 %	14,71 %	5,88 %	11,76 %
Zařízení B	n	1	16	12	25	7	2
	%	3,03 %	48,48 %	36,36 %	75,76 %	21,21 %	6,06 %
Zařízení C	n	9	11	13	15	4	0
	%	28,13 %	34,38 %	40,63 %	46,88 %	12,50 %	0,00 %
Zařízení D	n	7	9	14	17	3	2
	%	21,21 %	27,27 %	42,42 %	51,52 %	9,09 %	6,06 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

11. Jakým způsobem probíhá na Vašem pracovišti vzdělávání zaměstnanců?

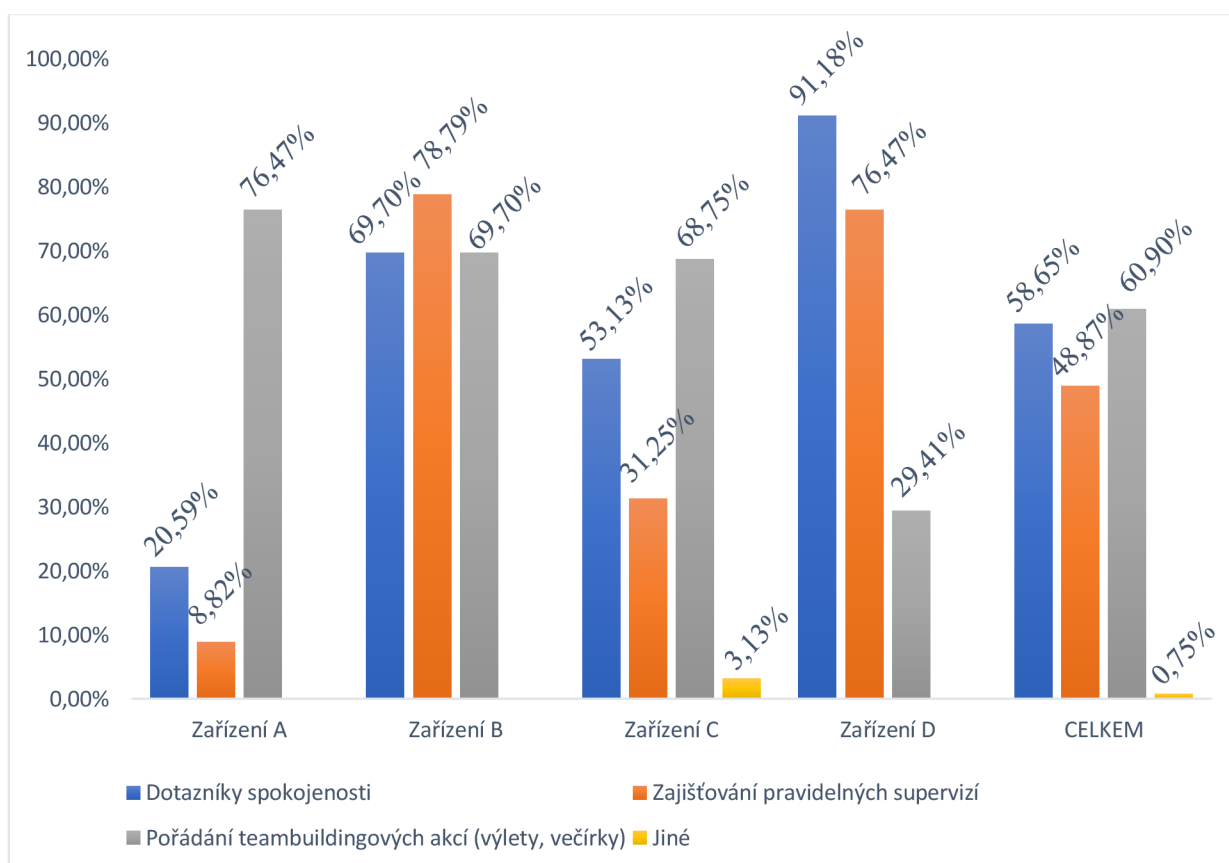
Všichni respondenti (100 %) ve všech zařízeních uvedli, že vzdělávání probíhá formou plánovaných školení. 6 respondentů označilo ještě odpovědi „e-learning“ a „samostudium“, ale tyto formy vzdělávání zřejmě nejsou povinné a neprobíhají ve spolupráci s organizací (vzhledem k charakteristice ŘLZ v jednotlivých organizacích). Znázorněno v grafu č. 11 a příloze č. 11.



Graf č. 11 – Vzdělávání na pracovišti

12. Jakým způsobem Váš zaměstnavatel zajišťuje spokojenost zaměstnanců?

Spokojenost na pracovišti je dle odpovědí respondentů zajišťována na každém pracovišti jinak. Například v zařízení B jsou využívány dotazníky spokojenosti (69 %), pravidelné supervize (78,79 %) a jsou pořádány teambuildingové akce (69,70 %). V zařízení A 76,47 % respondentů označilo odpověď „pořádání teambuildingových akcí“. 91,18 % respondentů ze zařízení D označilo odpověď „dotazníky spokojenosti“, 76,47 % z téhož zařízení odpovědělo, že zařízení zajišťuje pravidelné supervize. V zařízení C byla nejčastější odpověď „pořádání teambuildingových akcí“, kterou označilo 67,75 % respondentů z této organizace. Znázorněno v grafu č. 12 a příloze č. 12. Odpověď „jiné“ označil jeden respondent ze zařízení C, svou odpověď specifikoval jako „vlídné slovo, pozitivní přístup, pochválení“.



Graf č. 12 – Zajišťování spokojenosti zaměstnanců

6.7 Interpretace výsledků dotazníku MBI

Dotazník MBI byl hodnocen podle MBI manuálu autorky (Maslach et Jackson, 1996), viz tabulka č. 14. Hodnoty, které dle manuálu ukazují na vyhoření, jsou označeny červeně.

Tabulka č. 14 – Manuál k vyhodnocení dotazníku MBI

Stupeň vyhoření	Oblasti vyhoření		
	EE	PA	DP
Nízký	0-16	0-31	0-6
Mírný	17-26	32-38	7-12
Vysoký	27+	39+	13+

V oblasti EE (emocionální vyčerpání) bylo průměrné skóre ze všech zařízení 16,96, což odpovídá mírnému vyhoření. Nevyšší průměrná hodnota byla v zařízení A (19,65), nejnižší průměrná hodnota byla v zařízení D (13,94). Hodnoty jsou zapsány v tabulce č. 15.

Tabulka č. 15 - EE průměr, minimum, maximum

	Počet (N)	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Zařízení A	34	19,65	9,02	5	37
Zařízení B	33	16,42	8,48	0	34
Zařízení C	32	17,88	9,72	0	32
Zařízení D	34	13,94	6,86	2	27
CELKEM	133	16,96	8,73	0	37

V oblasti PA (viz tabulka č. 16) bylo průměrné skóre ze všech zařízení 33,88. To odpovídá hodnotám mírného vyhoření. Nejnižší hodnoty PA byly v zařízení C a D (6 bodů). Nejvyšší hodnoty byly v týchž zařízeních (52 bodů).

Tabulka č. 16 – PA průměr, minimum, maximum

	Počet (N)	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Zařízení A	34	33,44	9	12	48
Zařízení B	33	34,21	7,66	14	50
Zařízení C	32	36,4	6,27	24	48
Zařízení D	34	31,62	9,95	6	52
CELKEM	133	33,88	8,45	6	52

V oblasti DP (tabulka č. 17) bylo průměrné skóre 4,69, což odpovídá nízkému stupni vyhoření. Nejvyšší hodnota (21) byla vypočítána v zařízení C, nejnižší hodnota (0) se objevila ve všech zařízeních.

Tabulka č. 17 – DP průměr, minimum, maximum

	Počet (N)	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Zařízení A	34	3,53	2,35	0	9
Zařízení B	33	4,67	5,07	0	20
Zařízení C	32	4,34	5,59	0	21
Zařízení D	34	6,2	4,51	0	16
CELKEM	133	4,69	4,58	0	21

Byl proveden test středních hodnot pro nezávislá měření, otestována závislost mezi průměrnými hodnotami v jednotlivých souborech. Rozdíl v průměrných hodnotách je ve skóre EE, kdy zařízení A má průměrnou hodnotu téměř 20 bodů, zařízení D naopak necelých 14 bodů. Zařízení A vykazuje vyšší stupeň emocionálního vyčerpání. **Tento rozdíl je statisticky významný, neboť $p=0,00492$ při hladině významnosti 5 %.**

V tabulkách níže jsou uvedeny hodnoty pro jednotlivé ukazatele a %. K analýze byl použit chí kvadrát test na hladině významnosti 5 %. Z tabulky č. 18 vyplývá, že vysokým stupněm emocionálního vyčerpání trpí 20 zúčastněných respondentů, z toho 8 je ze zařízení A, pouze 1 je za zařízení D. Jak již bylo výše zmíněno, EE je jako ukazatel syndromu vyhoření nejměrodatnější vypovídá o velké míře vyčerpání, ztrátě chuti a motivace. Je proto alarmující, že téměř čtvrtina respondentů ze zařízení A vykazuje vyhoření v této oblasti. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v závislosti na stupni EE a zařízení ($p=0,243$).

Tabulka č. 18 - EE – stupeň emocionálního vyčerpání (%)

Zařízení	Nízký		Mírný		Vysoký		CELKEM	
Zařízení A	13	38,2 %	13	38,2 %	8	23,5 %	34	100 %
Zařízení B	18	54,5 %	10	30,3 %	5	15,2 %	33	100 %
Zařízení C	13	40,6 %	13	40,6 %	6	18,8 %	32	100 %
Zařízení D	20	58,8 %	13	38,2 %	1	2,9 %	34	100 %
CELKEM	64	48,1 %	49	36,8 %	20	15,0 %	133	100 %

Tabulka č. 19 ukazuje skóre respondentů v oblasti osobního uspokojení. 44 respondentů (33,1 %) vykazuje nízký stupeň osobního uspokojení, a tedy vyhoření v této oblasti. Nejvíce respondentů, kteří v této oblasti vykazují vyhoření, je ze zařízení D (15 osob, což je 41,1 %). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v závislosti na stupni PA a zařízení ($p=0,449$).

Tabulka č. 19 - PA – stupeň osobního uspokojení (%)

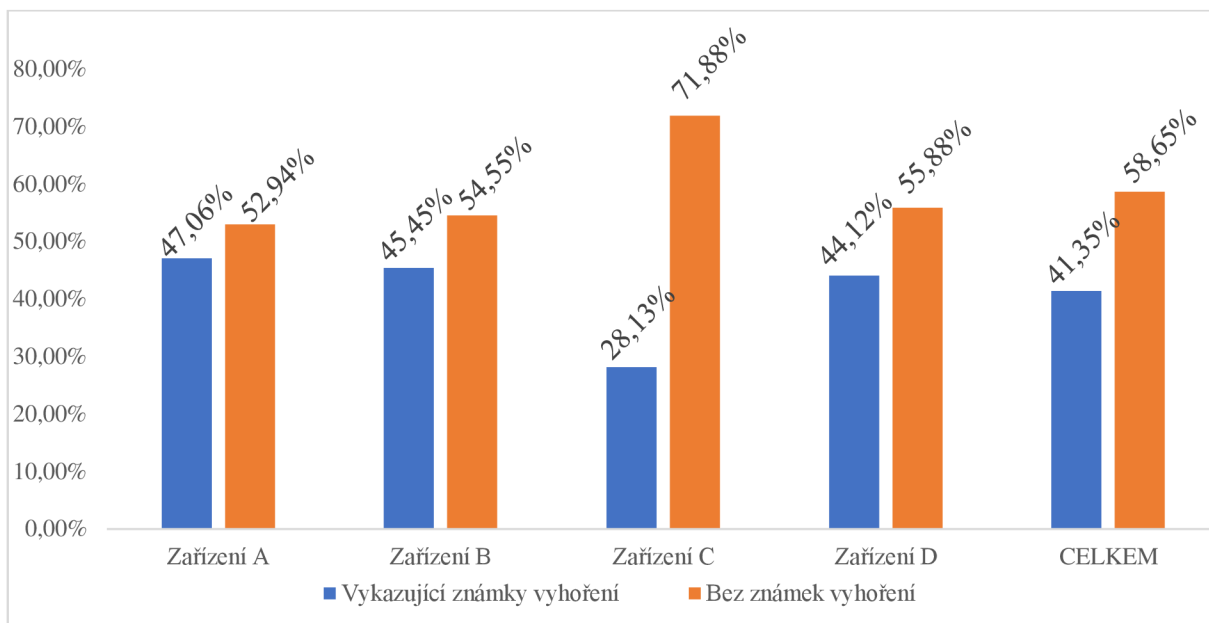
Zařízení	Vysoký		Mírný		Nízký		CELKEM	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Zařízení A	12	35,3 %	9	26,5 %	13	38,2 %	34	100 %
Zařízení B	12	36,4 %	11	33,3 %	10	30,3 %	33	100 %
Zařízení C	13	40,6 %	13	40,6 %	6	18,8 %	32	100 %
Zařízení D	11	32,4 %	8	23,5 %	15	41,1 %	34	100 %
CELKEM	48	36,1 %	41	30,8 %	44	33,1 %	133	100 %

V tabulce č. 20 jsou uvedeny hodnoty skóre pro stupeň depersonalizace. Pouze 7 respondentů vykazuje vysoký stupeň depersonalizace, což je 5,3 %. 96 respondentů ze všech zařízení (72,2 %) vykazuje nízký stupeň depersonalizace. **Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v závislosti na stupni DP a zařízení ($p=0,019$).**

Tabulka č. 20 - DP – stupeň depersonalizace (%)

Zařízení	Nízký		Mírný		Vysoký		CELKEM	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Zařízení A	31	91,2 %	3	8,8 %	0	0,0 %	34	100 %
Zařízení B	24	72,7 %	7	21,2 %	2	6,1 %	33	100 %
Zařízení C	24	75,0 %	6	18,8 %	2	6,3 %	32	100 %
Zařízení D	17	50,0 %	14	41,2 %	3	8,8 %	34	100 %
CELKEM	96	72,2 %	30	22,6 %	7	5,3 %	133	100 %

V grafu č. 13 jsou znázorněni respondenti z jednotlivých zařízení podle toho, zda se u nich objevily známky vyhoření alespoň v 1 kategorii (podle MBI). V tabulce č. 21 je potom specifikováno, že pouze 1 respondent vykazoval vyhoření ve všech oblastech MBI, 19 respondentů vykazovalo vyhoření ve dvou oblastech. Většina, tj. 35 respondentů, vykazovala známky vyhoření pouze v 1 oblasti MBI.



Graf č. 13 – Rozdělení respondentů podle vyhoření

Tabulka č. 21 – Počet vyhořelých v oblastech

	Vyhoření v 1 oblasti	Vyhoření ve 2 oblastech	Vyhoření ve 3 oblastech	CELKEM
Zařízení A	9	7	0	16
Zařízení B	10	4	1	15
Zařízení C	3	6	0	9
Zařízení D	13	2	0	15
CELKEM	35	19	1	55

6.8 Ověření statistických hypotéz

Bylo statisticky zjišťováno, zda míra vyhoření souvisí s celkovou spokojeností, procesy v zařízení a s dalším proměnnými.

Nejprve byla porovnávána míra vyhoření a věk. Respondenti byli rozděleni do 4 věkových skupin (19-25, 26-40, 41-55, více než 55). Počty respondentů v jednotlivých kategoriích byly zaneseny do tabulky podle míry vyhoření. Pro každou oblast (EE, PA, DP) byla vytvořena tabulka a byl proveden Fisherův exaktní test.

H1₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a věkem respondentů.

H1_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a věkem respondentů

Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE, PA a DP a věkem respondentů. Hodnoty P pro jednotlivé oblasti jsou uvedeny v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22 – Hypotéza 1

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,564	0,139	0,337

Další faktor, se kterým bylo vyhoření porovnáváno, byla pracovní pozice. Všeobecné sestry byly sloučeny do kategorie „sestry“, pečovatelky a ošetřovatelky byly sloučeny do kategorie „nižší ošetřovatelský personál“. Byl proveden Fisherův exaktní test a byla testována závislost mezi vyhořením v oblasti EE, PA a DP a pracovní pozicí.

H2₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a pracovní pozicí respondentů.

H2_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a pracovní pozicí respondentů.

Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a pracovní pozicí. Hodnoty p pro jednotlivé oblasti jsou v tabulce č. 23.

Tabulka č. 23 – Hypotéza 2

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,333	0,697	0,117

Míra vyhoření v jednotlivých oblastech byla srovnávána s ohodnocením zaměstnanců. Bylo testováno, zda míra EE, PA a DP souvisí se spokojeností zaměstnancům s jejich ohodnocením. Byl proveden Fisherův exaktní test.

H3₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností zaměstnanců s ohodnocením.

H3_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností zaměstnanců s ohodnocením.

Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a spokojeností s ohodnocením, hodnoty p pro jednotlivé oblasti jsou k nalezení v tabulce č. 24.

Tabulka č. 24 – Hypotéza 3

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,332	0,579	0,233

Míra vyhoření v jednotlivých oblastech byla dále srovnávána se spokojeností zaměstnanců s pracovní náplní. Byla srovnávána míra EE, PA a DP se spokojeností s pracovní náplní, byl proveden Fisherův exaktní test.

H4₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností s pracovní náplní.

H4_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a spokojeností s pracovní náplní.

Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a spokojeností s náplní práce, neboť $p=0,003$ při hladině významnosti 5 %. Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou PA a DP a spokojeností s náplní práce. P hodnoty vše oblastí – viz tabulka č. 25.

Tabulka č. 25 – Hypotéza 4

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,003	0,272	0,703

Byla testována závislost EE, PA a DP na vzdělání zaměstnanců. Vzdělání zaměstnanců bylo rozděleno do 5 úrovní (vysokoškolské, vyšší odborné, středoškolské s maturitou, středoškolské bez maturity a základní). Byl proveden Fisherův exaktní test.

H5₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vzděláním zaměstnanců.

H5_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vzděláním zaměstnanců.

Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a vzděláním, neboť $p=0,035$ při hladině významnosti 5 %. Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou PA a DP a vzděláním. P hodnoty jsou popsány v tabulce č. 26.

Tabulka č. 26 – Hypotéza 5

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,035	0,617	0,553

Poslední test, který byl proveden, byl test závislosti EE, PA a DP na vnímání náročnosti práce s klienty s demencí. Odpovědi „ano“, „spíše ano“ byly sloučeny dohromady a odpovědi „ne“ a „spíše ne“ byly také sloučeny. Poté byly porovnány s mírou vyhoření v jednotlivých oblastech pomocí Fisherova exaktního testu.

H₆₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí.

H_{6A}: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou EE, DP a PA a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí.

Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí, neboť $p=0,0196$ při hladině významnosti 5 %. Nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou PA a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou DP a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí, neboť $p=0,025$ při hladině významnosti 5 %. Všechny hodnoty P jsou zapsány níže v tabulce č. 27.

Tabulka č. 27 – Hypotéza 6

Oblasti vyhoření	EE	PA	DP
P hodnoty	0,0196	0,65	0,025

7 Diskuze

Z popisu řízení lidských zdrojů vedoucími pracovníky i z dotazníkového šetření vyplývá, že zařízení A, B, C a D jsou si navzájem v řízení lidských zdrojů podobná. Prostor pro zlepšení představuje adaptační proces, který nemá především v zařízení A a B stanovena přesná pravidla, novému zaměstnanci není oficiálně přidělen školitel. Zaměstnanci ve všech čtyřech zařízeních jsou pravidelně vzděláváni formou plánovaných školení. Zaměstnavatelé distribuují zaměstnancům dotazníky spokojenosti, v nichž mohou vyjádřit své názory a připomínky, zajišťují pravidelné supervize a pořádají teambuildingové akce. Všechna zařízení svým zaměstnancům poskytují příspěvek na stravování, některá z nich poskytují také příspěvek na penzijní připojištění a další benefity hrazené FKSP. Je však patrné, že informace o zaměstnaneckých benefitech od vedoucích pracovníků a od zaměstnanců, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, se liší. Zaměstnanci tak nejsou zřejmě dostatečně informováni o benefitech, jimiž jejich organizace disponuje.

Jak uvádějí Wilkinson et al. (2019), existuje velké množství studií, které se zabývají řízením lidských zdrojů, ale jsou zaměřeny na řízení lidských zdrojů v komerčních podnicích. Existuje málo studií zaměřených na ŘLZ ve zdravotnictví (potažmo přímo na zařízení, která jsou zaměřena na péči o klienty s demencí). A to i přesto, že lidské zdroje jsou pro zdravotnictví klíčové.

Výzkumný vzorek sestával ze 140 respondentů ze 4 různých zařízení (A, B, C a D). Poměr respondentů z jednotlivých zařízení byl vyrovnaný. Převážně bylo zastoupeno ženské pohlaví, proto byly výsledky 7 mužů, kteří se výzkumu zúčastnili, po konzultaci s biostatistikem, vyřazeny, a dále bylo vyhodnocováno pouze 133 dotazníků. Vzhledem k malému počtu respondentů nelze výsledky zobecňovat. Z dotazníkového šetření vyplývá, že průměrný věk zúčastněných žen byl 42,5 let. Délka zaměstnaneckého poměru v zařízeních byla průměrně 9 let. Pouze 7 žen mělo vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání, většina respondentů měla středoškolské vzdělání s maturitou (66) nebo bez maturity (53). Vzdělání respondentů souvisí s pracovní pozicí. Výzkumu se zúčastnilo 29 všeobecných sester, 2 praktické sestry, 83 pečovatelek a 19 ošetřovatelek. Je překvapivé, že pouze polovina respondentů měla zaměření vzdělání odpovídající výkonu jejich profese, jednalo se o převážně o sestry, u nichž je zaměření vzdělání pro výkon povolání bezpodmínečně nutná. I když nároky na kvalifikaci ošetřovatelů a pečovatelů jsou obecně nižší než u sester, péče o nemocné s demencí je ve všech směrech náročná a přináší různá úskalí. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí má základní kurz pro výkon profese pracovníka v sociálních službách

(pečovatele) rozsah 40 hodin, specializační kurz, který zaměstnanci absolvují již po nástupu do zaměstnání, má rozsah 120 hodin, z nichž práci s lidmi s demencí je věnována jen velmi malá část celého kurzu. Po nástupu do zařízení mají zaměstnanci povinnost splnit minimálně 48 hodin dalšího vzdělávání. Zařízení, která se výzkumu účastnila, dle výsledů dotazníkového šetření, plánují pro své zaměstnance školení. Další profesní vzdělávání je důležité pro zkvalitňování péče o klienty s demencí. S očekávaným nárůstem počtu osob s demencí v populaci by bylo dobrým podnětem pro management více se zaměřit na odborné vzdělávání přímo na pracovišti či na odborné stáže pro zaměstnance, kteří poskytují těmto nemocným péči.

Dle výzkumného šetření jsou nejčastějším zdrojem pro vyhledávání nových zaměstnanců zaměstnanci stávající, kteří informují o volných pracovních pozicích na svém pracovišti. Jistě by bylo motivující, kdyby stávající zaměstnanci byli za to, že „přivedou“ nového pracovníka a tento pracovník se osvědčí, odměněni nějakým finančním obnosem (nebo poukázka apod.).

Pozitivní je zjištění, že 128 ze 133 respondentů našeho výzkumu uvedlo, že jsou spokojeni nebo spíše spokojeni s náplní jejich práce a že práci s klienty, kteří mají demenci, považovalo za obtížnou nebo spíše obtížnou 56 respondentů (méně než polovina), 77 jich uvedlo, že pro ně není nebo spíše není obtížná.

Nejvíce zaměstnanců by dle výsledků dotazníkového šetření ocenilo, kdyby měli více dnů dovolené nebo „sick days“ a více zaměstnaneckých benefitů. Sick days jsou dny placeného volna, které zaměstnanec může čerpat bez zdravotního potvrzení. Sick days se neodečítají z dovolené, během jejich čerpání zaměstnanci náleží mzda nebo náhrada mzdy, na rozdíl od dovolené, během níž je poskytována zásadně náhrada mzdy. Jsou vhodným řešením, jak pro zaměstnance, tak pro zaměstnavatele, protože po návštěvě lékaře obvykle zaměstnanec zůstává doma delší dobu. Zavedení tohoto benefitu pro zaměstnavatele znamená určitý dodatečný náklad, který je však kompenzován časnější přítomností zaměstnance zpět na pracovišti. Pojem „zdravotní volno“ nebo „sick day“ se nevyskytuje v zákoníku práce, je proto na každém zaměstnavateli, zda tento benefit zavede. Je však důležité stanovit podmínky pro využívání tohoto benefitu, aby nebyl zneužíván (Janotová, 2021).

Je zajímavé, že i přesto, že zaměstnanci jako motivaci neuváděli příliš často finanční ohodnocení, velká část z nich by si přála mít lepší finanční ohodnocení. Ve zdravotnictví a v sociálních službách jsou zaměstnanci nejčastěji odměňováni na základě platových tabulek, při čemž záleží na platovém stupni (délka praxe v letech) a platové třídě (zaměření a vzdělání). Existuje však pohyblivá složka mzdy, jedná se o příplatky či prémie, které mohou sloužit jako

nástroj motivace. Pohyblivá složka mzdy může být vyplácena buď pravidelně, nebo v různých obdobích a v různé výši (čtvrtletně, půlročně).

Pomocí dotazníku byla zjišťována motivace zaměstnanců v zařízení; jaké jsou způsoby prevence syndromu vyhoření. Je patrné, že největší motivací zaměstnanců je pocit, že někomu pomáhají. Dalšími významnými motivátory jsou pro zaměstnance práce v blízkosti bydliště a stálé zaměstnání. Podrobné procentuální výsledky za každé zařízení jsou v grafu č. 7. Lze tedy tvrdit, že u respondentů ze všech zařízení převládá vnitřní motivace, kterou je pocit, že někomu pomáhají.

Motivaci pracovníků ve zdravotnictví vyzdvihuje i Blšťáková et al. (2021). Dle její studie je spokojenost a motivace zdravotnických pracovníků klíčová pro jejich stabilizaci a kvalitní výkon. Pozitivní vliv řízení lidských zdrojů na zvyšování spokojenosti zaměstnanců a jejich angažovanosti je prokázán. Dle Blšťákové je ŘLZ ve zdravotnictví používáno hlavně na úrovni personálního oddělení, což svědčí o nízké úrovni rozvoje ŘLZ a je žádoucí, aby se postupy ŘLZ ve zdravotnictví plně využívaly.

Co se týče prevence syndromu vyhoření, respondenti byli dotázáni, jak pečují o svoje duševní zdraví. Byly připraveny možnosti k výběru a respondentům byl dán prostor pro vyjádření vlastních způsobů prevence syndromu vyhoření. Respondenti nejčastěji uváděli, že mají dostatek spánku, často označovanou odpovědí také bylo „pravidelný pohyb“. Respondenti, kteří uvedli vlastní odpovědi, považují za prevenci syndromu vyhoření pobyt v přírodě či na zahradě, čas strávený s rodinou, koníčky a hudbu. Kvalitní sociální zázemí a smysluplně strávený volný čas působí v souvislosti s vyhořením protektivně. Podrobněji jsou výsledky znázorněny v grafu č. 10.

Respondentům byl dále distribuován dotazník MBI, jehož úkolem bylo zjistit u nich míru syndromu vyhoření. Vyhoření alespoň v 1 oblasti vykazovali zaměstnanci ve všech zařízeních. 55 osob vykazovalo známky vyhoření dle MBI. Syndromem vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí se ve své diplomové práci zabývala Křepelková (2014). Dle jejího výzkumu se vyhoření v oblasti EE projevovalo u 33,9 %, dle našich výsledků se vyhoření v oblasti EE projevovalo u 15 % dotázaných. Nízké PA ve výzkumu Křepelkové vykazovalo 61,34 % dotázaných, v našem výzkumu to bylo pouze 33,1 %. Vyhoření v oblasti DP vykazovalo ve výzkumu Křepelkové 32,77 %, v našem výzkumu toto vyhoření vykazovalo jen 5,3 % respondentů. Křepelková statisticky potvrzuje

souvislost mezi vyhořením v oblastech EE a DP a mírou stresu v zaměstnání, rekreaci, odpočinkem.

Bylo zkoumáno, zda míra vyhoření souvisí s procesy v zařízení. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou EE a DP a vnímáním náročnosti práce s klienty s demencí. Dále byla zjištěna souvislost mezi mírou EE a vzděláním a mezi mírou EE a spokojeností s náplní práce. Řebíčková ve své diplomové práci (2019) zkoumala psychickou zátěž pečujících o pacienty s demencí a závislost na vyhoření v oblasti EE s pracovní spokojeností. Závislost nebyla ve výzkumu Řebíčkové prokázána.

Pracovní spokojenost bývá v některých publikacích definována jako postoje a pocity zaměstnanců k práci. Pozitivní postoje signalizují spokojenost, negativní postoje naopak nespokojenost. Jde o individuální poměr souladu mezi pracovní orientací a vykonávanou prací (Armstrong, 2015, Koubek, 2015). Je proto nutnost, aby nejen zaměstnanci, ale také jejich nadřízení, předcházeli vyhoření u těchto pracovníků a sledovali jeho příznaky.

Nejvíce zaměstnanců, kteří vykazují známky vyhoření v oblasti EE, která je nejzávažnějším ukazatelem vyhoření, bylo ze zařízení A. Tato závislost byla prokázána i statisticky. Zaměstnanci v tomto zařízení mají dle rozhovoru s vedoucím pracovníkem nejvíce benefitů, dle dotazníkového šetření ale někteří zaměstnanci z tohoto zařízení uváděli, že nejsou spokojeni s náplní práce a s atmosférou na pracovišti. Toto zařízení neposkytuje svým zaměstnancům supervize, které by rovněž mohly pomoci předejít vyhoření.

Na téma vyhoření zaměstnanců, kteří poskytují ošetrovatelskou péči nemocným s demencí bylo nalezeno několik studií. Mantzorou et al. (2020) zkoumali vztah mezi stigmatizací a syndromem vyhoření u sester, které pečují o nemocné s demencí v Řecku. Dle jejich studie přispívala k vyhoření zaměstnanců stigmatizace onemocnění a navrhovali lepší edukační přípravu sester, která by jim pomohla vnímat demenci jako životní etapu a přispívala by k prevenci a zvládnutí vyhoření. Španělská studie Montanera et al. (2021) popisuje složitost práce s klienty s demencí, analyzuje vztah mezi mírou vyhoření, postojem k demenci, psychickou flexibilitou a životní spokojeností. Podle výsledků této studie byla prokázána souvislost mezi EE a DP a psychickou neflexibilitou. Bylo zjištěno, že více flexibilní zaměstnanci se necítí tak často emočně vyčerpaní a cítí větší náklonnost k pacientům. Dle Montanerovy studie nebyla prokázána souvislost mezi vyhořením a vzděláním zaměstnanců, což se v našem provedeném výzkumu prokázalo.

Kimura et al. (2011) zkoumal syndrom vyhoření a duševní zdraví pracovníků, kteří poskytují ošetrovatelskou péči osobám s demencí. Dle této japonské studie vykazovalo nejtěžší stupeň vyhoření 27 % respondentů. Kimura svou studii porovnával s dalšími podobně zaměřenými studiemi, v nichž se míra vyhoření pohybovala mezi 27 a 31 % (v našem průzkumu vyhoření vykazovalo 41,43 % respondentů). Více než 80 % vyhořelých pociťovalo pracovní stres. Vliv na vyhoření v Kimurově studii měla také celková spokojenost se životem a problémy v práci. Kimura se domnívá, že nižší ošetrovatelský personál má méně znalostí než sestry, proto je pravděpodobné, že nemohou poskytovat stejnou péči, a to by u nich mohlo vyvolávat větší stres a přinášet větší zátěž.

Ježorská et al. (2014) zjišťovali míru syndromu vyhoření u všeobecných sester a porovnávali ji s motivačními faktory. Jejich studie byla prováděna ve Fakultní nemocnici Olomouc. Dle této studie má na vznik vyhoření vliv klima na pracovišti, pracovní podmínky, spolupráce na pracovišti, nepeněžní ocenění práce. Management by se dle Ježorské měl zaměřit na faktory, které jsou pro zaměstnance motivátory a zároveň působí jako prevence vyhoření.

Výsledky diplomové práce jsou platné pouze pro 4 uvedená zařízení. Výsledky mohou být limitovány krom počtu zařízení také lokalitou, kde byl výzkum realizován (Pardubický kraj) a typem zařízení (domovy se zvláštním režimem). Velkým limitem výzkumu byla také probíhající pandemie Covid-19. Většina předem oslovených zařízení výzkum na jejich pracovišti zamítla právě z důvodu epidemické situace i přes ujištění, že během výzkumu budou dodržena všechna opatření. Pro zvýšení validity výzkumu by bylo vhodné zařadit více druhů zařízení (psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných, geriatrická oddělení) napříč Českou republikou a použít výsledky většího množství respondentů. Výzkum by také bylo vhodné časově prodloužit. Pro výzkum takového rozsahu by bylo vhodnější použít standardizovaný dotazník zaměřený na řízení lidských zdrojů.

8 Závěr

Diplomová práce se zabývala řízením lidských zdrojů a syndromem vyhoření u pracovníků ve vybraných zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí. V teoretické části práce byl popsán proces řízení lidských zdrojů, práce se vzhledem k tématu více zaměřuje na motivaci zaměstnanců. V souvislosti s motivací je zmíněn stres a syndrom vyhoření. Práce se částečně věnuje i demenci, péči o klienty s demencí a jejímu úskalí a dopadům. Osoby, které poskytují ošetrovatelskou péči klientům s demencí, jsou vystaveny stresu, který může přerůst ve vyhoření, pokud mu není věnována dostatečná pozornost. Mělo by být úkolem vedoucích pracovníků identifikovat rizika vzniku vyhoření u svých podřízených a předcházet jim, pokud je to možné.

Ve výzkumné části diplomové práce bylo hlavním cílem je zjistit míru vyhoření u zaměstnanců poskytujících ošetrovatelskou péči klientům s demencí vzhledem k řízení lidských zdrojů. Tento cíl byl splněn, byla zjištěna míra vyhoření v oblastech EE, PA a DP ve všech zařízeních. Dílčím cílem bylo popsat proces řízení lidských zdrojů v zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí, tento dílčí cíl byl splněn, řízení lidských zdrojů bylo popsáno z pohledu vedoucích pracovníků, částečně i z pohledu zaměstnanců. Druhým dílčím cílem bylo zjistit motivaci zaměstnanců v zařízení a zjistit, jaké jsou způsoby prevence syndromu vyhoření. Tento cíl byl splněn, byla zjištěna motivace zaměstnanců a jejich prevence syndromu vyhoření. Míra výskytu vyhoření vzhledem k popsaným procesům ŘLZ byla srovnávána vzhledem k popsaným procesům ŘLZ, což byl poslední z dílčích cílů. Tento cíl byl splněn částečně, spíše než s procesy ŘLZ, souviselo vyhoření u zaměstnanců s náročností práce s klienty trpícími demencí, se spokojeností s pracovní náplní a vzděláním zaměstnanců, což bylo i statisticky potvrzeno.

K zjištění informací sloužil jak vlastní dotazník, který byl distribuován zaměstnancům, tak informace od ředitelů daných organizací. Bylo zjištěno, že zařízení, která se zúčastnila výzkumu, nemají dostatečně stanovená pravidla adaptačního procesu, což by mohlo být použito jako podnět ke zlepšení. Zaměstnanci ve velké míře uváděli, že by si přáli více dnů dovolené nebo „sick days“, což by také mohlo být v praxi použito, neboť při větším počtem dnů dovolené se zaměstnanci mohou věnovat činnostem, které je naplňují mohou tak částečně předcházet vyhoření. Dny na zotavenou jsou výhodné pro obě strany, neboť zaměstnanec se časněji vrátí do pracovního procesu.

Byla zjišťována míra vyhoření zaměstnanců v jednotlivých oblastech (EE, PA, DP), míra vyhoření byla poté srovnána s procesy řízení a s dalšími faktory, které mohly vyhoření ovlivnit. Z oblastí vyhoření je nejzávažnější EE (emoční vyčerpání). Byla prokázána závislost mezi mírou EE a náročností péče o klienty s demencí, vzděláním a spokojeností s pracovní náplní. Vzhledem k předpokládanému nárůstu osob s demencí v populaci a s předpokladem větší potřeby péče o tyto osoby je důležité se zaměřit na jejich vzdělávání a motivaci. Tento obor je společností často stigmatizován a snižován, přestože se jedná o náročnou a odbornou práci. Přínosem praxi by bylo zvýšení povědomí ve společnosti o onemocnění některým typem demence a představení tohoto perspektivního oboru osobám připravujícím se na výkon zdravotnického povolání.

9 Referenční seznam

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. Dementia facts & Figures. [online]. *Alzheimer's Disease International*, London: 2021 [cit. 2022-01-07]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.

BLŠŤÁKOVÁ, Jana a Jana PALENČÁROVÁ. Human Resource Management in Healthcare. *SHS Web Conf.*, 155 (03003), 2021. Dostupné z: <https://doi.org/10.1051/shsconf/202111503003>

BRODSKÝ, Zdeněk. *Řízení lidských zdrojů pro managery: pro kombinované studium studijního programu Ekonomika a management*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-155-9.

CAISERBERGER, Filip a Martin VALIŠ. Vaskulární demence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2017, 18 (2), 87-90. [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/10.pdf>

ČOPIKOVÁ, Andrea, Jiří BLÁHA a Petra HORVÁTHOVÁ. *Řízení lidských zdrojů*. Ostrava: Vysoká škola báňská-Technická univerzita Ostrava, Ekonomická fakulta, 2015. ISBN 978-80-248-3829-8.

DUFFY, Bridig. Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Sage Journals* [online]. 2009, 4.12. 2009, 8 (4), 515-541 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301209350285>

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HARRALD, Rachel a Francesco SULLA. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomedica* [online]. 2018, 89 (7), 60-69 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502144/>

HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ a Petr VELETA. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, (4), 180-184.

HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Božena JURAŠKOVÁ. Možnosti farmakoterapie demence u Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, 13 (2), 64-68 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/06.pdf>

HORVÁTHOVÁ, Petra, Jiří BLÁHA a Andrea ČOPÍKOVÁ. *Řízení lidských zdrojů: nové trendy*. 1. vydání. Praha: Management Press. 2016. ISBN 978-80-7261-430-1.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

JANOTOVÁ, Magda. Pracovněprávní úprava sick days. *Práce a mzdy profi* [online]. Praha: Verlag Dashöfer, 2021 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://www.pamprofi.cz/33/pracovnepravni-uprava-sick-days-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvMTzwP8b0yIiYzac4IXpdhpb23pieArlw/>

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman. Demence s Lewyho tělísky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2013, 14 (4), 158-160 [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/05.pdf>

JIRÁSKOVÁ, Eliška, *Trendy v podnikání: Business trends: vědecký časopis Fakulty ekonomické ZČU v Plzni*. Plzeň: Vydavatelství ZČU, 2013. ISSN 1805-0603.

JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese online* [online]. 2014, 7 (1), 9-15 [cit. 2022-04-18]. Dostupné z:

https://researchgate.net/publication/277323737_Motivace_sester_a_syndrom_vyhoreni_existuje_souvislost

KIMURA, Hiromi, Tomomi TAMOTO, Naruyo KANZAKI a Koichi SHINCHI. Burnout and Characteristics of Mental Health of Caregivers of Elderly Dementia Patients. *Journal of rural medicine*. 2011, 6 (2), 47-53. Dostupné z: doi:10.2185/jrm.6.47

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální řízení: východiska a vývoj*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3269-5.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 5. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-288-8.

KŘEPELKOVÁ, Gabriela. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí*. Olomouc, 2014. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

LOCHMANNOVÁ, Alena. *Personalistika: základy personalistiky*. Prostějov: Computer Media, 2016. ISBN 978-80-7402-282-1.

LIVINGSTON, Gill; HUNTLEY, Jonathan; SOMMERLAD, Andrew. Dementiaprevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020-08-08, 396 (10248), 413–446. [cit. 2022-07-02]. Dostupné z:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30367-6/fulltext)

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MANTZOROU, Marianna, Marina ECONOMOU, Athena KALOKERINOU, Panayota SOUTZI, Sofia ZYGA, Antonis POLITIS a Evmorfia KOUKIA. Exploration of the

relationship between stigma and burnout among Greek nurses in dementia care. *Journal of nursing management*. 2020, 28 (3), 615-625. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.12964

MASLACH, C., JACKSON, S. E., & LEITER, M. P. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press. 1996. ISBN 978-99-963-4577-7.

MASOPUST, Jiří a Martin VALIŠ. Léčba psychických komplikací Parkinsonovy nemoci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, (6), 254-258 [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/04.pdf>

MÁTĽ, O., MÁTĽOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Metodika vzdělávání pracovníků v sociálních službách aneb průvodce pro aktéry kvalifikačního kurzu a dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách. In: *MPSV* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-04-14].

Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika+vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+PSS.pdf/7d330616-7650-1b25-a966-d0c5be11009a>

MONTANER, Xavier, Salome TÁRREGA a Jenny MOIX. Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*. 2021, 56 (3), 144-151. Dostupné z: doi:10.1016/j.regg.2020.10.004

NEŠPOR, Karel. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi* [online]. 2007, (9), 371-373 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>

PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 3., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-5515-1.

ŘEBÍČKOVÁ, Jana. Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí. Pardubice, 2019. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. [Praha]: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-18-5.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠIKÝŘ, Martin. *Personalistika pro manažery a personalisty*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Manažer. ISBN 978-80-247-5870-1.

URBAN, Jan. *Motivace a odměňování pracovníků: co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší*. Praha: Grada, 2017. Manažer. ISBN 978-80-271-0227-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

WILKINSON, Adrian, Olav MUURLINK, Nabil AWAN a Keith TOWNSEND. HRM and the health of hospitals. *Health services management research*. 2019, 32 (2), 89-102. Dostupné z: doi:10.1177/0951484818805369

WORD HEALTH ORGANISATION *Global status report on the public health response to dementia* [online]. Geneva: World Health Organization, 2021 [cit. 2022-01-07]. ISBN 978-92-4-003324-5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

ZLÁMAL, Jaroslav, Jaroslav VOMÁČKA, Zdeňka MIKŠOVÁ, et al. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2014. ISBN 978-80-7402-157-2.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

10 Seznam zkratk

ACH – Alzheimerova choroba

CMP – cévní mozková příhoda

DP – depersonalizace

EE – emotional exhaustion (emocionální vyčerpání)

FKSP – fond kulturních a sociálních potřeb

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LZ – lidské zdroje

PA – personal accomplishment (osobní uspokojení)

USD – americký dolar

WHO – světová zdravotnická organizace

11 Seznam tabulek

1. Faktory ovlivňující řízení lidských zdrojů
2. Funkce řízení lidských zdrojů
3. Zdroje získávání zaměstnanců
4. Znaky vyčerpání při syndromu vyhoření
5. Soukromé zdroje opory
6. Výhody a nevýhody supervize
7. Rozdíly mezi vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou
8. Poskytování péče osobám s demencí
9. Pohlaví respondentů
10. Věk respondentů
11. Délka pracovního poměru
12. Zaměstnanecké výhody
13. Co byste změnili ve Vašem zařízení
14. Manuál k vyhodnocení dotazníku MBI
15. EE průměr, minimum, maximum
16. PA průměr, minimum, maximum
17. DP průměr, minimum, maximum
18. EE (%)
19. PA (%)
20. DP (%)
21. Počet vyhořelých v oblastech
22. Hypotéza 1
23. Hypotéza 2

24. Hypotéza 3

25. Hypotéza 4

26. Hypotéza 5

27. Hypotéza 6

12 Seznam grafů

1. Vzdělání zaměstnanců
2. Pracovní pozice
3. Zaměření vzdělání vs. pracovní pozice
4. Zdroj informací o pracovní pozici
5. Spokojenost s náplní práce
6. Vnímání obtížnosti práce s klienty s demencí
7. Motivace pro práci s klienty trpící demencí
8. Spokojenost s ohodnocením
9. Spokojenost s atmosférou na pracovišti
10. Péče o duševní zdraví
11. Vzdělávání na pracovišti
12. Zajišťování spokojenosti zaměstnanců
13. Rozdělení respondentů podle vyhoření

13 Seznam příloh

1. Vzdělání zaměstnanců
2. Pracovní pozice
3. Zaměření vzdělání
4. Zdroj informací o pozici
5. Spokojenost s náplní práce
6. Obtížnost práce s klienty s demencí
7. Motivace pro práci s klienty s demencí
8. Spokojenost s ohodnocením
9. Spokojenost s atmosférou a pracovním prostředím
10. Péče o duševní zdraví
11. Vzdělávání zaměstnanců
12. Zajišťování spokojenosti zaměstnanců
13. Otázky pro vedoucí pracovníky
14. Dotazník pro zaměstnance
15. Souhlasy s výzkumem
16. Souhlas Etické komise

14 Přílohy

1. Vzdělání zaměstnanců

		Vysokoškolské	Vyšší odborné	Středoškolské s maturitou	Středoškolské bez maturity	Základní	CELKEM
Zařízení A	n	1	0	18	14	1	34
	%	2,94 %	0,00 %	52,94 %	41,18 %	2,94 %	100 %
Zařízení B	n	1	3	19	8	2	33
	%	3,03 %	9,09 %	57,58 %	24,24 %	6,06 %	100 %
Zařízení C	n	1	1	15	13	2	32
	%	3,13 %	3,13 %	46,88 %	40,63 %	6,25 %	100 %
Zařízení D	n	0	0	14	18	2	34
	%	0,00 %	0,00 %	41,18 %	52,94 %	5,88 %	100 %
CELKEM	n	3	4	66	53	7	133
	%	2,26 %	3,01 %	49,62 %	39,85 %	5,26 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

2. Pracovní pozice

		Všeobecná sestra	Praktická sestra	Pečovatel/ka	Ošetřovatel/ka	CELKEM
Zařízení A	n	11	1	20	2	34
	%	32,35 %	2,94 %	58,82 %	5,88 %	100 %
Zařízení B	n	7	1	24	1	33
	%	21,21 %	3,03 %	72,73 %	3,03 %	100 %
Zařízení C	n	3	0	26	3	32
	%	9,38 %	0,00 %	81,25 %	9,38 %	100 %
Zařízení D	n	8	0	13	13	34
	%	23,53 %	0,00 %	38,24 %	38,24 %	100 %
CELKEM	n	29	2	83	19	133
	%	21,80 %	1,50 %	62,41 %	14,29 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

3. Zaměření vzdělání

		Ano	Ne	CELKEM
Zařízení A	n	19	15	34
	%	55,88 %	44,12 %	100 %
Zařízení B	n	17	16	33
	%	51,52 %	48,48 %	100 %
Zařízení C	n	13	19	21
	%	40,63 %	59,38 %	100 %
Zařízení D	n	17	17	34
	%	50,00 %	50,00 %	100 %
CELKEM	n	66	67	133
	%	49,62 %	50,38 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

4. Zdroj informací o pracovní pozici

		Na úřadě práce	Na doporučení jiného zaměstnance	Z inzerce	Z internetových stránek organizace	CELKEM
Zařízení A	n	1	20	9	4	34
	%	2,94 %	58,82 %	26,47 %	11,76 %	100 %
Zařízení B	n	0	24	6	3	33
	%	0,00 %	72,73 %	18,18 %	9,09 %	100 %
Zařízení C	n	0	26	4	2	32
	%	0,00 %	81,25 %	12,50 %	6,25 %	100 %
Zařízení D	n	1	29	3	1	34
	%	2,94 %	85,29 %	8,82 %	2,94 %	100 %
CELKEM	n	2	99	22	10	133
	%	1,50 %	74,44 %	16,54 %	7,52 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

5. Spokojenost s náplní práce

		Ano	Spíše ano	Ne	Spíše ne	CELKEM
Zařízení A	n	16	13	2	3	34
	%	47,06 %	38,24 %	5,88 %	8,82 %	100 %
Zařízení B	n	14	19	0	0	33
	%	42,42 %	57,58 %	0,00 %	0,00 %	100 %
Zařízení C	n	25	7	0	0	32
	%	78,13 %	21,88 %	0,00 %	0,00 %	100 %
Zařízení D	n	21	13	0	0	34
	%	61,76 %	38,24 %	0,00 %	0,00 %	100 %
CELKEM	n	76	52	2	3	133
	%	57,14 %	39,10 %	1,50 %	2,26 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

6. Obtížnost práce s klienty s demencí

		Ano	Spíše ano	Ne	Spíše ne	CELKEM
Zařízení A	n	4	13	8	9	34
	%	11,76 %	38,24 %	23,53 %	26,47 %	100 %
Zařízení B	n	3	10	8	12	33
	%	9,09 %	30,30 %	24,24 %	36,36 %	100 %
Zařízení C	n	6	10	10	6	32
	%	18,75 %	31,25 %	31,25 %	18,75 %	100 %
Zařízení D	n	2	8	10	14	34
	%	5,88 %	23,53 %	29,41 %	41,18 %	100 %
CELKEM	n	15	41	36	41	133
	%	11,28 %	30,83 %	27,07 %	30,83 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

7. Motivace pro práci s klienty s demencí

		Finanční ohodnocení	Pocit, že někomu pomáháte	Stálé zaměstnání	Práce v blízkosti bydliště	Dobrý pracovní kolektiv
Zařízení A	n	7	28	12	11	8
	%	20,59 %	82,35 %	35,29 %	32,35 %	23,53 %
Zařízení B	n	6	29	19	16	14
	%	18,18 %	87,88 %	57,58 %	48,48 %	42,42 %
Zařízení C	n	8	28	11	12	5
	%	25,00 %	87,50 %	34,38 %	37,50 %	15,63 %
Zařízení D	n	7	29	13	12	9
	%	20,59 %	85,29 %	38,24 %	35,29 %	26,47 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

8. Spokojenost s ohodnocením

		Ano	Spíše ano	Ne	Spíše ne	CELKEM
Zařízení A	n	9	15	3	7	34
	%	26,47 %	44,12 %	8,82 %	20,59 %	100 %
Zařízení B	n	7	18	3	5	33
	%	21,21 %	54,55 %	9,09 %	15,15 %	100 %
Zařízení C	n	11	14	2	5	32
	%	34,38 %	43,75 %	6,25 %	15,63 %	100 %
Zařízení D	n	11	17	0	6	34
	%	32,35 %	50,00 %	0,00 %	17,65 %	100 %
CELKEM	n	38	64	8	23	133
	%	28,57 %	48,12 %	6,02 %	17,29 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

9. Spokojenost s atmosférou a pracovním prostředím

		Ano	Spíše ano	Ne	Spíše ne	CELKEM
Zařízení A	n	6	20	3	5	34
	%	17,65 %	58,82 %	8,82 %	14,71 %	100 %
Zařízení B	n	13	19	0	1	33
	%	39,39 %	57,58 %	0,00 %	3,03 %	100 %
Zařízení C	n	19	13	0	0	32
	%	59,38 %	40,63 %	0,00 %	0,00 %	100 %
Zařízení D	n	10	23	0	1	34
	%	29,41 %	67,65 %	0,00 %	2,94 %	100 %
CELKEM	n	48	75	3	7	133
	%	36,09 %	56,39 %	2,26 %	5,26 %	100 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

10. Péče o duševní zdraví

		Dostatek spánku	Kvalitní vyvážená strava	Pravidelný pohyb	Relaxační techniky	Jiné
Zařízení A	n	24	12	14	4	7
	%	70,59 %	35,29 %	41,18 %	11,76 %	20,59 %
Zařízení B	n	18	8	14	7	7
	%	54,55 %	24,24 %	42,42 %	21,21 %	21,21 %
Zařízení C	n	21	14	18	7	9
	%	65,63 %	43,75 %	56,25 %	21,88 %	28,13 %
Zařízení D	n	14	12	15	7	7
	%	41,18 %	35,29 %	44,12 %	20,59 %	20,59 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

11. Vzdělávání zaměstnanců

		Neprobíhá vůbec	Formou plánovaných školení	Formou e-learningu (elektronická forma)	Formou samostudia
Zařízení A	n	0	34	2	1
	%	0,00 %	100 %	5,88 %	2,94 %
Zařízení B	n	0	33	0	3
	%	0,00 %	100 %	0,00 %	9,09 %
Zařízení C	n	0	32	0	0
	%	0,00 %	100 %	0,00 %	0,00 %
Zařízení D	n	0	34	0	0
	%	0,00 %	100 %	0,00 %	0,00 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

12. Zajišťování spokojenosti zaměstnanců

		Dotazníky spokojenosti	Zajišťování pravidelných supervizí	Pořádání teambuildingových akcí (výlety, večírky)	Jiné
Zařízení A	n	7	3	26	0
	%	20,59 %	8,82 %	76,47 %	0,00 %
Zařízení B	n	23	26	23	0
	%	69,70 %	78,79 %	69,70 %	0,00 %
Zařízení C	n	17	10	22	1
	%	53,13 %	31,25 %	68,75 %	3,13 %
Zařízení D	n	31	26	10	0
	%	91,18 %	76,47 %	29,41 %	0,00 %

Zkratky: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

13. Otázky pro vedoucí pracovníky

1. Jaké zdroje používáte pro hledání nových zaměstnanců?
2. Co je obsahem inzerátu?
3. Jací uchazeči se hlásí na dané pozice? Mají s pozicí předchozí zkušenost? Hlásí se i uchazeči mimo obor?
4. Jakým způsobem probíhá přijímání zaměstnanců ve vaší organizaci?
5. Jak nejčastěji probíhá ukončení pracovního poměru?
6. Jakým způsobem probíhá adaptační proces u nových zaměstnanců? Jak dlouho trvá?
7. Jaké možnosti vzdělávání mají zaměstnanci ve vaší organizaci?
8. Jaké benefity nabízí vaše organizace? Z jakých fondů jsou tyto benefity hrazeny?
9. Je ve vašem zařízení zřízena odborová organizace?
10. Jakým způsobem motivujete vaše zaměstnance? Jak předcházíte syndromu vyhoření u svých zaměstnanců?

14. Dotazník pro zaměstnance

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk?

.....

3. Jak dlouho pracujete v této organizaci?

.....

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní

- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

5. Na jaké pracovní pozici v organizaci pracujete?

- a) všeobecná sestra
- b) praktická sestra
- c) ošetřovatel/ka
- d) pečovatel/ka

6. Je zaměření Vašeho vzdělání totožné s Vaší pracovní pozicí?

- a) ano
- b) ne

7. Jak jste dozvěděl/a o pracovní pozici, na níž jste zaměstnaný/á?

- a) na Úřadě práce
- b) na doporučení jiného zaměstnance
- c) z inzerce
- d) na internetových stránkách organizace

8. Jste spokojen/a s náplní Vaší práce?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

9. Je pro Vás práce s klienty trpící demencí obtížná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

10. Co Vás nejvíce motivuje k práci s klienty trpící demencí? (Můžete označit více odpovědí, případně dopsat vlastní)

- a) finanční ohodnocení
- b) pocit, že někomu pomáháte
- c) stálé zaměstnání
- d) práce v blízkosti bydliště
- e) dobrý pracovní kolektiv
- f) jiné (vypíšte):.....

11. Myslíte si, že je Vaše práce dobře ohodnocena?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

12. Jaké zaměstnanecké benefity nabízí Vaše organizace?

- a) příspěvek na stravování
- b) dny dovolené navíc, případně tzv. „sick days“
- c) poukázky do lékárny
- d) příspěvek na penzijní připojištění
- e) příspěvek na sportovní aktivity
- f) jiné (jmenujte jaké):.....

13. Jste spokojen/a s atmosférou a pracovním prostředím na Vašem pracovišti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

14. Jakým způsobem pečujete o své duševní zdraví? (Můžete označit více odpovědí nebo dopsat vlastní)

- a) dostatek spánku
- b) kvalitní vyvážená strava
- c) pravidelný pohyb
- d) relaxační techniky
- e) jiné (uvedte jaké):.....

15. Kdybyste mohli ve Vašem zaměstnání něco změnit, co by to bylo? (Můžete označit více odpovědí, případně dopsat vlastní)

- a) nechtěl/a bych nic měnit
- b) lepší finanční ohodnocení
- c) více zaměstnaneckých benefitů
- d) více dnů dovolené, možnost využít tzv. „sick days“
- e) více možností vzdělávání a kariérního růstu
- f) jiné (vypište):.....

16. Jakým způsobem probíhá na Vašem pracovišti vzdělávání zaměstnanců?

- a) neprobíhá vůbec
- b) formou plánovaných školení
- c) formou e-learningu (elektronická forma)
- d) formou samostudia

17. Jakým způsobem Váš zaměstnavatel zajišťuje spokojenost zaměstnanců? (Možno označit více odpovědí)

- a) dotazníky spokojenosti
- b) zajišťování pravidelných supervizí
- c) pořádání teambuildingových akcí (výlety, večírky)
- d) jiné (napište jaké):.....

DOTAZNÍK – SYNDROM VYHOŘENÍ (MBI – MASLACH BURNOUT INVENTORY) – Standardizovaný dotazník

V každém z políček u jednotlivých tvrzení napište čísla podle síly pocitů, jaké prožíváte

Síla pocitů: Vůbec 0-1-2-3-4-5-6-7 Velmi silně

1.	EE	Práce mě citově vysává	
2.	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3.	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů/klientů	
5.	DP	Mám pocit, že někdy s pacienty/klienty jednám jako s neosobními věcmi	
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá	
7.	PA	Jsem schopen/na velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů/klientů	
8.	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	
9.	PA	Mám pocit, že lidé při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují	
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý/á k lidem	
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým	
12.	PA	Mám stále hodně energie	
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14.	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává	
15.	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty/klienty	
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17.	PA	Dovedu u svých pacientů/klientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18.	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty/klienty	
19.	PA	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého	
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně, vyrovnaně	

15. Souhlasy s výzkumem



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce na téma Řízení lidských zdrojů v zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí

Období realizace: Akademický rok 2021/2022

Řešitelé projektu: Bc. Barbora Janecká, Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je popsat proces řízení lidských zdrojů v daném zařízení, zjistit a srovnat míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců v daném zařízení, zjistit motivaci zaměstnanců. Výzkum proběhne formou rozhovoru s vedoucím pracovníkem. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: výsledky budou v případě zájmu poskytnuty vedoucím pracovníkům. Z výzkumu nevyplývají žádná rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne

podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce na téma Řízení lidských zdrojů v zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí

Období realizace: Akademický rok 2021/2022

Řešitelé projektu: Bc. Barbora Janecká, Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je popsat proces řízení lidských zdrojů v daném zařízení, zjistit a srovnat míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců v daném zařízení, zjistit motivaci zaměstnanců. Výzkum proběhne formou dotazníku pro zaměstnance, který má dvě části, první část je zaměřena na řízení lidských zdrojů, v druhé části se nachází standardizovaný dotazník, jehož cílem je zjistit přítomnost a případně míru vyhoření u zaměstnanců. Vyplnění dotazníku zabere asi 15 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: výhodou je anonymní průzkum mezi zaměstnanci v zařízení, výsledky budou v případě zájmu poskytnuty vedoucím pracovníkům. Z výzkumu nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

16. Souhlas Etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

ÚPOL - 189875/1070-2021

Vážená paní
Bc. Barbora Janecká

2021-10-08

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Rízení lidských zdrojů v zařízeních zaměřených na péči o klienty s demencí**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP