

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO
V OLOMOUCI**

Katedra psychologie

2009/2010



**PRACOVNÍ SPOKOJENOST A PSYCHICKÝ STAV
ZDRAVOTNÍCH SESTER**

(Work satisfaction and psychical state of nurses)

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2010

Odborný konzultant:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Vypracovala:

Bc. Jana Nováková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechnu literaturu, kterou jsem použila.

V Berouně, 5. března 2010

Bc. Jana Nováková

Děkuji Doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi CSc. za odborné vedení práce, podnětné připomínky a rady při mém výzkumu.

Poděkování za velkou trpělivost a podporu patří též mojí rodině: manželovi, synovi a dceři.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. PŘEHLED SOUČASNÝCH PROBLÉMŮ PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY	9
1.1. Ošetrovatelství a jeho postavení v péči o zdraví člověka	12
1.2. Obecná charakteristika profese	13
1.3. Rizikové faktory při práci zdravotních sester	15
1.4. Osobnost sestry a specifická skupina na pracovišti	16
2. MOTIVACE A JEJÍ ZÁKLADNÍ POJETÍ.....	19
2.1. Motivace v práci člověka	19
2.2. Teorie pracovní motivace.....	21
2.2.1. Přístupy k motivaci založené na „zdravém rozumu“	21
2.2.2. Teorie potřeb	22
2.2.3. Teorie potřeby úspěchu, moci a motivace řídit.....	23
2.2.4. Expektanční teorie	24
2.2.5. Teorie spravedlivosti.....	24
2.2.6. Teorie stanovení cílů.....	25
2.2.7. Další motivační faktory	26
3. PRACOVNÍ POSTOJE A SPOKOJENOST ZDRAVOTNÍCH SESTER	29
3.1. Postoje zdravotních sester	30
3.2. Pracovní spokojenost	32
3.3. Prediktory ovlivňující pracovní chování.....	37
3.3.1. Stabilizace – fluktuace	37
3.3.2. Přítomnost v práci – absentismus	38
3.3.3. Nehodové chování	38
3.3.4. Participace.....	39

4. ROLE SESTRY V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ.....	40
4.1. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu	41
4.2. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi.....	42
4.3. Vztah sestra- pacient	43
4.4. Vzdělávání sester	44
4.4.1. Sociologické aspekty vzdělávání sester	45
5. PROBLEMATIKA PRÁCE SESTER Z RŮZNÝCH HLEDISEK.....	47
5.1. Psychické předpoklady pro ošetrovatelství.....	47
5.2. Fyzické zatížení.....	48
5.3. Práce na směny.....	48
5.4. Psychohygiena.....	49
5.5. Syndrom vyhoření.....	50
5.6. Supervize.....	52
5.6.1. Význam supervize a prevence syndromu vyhoření	53
6. ETIKA A JEJÍ PRINCIPY.....	54
7. POZNÁMKY K PŮSOBNÍ ČINITELŮ OBSAHU A KONTEXTU PRÁCE U ZDRAVOTNÍCH SESTER.....	56
8. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	60
8.1. Přehled základních teoretických problémů	60
8.2. Pracovní hypotézy	64
8.3. Zkoumaný soubor.....	65
8.4. Aplikovaná metodika	69
8.4.1. Dotazník DSZS	69
8.4.2. Dotazník SUPOS 7 - PC	72
8.4.3. Použité matematicko – statistické metody	74
8.5. Symbolika užitá v práci.....	75
8.6. Průběh a organizace šetření.....	77

9.	VÝSLEDKY PRÁCE	78
9.1.	Základní výstupy DSZS	79
9.1.1.	Celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence A CPSF.....	79
9.1.2.	Vliv fyzikálních činitelů a postoje k nim B FC	80
9.1.3.	Mezilidské vztahy na pracovišti a postoje k nim C VZ.....	83
9.1.4.	Spokojenost s vlastní prací D RJSB	83
9.1.5.	Zdravotní stav a postoje k němu E ZS	84
9.1.6.	Spokojenost s okolnostmi práce F OST.....	84
9.1.7.	Spokojenost s odměňováním, využitím kvalifikace a schopností G ODPO..	87
9.1.8.	Okolnosti péče o pacienty a postoje k nim H PP	88
9.1.9.	Postoje k adaptaci na práci I APO	88
9.2.	Základní výstupy SUPOS 7	89
9.3.	Vybrané koreláty	89
9.3.1.	Koreláty věku (J SD)	89
9.3.2.	Koreláty mzdy (J SD)	90
9.3.3.	Koreláty spokojenosti s vlastní prací D RJSB a položkami SUPOS 7.....	91
9.3.4.	Koreláty spokojenosti s odměňováním, kvalifikací, možnosti pracovního postupu G ODPO a jednotlivými položkami SUPOS 7	91
9.3.5.	Koreláty spokojenosti s okolnostmi práce F OST na hlavní proměnné	92
9.3.6.	Koreláty okolnosti s ošetřováním nemocných, postoje k nim H PP na hlavní proměnné	92
9.3.7.	Koreláty celkové pracovní spokojenosti A CPSF na hlavní proměnné.....	93
9.3.8.	Koreláty sumy SUPOS 7 na hlavní proměnné.....	93
9.4.	K platnosti hypotéz	94
10.	DISKUSE.....	97
11.	ZÁVĚR	105
11.1.	Praktické náměty k uplatnění výsledků	108

12.	SOUHRN	110
13.	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZÁZNAMŮ.....	115
	SEZNAM PŘÍLOH.....	119

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou práce zdravotních sester. Je věnována pozornost pracovní motivaci, postoji k práci a spokojenosti a zabývá se také psychickým stavem sester. Povolání je to náročné, nejen po stránce fyzické, ale i psychické.

Jsou to právě sestry, které se významně podílejí na procesu péče o nemocné. Je to i proto, že sestry tvoří největší profesní skupinu ve zdravotnictví a mají tak samozřejmě velký vliv na celý systém zdravotní péče u nás. Můžeme hovořit o tomto náročném povolání také jako o poslání. Poslání pomáhat druhým, nemocným, zachraňovat životy a potřeba mít smysluplnou práci.

V 21. století prochází lidská společnost intenzivním rozvojem ve všech oblastech života člověka, medicínu nevyjímaje. Máme k dispozici stále dokonalejší přístroje, k určování diagnóz je využívána technika a věda, která pomáhá při léčbě chorob, výzkum nových léků a očkovacích látek. To vše je jistě důležité, neméně významná je však právě péče o nemocné lidi, péče o jejich psychickou i duchovní složku.

Výběr tématu diplomové práce byl u mě podmíněn tím, že více než deset let jsem pracovala jako zdravotní sestra v akutní medicíně. Dobře znám prostředí, ve kterém se sestry pohybují, s jakými problémy se potýkají a co je trápí.

Cílem této práce je zjišťování psychického stavu sester a faktorů, které mohou ovlivňovat jejich postoje a pracovní spokojenost. Na základě studia a analýzy dostupné literatury a odborných periodik jsou zde nastíněny základní teorie motivace, role sestry ve společnosti a celkový holistický přístup v ošetřovatelství. Je zaměřena na problematiku práce sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, která zahrnuje péči o nemocného v akutním ohrožení života nebo ve stavu vyžadujícím neodkladnou péči. Zmíněn je zde i syndrom vyhoření, kterým jsou zdravotní sestry ohroženy a možnosti prevence tohoto emočního a fyzického vyčerpání.

Oblast akutní péče klade na zdravotníky vysoké nároky a vyžaduje značné zkušenosti a znalosti. Proto se zde zmiňuji o etických problémech, o potřebě dalšího vzdělávání a možnostech dalšího rozvoje (supervize, kurzy, výcviky).

Výzkum byl prováděn ve fakultní nemocnici, na klinice anesteziologie a resuscitace. Byl předkládán nestandardizovaný dotazník spokojenosti zdravotních sester a Supos 7. Soubor zkoumaných osob byl vybrán náhodným výběrem.

Práce je členěna do dvou částí, na část teoretickou a část výzkumnou. Obecná část je zaměřena na pracovní motivaci a její základní přístupy. Dále na postoje a spokojenost zdravotních sester v jejich náročném povolání. Je zde stručně zmíněn holistický přístup k člověku a nezastupitelná role sester s důrazem na etické principy života. Jsou zde popsány jednotlivé typy sester z hlediska jejich odbornosti a náročnost práce z hlediska sociálních a fyzikálních podmínek práce.

Výzkumná část je zaměřena na zkoumání postojů, spokojenosti a vztahy mezi vybranými statusovými daty, tj. mezi věkem, mzdou a celkovou pracovní spokojeností. Dále pak na vztahy mezi spokojeností s vlastní prací a odměňováním a jednotlivými položkami Suposu 7 a také jaký je vztah mezi spokojeností s vlastní prací a neurotickými obtížemi. Zkoumány zde byly také koreláty spokojenosti s odměňováním, kvalifikací, možnosti pracovního postupu a jednotlivými položkami Suposu 7. Dále jsme zjišťovali statisticky významné vztahy mezi spokojeností s okolnostmi práce na hlavní proměnné, okolnosti s ošetřováním nemocných a celkovou pracovní spokojeností na hlavní proměnné a zkoumali jsme také koreláty sumy Suposu na hlavní proměnné.

1. PŘEHLED SOUČASNÝCH PROBLÉMŮ PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY

Finanční krize, která zasáhla celý svět už roku 2008 a pokračuje letošním rokem 2010, se také dotýká celého systému zdravotní péče, potažmo zdravotních sester.

Se „slůvkem“ krize se dnes setkáváme na každém kroku. Pokud se nás nedotkla přímo, třeba ztrátou zaměstnání, pak o ní alespoň neustále slyšíme a čteme.

České zdravotnictví se zatím ve finanční krizi nenachází, dochází však již k nižšímu výběru pojistného na zdravotní pojištění, a to v důsledku zvyšující se nezaměstnanosti. Iva Merhautová (2009), ředitelka Městské polikliniky Praha, se ve svém článku zmiňuje o krizi jiného charakteru, a to o krizi legislativní. Máme zde v platnosti zákony z roku 1966 a kromě nových vzdělávacích zákonů nebyl žádný nový zdravotnický zákon přijat. Další krizí je prohlubující se nedostatek zdravotnických pracovníků. V současné době je zaměstnáno více a více lékařů a sester, kteří pracují ve vyšším, důchodovém věku. Všeobecné sestry a další nelékaři nemají příliš mnoho motivací k setrvání v oboru, což dokazuje skutečnost, že jejich nedostatek je patrný zejména ve velkých městech, kde je nejvíce alternativních možností zaměstnání. Krizi nedostatku zdravotních pracovníků prohloubí demografický vývoj, který Českou republiku začíná ovlivňovat. Stárnutí samotných zdravotníků je doplněno nedostatkem absolventů všech typů škol, tedy i zdravotnických.

Za určitý problém můžeme považovat také skutečnost, že se dnes na své zdravotnické povolání připravují všeobecné sestry na dvou různých typech škol. Zaprvé se jedná o vyšší odbornou školu, která vzdělává studenty v rámci sekundárního vzdělávání, a podruhé jde o bakalářská studia, která spadají do terciálního vzdělávání. Dvě různé úrovně vzdělávání – jedna všeobecná sestra. Přitom zaměření obou typů škol má být jiné. Vyšší odborná škola by měla vychovat absolventa s užší specializací, naopak bakalářská studia by měla být zaměřena nejen odborně, ale měla by vychovat absolventa i v obecné rovině. V praxi jsou pak znevýhodněny absolventky vyššího odborného vzdělávání. Krizi finanční a legislativní doplní krize personální.

Rok 2008 a část roku 2009 byl pro české zdravotnictví a potažmo pro zdravotní sestry velmi významný. Zdravotnictví procházelo a prochází obrovskými změnami. Ať již se to týká změn ve vzdělávání sester, viz výše, či změn v poskytování zdravotní péče, která se změnila z „bezplatné“ na placenou.

Od 1. ledna 2008 vstoupily v platnost takzvané regulační poplatky za návštěvu u lékaře, výdej léku nebo za pobyt v nemocnici či návštěva pohotovosti. Komu by se tedy chtělo platit za něco, co bylo donedávna „zadarmo“? Lidé považovali bezplatnou péči za samozřejmost a tak jsou teď více nervózní a nejistí. Po krátkém čase, kdy zavedení poplatků zafungovalo, pacientů ubylo, došlo ve středočeském kraji k zrušení poplatků a tak i k velkým zmatkům a nepochopení.

Jak uvádí Iva Merhautová (ibidem): Zadarmo není nic, naopak zdravotní péče je velmi nákladná a při nedostatku finančních prostředků bude méně péče nebo méně kvalitní péče pro méně lidí. Jak se říká, za málo peněz, málo muziky.

To vše působí bezprostředně i na zdravotní sestry. Na jedné straně jsou to kladené nároky na jejich vzdělání a profesi, na druhé straně se musí potýkat s takovými problémy, jako je zavedení a následné rušení poplatků ve zdravotnictví nebo nedostatek finančních prostředků v celém našem zdravotním systému.

Jak vyplývá ze Střediska empirických výzkumů- Stem/Mark, a.s. (2008), zavedení poplatků za pobyt v nemocnici ani celkové zvýšení poplatků ve zdravotnictví podle velké většiny lidí nepovede ke zlepšení lékařské péče. Větší důvěru mají lidé v to, že zvýšení poplatků za výběr léků omezí jejich plýtvání. Tomu věří přibližně polovina občanů. Podle STEM je zavedení třicetikorunové platby při návštěvě lékaře přijímáno s nejistotou. Průzkum ukázal, že pouze pětina lidí věří, že poplatky ve zdravotnictví přispějí k celkovému zkvalitnění zdravotní péče v ČR. Zhruba 80 procent lidí si naproti tomu myslí, že získané prostředky nebudou efektivně využity ve prospěch pacientů. Stejně negativně hodnotí lidé i zavedení poplatků za pobyt v nemocnicích.

Otázky zdravotní péče byly, jsou a budou horkým tématem právě proto, že se dotýkají každého z nás. Můžeme mít peníze, být relativně šťastní, ale k čemu nám budou, když nebudeme zdraví? Proto reformy ve zdravotnictví vyvolávají řadu diskuzí a otázek. Z toho plyne, že jak systémové změny ve zdravotnictví, tak i nároky na vzdělávání sester, mohou mít vliv na celkový postoj a pracovní výkon.

České sestry jsou velmi vnímavé a pracovitě. Vzhledem ke všem reformám to mají však stále těžší. V praxi je kladen důraz na to, aby sestra, která poskytuje zdravotní péči, byla na vysoké odborné úrovni. Sestry, které dnes nastupují do pracovního poměru, jsou již dobře jazykově i odborně vybaveny. Sestra v novém pojetí koncepce ošetrovatelské péče má být adekvátním partnerem lékaře a nejen bezmyšlenkovitě plnit jeho příkazy. Role sester tak posílila na samostatného člena ošetrovatelského týmu, sestřám jsou a stále více budou svěřovány kompetence, které budou umožňovat samostatnější výkon povolání. S tím je spojeno samozřejmě vzdělávání. Dnes může sestra vystudovat vysokou školu, obor ošetrovatelství. V České republice je možné studovat ošetrovatelství v bakalářském a magisterském programu. Magisterský program – obor Ošetrovatelství- se studuje pouze na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, na Ostravské univerzitě v Ostravě a na univerzitě v Pardubicích. Na fakultách v Praze, v Ústí nad Labem, v Brně, v Plzni a v Olomouci se studuje bakalářský program, kde navazujícím magisterským studiem není obor Ošetrovatelství, ale obor např. Specializace ve zdravotnictví. Problémem zatím zůstává spravedlivé ohodnocení vysokoškolsky vzdělaných sester. Stále ještě platí, že lépe jsou placeny „staré“ sestry podle odpracovaných let ve zdravotnictví, než podle vzdělání. A tak se stává, že sestra dobře jazykově i odborně vybavená, odchází do zahraničí, přičemž dnes je trendem Saúdská Arábie a hned po ní následuje západní Evropa.

Z uvedeného vyplývá další téma, kterým je zrušení SZŠ, kde sestry získávaly titul diplomovaná zdravotní sestra a mohly po absolutoriu ihned pracovat samostatně v nemocnici. Místo této možnosti se otevřely třídy pro obor zdravotnický asistent, který ale nemůže samostatně pracovat a ošetrovat pacienty bez odborného dohledu.

Tímto aktuálním tématem se zabývala Jurásková (2007). Podle Juráskové nejsme jedinou zemí, která se potýká s nedostatkem sester. Podle ICN (Mezinárodní rada sester) ovlivňuje počet sester na pracovišti celkovou úroveň péče. Podle zjištěných studií se ukázalo, že stoupá-li počet pacientů na jednu sestru, kvalita péče klesá.

Stávajícím sestřám budou přibývat přesčasové hodiny a budou tak stále více fyzicky i psychicky vyčerpané. Už teď chybí v nemocnicích stovky sester a kvůli tomu se už zavírají i celá oddělení. To vše působí negativně na pracovní výkon, motivaci a pracovní postoje sester obecně.

Dobrou zprávou je, že většina sester svou práci má jako poslání a má ji ráda. A i když právě nejsou v českém zdravotnictví pro jejich práci úplně ideální podmínky, společnými silami s pomocí ostatních zdravotníků toto nelehké období překlenou a za nějaký čas budou moci pracovat za lepších finančních podmínek a budou více spokojené.

Věřím, že se podmínky ve zdravotnictví, potažmo v ošetřovatelství, co nejdříve uklidní alepší, aby sestřám nebyl odměnou „jen“ dobrý pocit z pomoci bližnímu, ale aby byla tak náročná profese náležitě ohodnocena.

1.1. Ošetřovatelství a jeho postavení v péči o zdraví člověka

Práce sestry je prací ošetřovatelskou, i když v současné době již vykonávanou na vysoké odborné úrovni. Tradičně je sestra členem týmu, který poskytuje pacientům veškerou péči. Sestra pacientovi pomáhá zvládat nemoci, nebo mu pomáhá se s ní vyrovnat. Někdy je mu „laickým“ psychologem, často hovoří s příbuznými, aby uvolnila napětí a stres, který se velmi často objevuje v tíživých životních situacích, kterými hospitalizace v nemocničním zařízení bezesporu je.

Ošetřovatelství je obor, který vychovává zdravotní sestry k celistvé péči o pacienta. Samozřejmě je zde zdůrazněna etika péče oproti úzce zaměřené etice léčby. Rozvoj ošetřovatelství byl v minulém režimu utlumen stejně jako rozvoj dalších oborů.

V současnosti probíhá reforma zdravotnictví a hledají se cesty jak zlepšit celý zdravotnický systém. Československo před druhou světovou válkou patřilo v ošetřovatelství mezi nejvyspělejší evropské země. Dále také Mellanová (in Baštecká, 2001, s. 36) uvádí, že první ošetřovatelská škola byla u nás otevřena již v roce 1916. Až do roku 1950 se profesionální příprava sester v naší zemi nelišila od přípravy v jiných státech. Minimální věk pro přijetí byl 18 let a studium trvalo dva roky. Později byly vyšší školy zrušeny a vzdělání sester se dostalo na středoškolskou úroveň. Od roku 1990 se situace postupně měnila, stát se snaží o harmonizaci vzdělání sester se státy Evropské unie.

Musíme zmínit guru světového ošetřovatelství, Florence Nightingaleovou, která položila základy modernímu ošetřovatelství. Uvědomila si, že opravdová péče o ty, kteří to potřebují, musí být postavena na nezištných, idealistických základech. S jinými postoji nelze podle Nightingaleové v povolání s tak vysokými nároky na člověka obstát.

Další významnou osobností byla u nás Alice Masaryková, která se velmi angažovala v ošetrovatelském školství a usilovala o vysoký morální kredit československých sester-ošetrovatelek (Kutnohorská, 2007).

Florence Nightingale(1820- 1920) pocházela z vlivné anglické rodiny, dostalo se jí vynikajícího vzdělání. Studovala historii, filozofii, klasickou literaturu, hudbu, umění, měla nadání i pro matematiku. Na doporučení otce a pod jeho dohledem se učila latinu, řečtinu, francouzštinu, němčinu, italštinu. Během cest po Evropě si vždy vyšetřila čas na prohlídky nemocnic. Přestože rodiče nesouhlasili s jejím rozhodnutím stát se ošetrovatelkou, nebránili ji v návštěvách nemocnic. Ona sama si pořizovala bohaté zápisky o všem, co se týkalo organizace a řízení nemocnic, hygieny, stavebního uspořádání jednotlivých oddělení a také práce lékařů (Kutnohorská, s. 24, 2007).

1.2. Obecná charakteristika profese

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Její práce je založena na úctě k životu, respektuje důstojnost a lidská práva každého jednotlivce bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení.

Sestra se stará jak o jednotlivce, tak i rodiny, komunity a spolupracuje s dalšími obory. Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Také se spolupodílí na podpoře aktivit, které jsou zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb jedincům, zejména patřícím do ohrožených skupin. Nese plnou odpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které v praxi provádí. Dodržuje povinnost mlčenlivosti a chrání důvěrné informace pacienta.

Prostřednictvím profesních, a odborových organizací usiluje sestra o přiměřenou mzdu a důstojné pracovní podmínky (Etický kodex Mezinárodní rady sester, 2000).

Jak uvádí Bártlová (2007), profesi zdravotní sestry můžeme nazvat povoláním nebo odbornou přípravou na požadované povolání. Profesi zdravotní sestry můžeme charakterizovat těmito znaky:

Profese zdravotní sestry je charakterizována:

- Existencí systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese
- Profesní autoritou, která vychází z ovládnutí vědomostí, které běžný laik nemá (odborné znalosti)
- Existují profesní asociace, které pečují o vzdělávání a kvalifikaci sester
- Profesní etika ve vztahu k pacientům, i interpersonální vztahy (vlastní Etický kodex)
- Monopol na určité úkoly
- Autonomie (řízení pracovních podmínek).

Ošetrovatelská péče a typy sester

Ošetrovatelská péče je zaměřena na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví nás všech, ať už jednotlivců nebo celých rodin, které mají společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.

Součástí ošetrovatelství je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče

Tuto péči zajišťují zdravotní pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem (Zákon č.96/2004 Sb. - O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů).

V rámci současného pojetí péče o zdraví je také program, o kterém informuje Šamánková (2006, s. 21). Ten se zabývá rozvojem a upevněním zdraví v evropském regionu. Oficiálním názvem je Projekt zdraví 21, který nese podtitulek Zdraví pro všechny do 21. století v Evropském regionu. Jednotlivé body navazují na předchozí projekt, který nesl název Zdraví pro všechny do roku 2000. K pokrokovému ošetrovatelství patří individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování ošetrovatelských potřeb nemocného a také samostatná práce sester v terénní péči zaměřená na domácí péči, hlavně pak na prevenci. Individualizovaná péče vychází z potřeb pacienta, kdy se kvalitní sestra zajímá o pacienta a všechny jeho problémy.

Ošetrovatelskou péči podle současné koncepce ošetrovatelství zajišťují následující typy sester.

V této koncepci jsou jednotlivé typy sester definovány takto:

Sestra typu A, v mezinárodní kategorii se uvádí termín „sestra 1. úrovně „ (1st level nurse), může pracovat samostatně a vést práci sester typu B a ošetřovatelů typu C. Patří sem například sestra zajišťující tzv. domácí péči nebo jako vedoucí směnová sestra. Sestry tohoto typu musí mít kromě všeobecného vzdělání také absolutorium vyšší odborné nebo vysoké školy v oboru ošetřovatelství. Univerzitní vzdělání mohou sestry získat na lékařských fakultách, a to jako bakalářské, magisterské a doktorandské studium (FN Plzeň, 2009).

K sestram typu B, „sestra 2. úrovně“ (2nd. level nurse), patří všeobecná sestra, která pracuje v týmu se sestrou typu A. Musí mít vzdělání v oboru ošetřovatelství, které je ukončené maturitní zkouškou. Sestra se musí také celoživotně vzdělávat, účastnit se odborných akcí profesních organizací a samostudiem.

Pomocný personál typu C je nižší zdravotnický pracovník, který vykonává jednoduché práce, například stlaní lůžka nebo zajišťuje hygienu pacienta. K výkonu této činnosti jim stačí absolvovat krátkodobé kurzy na akreditovaných pracovištích.

Například sestry, které pracují na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, musí mít kromě všeobecného vzdělání také dvouleté pomaturitní specializační studium ARIP: anesteziologicko – resuscitační a intenzivní péče, (FN Plzeň, 2009).

1.3. Rizikové faktory při práci zdravotních sester

Práci zdravotní sestry, její spokojenost či nespokojenost ovlivňuje řada faktorů a okolností.

Jedním z nich je práce v třísměnném provozu, ve střídavých dopoledních, odpoledních a nočních službách. S tím související nepravidelný životní rytmus, tak i životní styl, někdy i spánková deprivace. Dochází také ke kontaktu se smrtí, zahrnující péči o umírající, ale také o jejich příbuzné.

Z uvedeného vyplývá, že sestra přichází do kontaktu s mnoha emocemi, nejen svými, ale i patientskými (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv apod.), které se snaží různými způsoby zvládat. Dobré a vhodné je, když se sestra naučí rozpoznávat své emoce a umět s nimi pracovat, tzn. umět relaxovat, cvičit, mít dostatek sociální opory (viz kapitola 5.4. Psychohygienu).

Práce sester je namáhavá nejen psychicky, ale i fyzicky. S tím souvisí péče o pacienty a manipulace s nimi. I když je už dnes na většině oddělení potřebná technika, ošetřujících „rukou“ není nikdy moc. A tak je sestra nucená sama zvedat, polohovat pacienty, může tak docházet k dlouhodobým bolestem zad a krční páteře. Proto je důležité používat vhodné pomůcky a nástroje, které manipulaci s nemocným usnadňují a umět si říci o pomoc kolegům.

Těžiště práce zdravotní sestry spočívá tedy v kontaktu s pacienty. K tomu samozřejmě patří kontakt sestry s různými biologickými materiály (sekrety, exkrementy apod.), ošetřování nemocných s AIDS.

Sestra je tak ohrožena různými infekčními nemocemi a měla by se chránit ochrannými pomůckami a dodržovat základní hygienické předpisy (pravidelná dezinfekce rukou, používání sterilních rukavic, ústních roušek, zástěr).

Práce zahrnuje i riziko vzniku různých alergií a podráždění kůže, protože sestry při práci např. s onkologicky nemocným aplikují léky- cytostatika, antibiotika, opiáty a mohly by být tak pro jejich zdraví nebezpečné. Je třeba se chránit a myslet na svou ochranu.

Zdravá a optimistická sestra je požehnáním pro každého nemocného.

1.4. Osobnost sestry a specifická skupina na pracovišti

Individuální rozdíly v osobnosti a kognitivních schopnostech jsou předmětem spousty psychologických výzkumů. Na pracovní chování má vliv kromě osobnosti, kognitivních schopností i emocionální inteligence, intelekt i naučené vzorce chování, ať už z primární rodiny nebo ze sociálního okolí (Arnold, J., Silvestr, J., et al., 2007).

Jaký je vztah mezi osobností a prací?

Z pohledu sociální psychologie práce je nezanedbatelným tématem vztah mezi osobností a prací. Důležité pro formování osobnosti je vyrovnávání se s prací- adaptace, která je považována za významnou osobnostní dimenzi (Vtípil, 2005). Pro člověka jsou významné tyto aspekty: spokojenost s prací a postoj k práci, identifikace s prací, subjektivní investice do práce, mezilidské vztahy na pracovišti, psychické odrazy výdělku a motivace práce.

Nacházíme však i řadu dalších poznatků, jako je charakter a obsah práce, sociální prostředí, ve kterém práci vykonáváme, způsoby, které uplatňují vedoucí, normy, které vyvíjí skupina vůči nám a další podněty, které se také podílejí na formování naší osobnosti, ovlivňují postoje k práci, hodnotovou hierarchii apod.

Jak moc může sestry ovlivňovat práce v ženském kolektivu?

Když se snažíme charakterizovat určitého člověka, obvykle uvádíme, jak vypadá- jaký má věk, barvu vlasů, zda je silný - uvádíme tedy biologické znaky. To je jedna ze základních odlišností mezi muži a ženami. Ženy jsou obecně menší postavy, mají o čtyřicet procent méně svalové hmoty, o dvacet procent menší plíce, a tím i menší množství kyslíku, který je potřebný k tělesné aktivitě.

Dále uvádíme, jaké má povolání, a vzdělání, kde bydlí, jaké má přátele, hovoříme o společenských charakteristikách toho člověka. Všímáme si jeho schopností a dovedností, co dělá rád a o co se zajímá. Sledujeme jeho cíle, motivaci, zájmy a perspektivy. A dále nás zajímá, jaký je jeho temperament, zda je klidný nebo cholerický. Důležité jsou také údaje o tom, jak se chová k druhým lidem, jestli je vytrvalý, svědomitý, odpovědný nebo naopak. Zahrnujeme sem i údaje o jeho paměti, fantazii, myšlení, převažující náladě.

Osobnost je tedy velmi složitý soubor vlastností a existují individuální rozdíly mezi muži a ženami (Čechová, Rozsypalová, 1996).

V psychických projevech se ženy hodně liší od mužů a právě tyto odlišnosti dávají specifický ráz ženským kolektivům. Ženy mají například lepší paměť na detaily. Dále ženy hůře rozlišují fakta od domněnek, a proto tak někdy špatně odhadují pravou příčinu konfliktu nebo jej samy z těchto důvodů způsobí. (Rozsypalová, Haladová, 1981). Jsou také více emotivní, mohou mít problémy se změnami hladin hormonů v souvislosti s menstruačním cyklem, krize spojené s těhotenstvím, klimakteriem, což se může projevit na jejich každodenním prožívání. Na druhou stranu, když mají nějaký problém, jsou ve stresu, vyrovnávají se tak, že mluví o svých pocitech a hledají společenskou podporu, zatímco muži se k němu staví jako k problému, který je třeba vyřešit, nejčastěji individuálním úsilím.

Důležité a ve výzkumech přetrvávající je to, že když jsou jak žena, tak její mužský partner zaměstnaní, je to žena, která dělá většinu domácích prací a pečuje o děti, a to především ve věcech, které jsou časově náročné, jako je například připravit a dovést děti včas do školy.

Z uvedeného je zřejmé, že ženy většinou mají nejen pracovní, ale i rodinné povinnosti a musí tak zvládat více životních rolí.

Všeobecně dále platí, že ženy jsou společenštější, což je na rozdíl od individualistické orientace vhodnější pro týmovou spolupráci a proto např. i pro práci zdravotních sester. Velkou výhodou žen oproti mužům je schopnost multitaskingu (tzn. schopnost provádět několik úkolů současně) a flexibilita (přizpůsobivost). Muži jsou naopak více soustředěni na jeden úkol a hůře přepínají mezi úkoly, pokud nejsou dostatečně upozorněni včas (Arnold, J. et al., 2007).

Pro ženy jsou charakteristické vlastnosti jako citlivost, soucitnost, umění naslouchat, jsou více intuitivní. Pro práci sestry jsou právě tyto vlastnosti důležité.

Musíme však podotknout, když se čas od času nějaký muž - zdravotní bratr, v kolektivu vyskytne, je to příjemné pro všechny zúčastněné a mohou ze vzájemné kooperace jenom profitovat.

Aneb: „Je dobře, když je muž silný a odvážný, když umí logicky myslet, organizovat, stavět. Stejně tak je dobře, když je žena soucitná a citlivá, když umí naslouchat, pečuje o rodinu, zajímá se o svého muže, rozvíjí svoji intuici atd. Co opravdu škodí a působí nám nesmírné problémy, je opačný postup: když muž vylučuje nebo je nucen potlačovat tzv. ženské charakteristiky, když ke své síle, odvaze a logice nechce nebo nesmí cítit a soucítit, když odmítá intuici a nezajímá se o nemocné dítě. Je destruktivní, když žena nesmí mít odvahu, nesmí rozhodovat, organizovat nebo se zajímat o techniku nebo politiku. Chybu neuděláme, když v sobě něco rozvíjíme a pěstujeme; chyba je v tom, že jiné vlastnosti, které v sobě také máme, dusíme a odmítáme, obyčejně pod tlakem výchovy, bezprostředního okolí, společenských norem. Že rozvíjíme jedno na úkor druhého“ (Heffernanová, in Matoušek, 1997, s. 30).

2. MOTIVACE A JEJÍ ZÁKLADNÍ POJETÍ

2.1. Motivace v práci člověka

Proč něco děláme? Z jakého důvodu jsme přitahováni k nějakému druhu práce a proč nás některá naopak odrazuje? Slova motiv nebo motivace naznačují, že něco v nás pracuje a pohání kupředu. Může to být potřeba, touha nebo emoce, ale vede nás to jednat, a to určitým způsobem. Abychom se rozhodli něco udělat, musíme mít vůli to udělat. Tzn., že se musíme vědomě rozhodnout pro tu kterou činnost. Naše motivace bude tedy zřejmá z našeho chování, že máme něco dobře promyšlené nebo máme pevné přání či úmysl (Adair, 2004).

Termíny spojené s motivací ukazuje následující tabulka:

Tab. 1: Některá synonyma pro motivaci (Adair,2004, s. 15)

Přiřazené termíny	Přiřazené vlastnosti
Přístup k práci	Přirozené vlastnosti
Orientace na práci	Pracovní nasazení
Úsilí	Houževnatost
Vůle	Rozhodnost
Nadšení	Přesvědčivost
Vyrovnanost osobnosti	
Loajalita	
Cílevědomost	
Chut' do práce	

Naše vůle se neustále rozhoduje mezi našimi potřebami a přáními na jedné straně a našimi možnými činy na straně druhé. Ukazuje možnost, kterou máme všichni danou, a to iniciovat vědomý nebo záměrný čin. Je to součást koncepce bytí člověka. Protože schopnost realizovat naše přání zahrnuje použití vědomých důvodů, lišíme se tím na jedné straně od zvířat a na druhé straně od počítačů a strojů.

Motiv je vnitřní potřeba nebo touha- vědomá, polovědomá, nebo dokonce podvědomá, která působí naši vůli a nutí nás jednat tím nebo oním způsobem. Také ale můžeme mít motivy, které nepovedou k žádnému jednání. Na druhé straně můžeme občas udělat něco, co je zdánlivě bez jakéhokoliv motivu (nevědomý, neprůhledný).

Nebo může jít také o únikové cestičky, které jsou převážně řízeny emocemi. Některý silný emotivní zážitek nás může přimět k nějakému činu, jiný nás nechá v klidu.

Naše motivy jsou často smíšené. Naše jednání spouští či může spustit jeden nebo více motivů najednou (Adair, 2004).

Někdy máme potřebu pojmenovat právě ty důvody, proč něco děláme. Důvody a motivy jsou často používány jako synonyma, abychom mohli říci, co nás k činu vedlo. Důvody více vyjadřují logickou nebo rozumovou oprávněnost k určitému jednání. Mluvíme o významných okolnostech tak, aby se naše jednání stalo pochopitelným. Tento proces může přejít v racionalizaci, což je rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřijatelné (Hartl, Hartlová, 2004). Z uvedeného vyplývá, že není vůbec snadné odhalit motivy druhých lidí, ale i odhalit motivy vlastní může být náročné. Jednoduše se snažíme některé motivy tak zdůvodňovat, (nechceme si například něco přiznat, mohly by nám ublížit.), že jsou nakonec nejasné i nám samotným.

Motivace přesahuje slovo motiv, je to činnost, kterou vyvíjíme směrem k druhému člověku. Patří tedy k složitým interakčním faktorům, které ovlivňují výkon lidí v pracovním prostředí. Proto se v následující kapitole budeme věnovat teoriím motivace a také pracovnímu klimatu, které má významný vliv na kvalitu pracovního výkonu.

Grohar- Murray (2003, s. 199) uvádí, že „motivace je fenomén vlastní každému jedinci, ale může být ovlivněna různými okolnostmi, včetně vlivu ostatních lidí a celkovými podmínkami v prostředí“. Hovoří o Combsově a Snyggově teorii vlastního já, kde tvrdí, že nejzákladnějším motorem je udržovat, chránit a podporovat vnímané já. Úvahy doprovází tvrzení, že koncepce vlastního já je naučená a modifikovatelná. To, co se lze o koncepci vlastního já naučit, určuje částečně čas.

Jak uvádí (ibidem) dále, mezi sestrami jsou značné generační rozdíly a poskytují nám tak důkazy o tom, že jednotlivci vnímají stejnou situaci jinak na základě myšlení, postoje a hodnot, které si vytvořili v průběhu času. Tyto rozdíly mají pro snahu skupiny v pracovním prostředí významné důsledky. Zmiňujeme se zde o možných rozdílech, nelze však opomenout tzv. sesterský slib F. Nightingelové, který dnešní sestry stále motivuje a udává jim směr. Byl napsán v roce 1893 a stále slouží jako stanovení poslání této profese, které opravdově odráží hluboce zakořeněnou vizi a hodnoty ošetřovatelství. Moderní analýzy této klasické práce vytváří referenční rámec k měření ošetřovatelské praxe.

2.2. Teorie pracovní motivace

Motivační teorie v podstatě zobecňují důvod a způsob našeho chování. Poskytují určitý základ pro manažery či vedoucí, aby dokázali efektivně ovlivnit motivaci svých pracovníků. Jednoduchý recept však neexistuje, ani v ošetrovatelství ani v jiném oboru. (Grohar- Murray 2003, s. 207).

Téma motivace se těší velké pozornosti pracovních psychologů již mnoho let. Jedny z prvních byly často zamýšleny jako obecné teorie lidské povahy, zatímco později se spíše zaměřovali na specifické aspekty motivovaného chování.

Často se také od sebe odlišují obsahové a procesní teorie motivace. Obsahové jsou zaměřené na to, co motivuje lidské chování v práci a ty druhé na to, jak obsah motivace ovlivňuje chování. Většina teorií se liší od sebe navzájem hlavně důrazem na obsah nebo proces motivace.

Motivace se týká toho, co člověka pohání při rozhodování co dělat, jak moc se snažit a jak dlouho se snažit. Není to jediný faktor, jež ovlivňuje pracovní výkon.(Arnold, J., 2007, s. 303).

V této kapitole se zmíníme jak o teoriích „zdravého rozumu“ (vzájemně si odporující představy o motivaci), tak o teoriích potřeb, motivace řízení, expektanční teorie, teorie spravedlnosti a stanovení cílů.

2.2.1. Přístupy k motivaci založené na „zdravém rozumu“

McGregor, Argyris, Schein a další společně identifikovali tři širší přístupy k této motivaci. McGregor pojmenoval dva z těchto přístupů teorie X a teorie Y. Schein přidal to, čemu říkáme sociální přístup (Arnold, 2007).

Teorie X: lidem nelze věřit. Jsou iracionální, nespolehliví a přirozeně líní. Proto potřebují kontrolu a motivaci za pomoci finančních pobídek, hrozeb a trestů.

Teorie Y: lidé hledající v práci nezávislost, osobní rozvoj a kreativitu. Tito lidé se dokážou přizpůsobit novým okolnostem, jsou to lidé zodpovědní, a když je s nimi podle toho zacházeno, jsou pak dobří pracovníci.

Sociální přístup: podle tohoto přístupu lidi nejvíce ovlivňují společenské interakce, které mohou určovat pocity identity a sounáležitosti člověka v práci. Reagují tak na očekávání lidí ve svém okolí, dost často jsou pro ně důležitější vztahy s lidmi, než finanční pobídky (Arnold, 2007).

Jak uvádí Arnold (2007) žádný z těchto přístupů nelze vnutit všem a žádný není obecně správný. Manažeři ale mohou tolik ovlivňovat své zaměstnance, že se na motivaci budou dívat jako oni. Manažeři si už mohou třeba vybírat budoucí zaměstnance podle stejného pohledu na věc. Mělo by se dát ovšem vždy pozor na nekritické použití té které teorie a přístupu.

Další z neznámějších a nejvíce zkoumaných teorií jsou tyto následující:

2.2.2. Teorie potřeb

V oblasti psychologie práce jsou uváděny dvě hlavní tradice. Tou první je myšlenka, že máme určité psychologické potřeby, které ovlivňují naše chování. A druhý přístup je zaměřený na poměrně specifických lidských potřebách.

Teorie potřeb založená na psychologickém růstu

Neznámější je teorie *Abrahama Maslowa*, který se věnoval obecnému lidskému fungování. Pojmenoval pět tříd lidských potřeb. Jako první fyziologické potřeby, druhé nazval potřeby bezpečí, třetí potřebami cítit sounáležitost s druhými lidmi, čtvrtou je potřeba úcty a pátá potřeba seberealizace- sebeaktualizace. Maslow používá tento termín ve dvou významech a to: jako specifické úsilí, způsob, kterým např. umělec vědomý si svého talentu, schopnosti, tento dar využívá a dál rozvíjí. Tím druhým významem má na mysli obecné nutkání jakékoliv osoby růst a rozvíjet se jako úplná lidská bytost. Sám Maslow hovoří o duševním zdraví (Adair, s. 39). Maslow tvrdil, že usilujeme o pohyb nahoru v rámci hierarchie (viz výše). Když je naše potřeba naplněna v určitém rozsahu, potom se pro nás stane nejdůležitější potřeba stojící o stupínek výše.

Podobná je analýza Alderferera, který navrhl tři třídy potřeb: potřeby existenční, souvislosti a růstu. První odpovídají fyziologickým potřebám p. bezpečí. Druhé korespondují s potřebami sounáležitosti a respektu od druhých lidí, růst je rovnocenný sebeúctě a sebeaktualizaci.

Teorie potřeb jsou intuitivně přitažlivé a poskytují možná vysvětlení pro určité lidské chování, ale výzkum ukazuje, že jejich využití v pracovním prostředí je obtížné (Arnold, 2007).

2.2.3. Teorie potřeby úspěchu, moci a motivace řídit

Potřeba úspěchu byla základem McClellandovy teorie pracovní motivace. Ve své teorii potom hovoří o třech skupinách potřeb, které se využívají hlavně pro rozbor motivačních potřeb manažerů (Vtípil, 2005). Patří mezi ně: potřeba sounáležitosti, prosazení se a mít poziční vliv a jako třetí uvádí potřebu úspěšného uplatnění.

Teorie potřeby úspěchu byla zkoumána i dalšími psychology (např. Beck, Cassidy, Lynn), kteří se snažili o různé definice. Došlo se k obecným závěrům, že potřeba úspěch může být velmi západním a individualistickým pojmem, který nemá velkou platnost v jiných kulturách. A také další důležitý aspekt a to, že potřeba úspěchu není jedinou cestou k úspěšným pracovním výkonům.

John Miner vytvořil pojem **motivace řídit**. Vytvořil svoji stupnici dokončených vět- MSCS, která po lidech vyžaduje, aby dokončili 35 nedokončených vět. Potom se jejich odpovědi vyhodnocují. Jednotlivé složky motivace řídit uvádíme v tabulce:

Tab. 2: Jednotlivé složky motivace řídit (Arnold, 2007, s. 311)

Složka	Význam
Osoby zosobňující autoritu	Touha splnit požadavky manažerské role ve smyslu pozitivních vztahů s nadřízenými
Soutěživé hry	Touha účastnit se soutěží se sobě rovnými v různých hrách a sportech
Soutěživé situace	Touha účastnit se soutěží se sobě rovnými v aktivitách souvisejících s prací
Asertivní role	touha chovat se aktivním a asertivním způsobem
Vnucování svých přání	Touha říkat ostatním, co mají dělat a využívat sankcí k ovlivňování jiných
Vyčnívat ze skupiny	Touha zaujmout výraznou pozici jedinečné a vysoce viditelně povahy
Rutinní administrativní funkce	touha zvládnout každodenní požadavky manažerské role

2.2.4. Expektanční teorie

Zatímco teorie potřeb především zdůrazňují obsah motivace, expektanční teorie (někdy také hovoříme o VIE) se zaměřují na proces. Původním autorem je Vroom, který chtěl vysvětlit, jak se lidé rozhodují pro jednu z několika možných akcí.

1. *Valence*: jak velkou hodnotu přiřadím těmto výsledkům?
2. *Instrumentalita*: vedlo by provedení této akce k identifikovatelným výsledkům?
3. *Expektance*: pokud bych to zkusil, byl bych schopen provést akci, o níž uvažuji?

I když teorie VIE vypadá přitažlivě, její hodnocení v rámci odborného výzkumu nedopadlo nejlépe. Tato teorie možná až příliš komplikuje kognitivní proces, který je součástí motivace, ale na druhou stranu pomáhá jako logická analýza klíčových faktorů v rozhodování jednotlivců. Teorie VIE tvrdí, že bychom se lidí měli ptát, jak moc si něčeho cení, aniž bychom se museli ptát, proč si toho cení (Arnold, 2007).

2.2.5. Teorie spravedlivosti

Tyto teorie se zaměřují na kognitivní procesy stejně jako expektanční teorie, které řídí lidské rozhodování, jestli vynaložit úsilí či nikoliv. Rozdíly mezi těmito dvěma teoriemi jsou v tom, že teorie spravedlivosti naznačují, že jsme motivováni k tomu, abychom získali to, co považujeme za spravedlivou náhradu za své úsilí, spíše než abychom získali co nejvíce. Tato teorie byla odvozena z práce Adamse (1965), původně v kontextu interpersonálních vztahů. Jednoduše řečeno, osoba je motivována zachovávat stejnou rovnováhu mezi svým přispěním a svými odměnami jako je rovnováha, kterou zažívá významná srovnávací osoba (Arnold, 2007, s. 315).

Také je pravděpodobnější, že uděláme něco v reakci na pocit, že jsme nebyli spravedlivě ohodnoceni než v reakci na pocit, že jsme byli ohodnoceni příliš. Podobně jako u teorií potřeb, je teorie rovnosti dost nejasná v tom, co přesně udělá člověk, jestliže není spokojen.

Další teorie hledají odpovědi na otázku: *Jak mohu dosáhnout svých cílů?*

2.2.6. Teorie stanovení cílů

Zabývají se charakteristikou cíle a postoje vůči cíli a jak jsou podle této teorie ovlivňovány pobídkami, sebevnímáním a způsobem, jakým jsou cíle stanoveny. Charakteristika cíle a postoje k nim podle této teorie určují to, jak se člověk bude chovat, a zdůrazňují významnost zpětné vazby kvůli případnému vyladění strategií chování. Stanovení výkonnostních cílů, které jsou specifické a obtížné, nikoli nemožné, a vůči nimž cítí osoba závazek, pravděpodobně zvýší její pracovní výkon, pokud obdrží zpětnou vazbu o dosaženém pokroku.

S další prací zabývající se procesy, které jsou součástí stanovení cílů, přišla Dwecková. Vytvořila teorii motivace a učení, která rozlišuje mezi orientací na vzdělávací cíle a orientací na výkonnostní cíle. Farr a kol. (in Arnold, s. 325) je popsali takto: Přistoupíme-li k úkolu z pohledu vzdělávacího cíle, hlavním účelem pro jednotlivce je zvýšit v rámci daného úkolu svou úroveň kompetence... Nebo, přistoupíme-li k úkolu z pohledu výkonnostního cíle, jednotlivce zajímá především to, aby demonstrovali svou kompetenci buď sami sobě, nebo prostřednictvím své stávající úrovně výkonnosti.

Další, nejnovější studie se zaměřují na to, jak náš pocit, kdo jsme (naše sebepojetí, osobnost a hodnoty) ovlivňují směr, úsilí a vytrvalost našeho chování.

Rozlišujeme mezi osobní identitou a společenskou identitou. Máme mnoho různých osobních a společenských identit v závislosti na tom, která společenská skupina je pro nás v dané chvíli nejdůležitější. Leonard a kol. (Arnold, 2007) hovoří o různých psychologických procesech, které zahrnují zpracování informací a jejich integraci do našeho pocitu já vedou k následujícím typům motivace:

- Vnitřní procesní motivace: provádění aktivit, protože jsou zábavné (mohou pomáhat nebo nepomáhat k dosažení cíle)
- Vnější/instrumentální motivace: Sledování osobních nebo skupinových cílů, protože vedou k jiné odměně než je uspokojení, především materiální
- Vnější sebepojetí: usilování o úspěch za účelem potvrzení vlastní identity ze strany jiných coby člena úspěšné skupiny nebo potvrzení osobní identity coby kompetentní osoby

- Vnitřní sebepojetí: usilování o úspěch za účelem pocitu, že jsem kompetentní, bez ohledu na názory jiných
- Internalizace cíle: usilování o dosažení cíle pro samotné dosažení cíle, protože to představuje pro daného člověka hodnotu

Z uvedeného vyplývá, že lidé jsou motivováni k jednání ve shodě s jejich sebepojetím a identitami. V různých situacích jsou důležité různé aspekty sebepojetí a identity a ty pak ovlivňují aktuální chování.

2.2.7. Další motivační faktory

Další otázkou, kterou se zabývají pracovní psychologové, zní takto: **Zvyšuje motivaci zvýšení platu?**

Většina organizací odměňuje pracovníky podle výkonu. Mzda je jistě využívána v mnoha pokusech, jak zvýšit motivaci. Podle Maslowa by byla mzda motivací jen pro lidi fungující na nižších úrovních hierarchie hodnot. Ti, kdo uznávají teorii potřeby úspěchu, upozorňují, že mzda a další materiální odměny signalizují, že příslušný člověk je úspěšný. Z toho je zřejmé, že mzda je tedy motivátorem jestliže naznačuje, že osoba uspěla ve svých pracovních úkolech. Když budeme hovořit o expektanční teorii, bude mzda efektivním motivátorem do té míry, že je pro danou osobu žádoucí, tato osoba zároveň dokáže identifikovat chování, jež povede k vysoké mzdě a že je tato osoba také schopna onoho chování. Člověka může také zajímat, zda je jejich mzda spravedlivou odměnou vzhledem k odměnám, které obdržely ostatní. Teorie stanovení cílů zahrnuje termíny chování nebo úspěchu, nikoliv mzdy. Nicméně však existuje přímé spojení mezi úspěchem určité osoby a jejími příjmy, pak specifické, obtížné cíle definované v termínech příjmu mohou být motivující. Další studie zjistily, že většina lidí jako svou pracovní motivaci uvádí pestrost, zodpovědnost, zajímavou práci nebo výzvu spíše než peníze. (např. Herzberg) Herzbergova dvoufaktorová teorie je dobře známou teorií motivace k pracovním prostředím. Herzberg tvrdí, že existují dva soubory faktorů, které ovlivňují motivaci a tyto soubory označil jako motivující faktory a udržovací faktory. Udržovací faktory jsou známy také jako *neuspokojovatelé neboli hygienické faktory*. Neuspokojovatelé jsou vnější vlivy, které nesouvisí s pracovní náplní, ale s platem, jistotou zaměstnání, pracovními podmínkami (osvětlení, příjemnost okolí, politika agentury, mezilidské vztahy s kolegy a vedoucími). Negativní vnímání těchto faktorů vyvolává u některých pracovníků velkou nespokojenost (hledáči udržení).

Tyto faktory jsou tedy silní neuspokojovatelé, nikoliv silně motivující stimuly. Druhým souborem faktorů jsou takzvané *motivující faktory známé jako uspokojovatelé*. K uspokojujícím faktorům patří například povaha samotné práce, pocit úspěšnosti, uznání, pracovní postup, zodpovědnost a autonomie.

V jakémkoliv časovém období můžeme každého označit za hledače udržení nebo motivace. Herzberg přispěl k motivační teorii zdůrazněním potenciálu obohacené práce (Grohar -Murray, 2007).

Výzkumem žebříčku priorit motivačních faktorů pracovního prostředí z pohledu zdravotních sester a jejich srovnání s žebříčkem motivačních faktorů zaměstnavatele se zabýval Vévoda, Ivanová, Horváth (2005). Cílem bylo zjistit, jak jsou motivační faktory podle zdravotních sester naplňovány. Snahou bylo srovnat získané výsledky s motivační teorií F. Herzberga. Z výsledků vyplynulo, že zdravotní sestry dávali největší významnost: jistotě zaměstnání, mzdě, péči o pacienta, spolupráce v provozu, uznání osobních výsledků. Nejmenší významnost: prestiž zaměstnání a kariéerní postup. Největší význam u zaměstnavatele: péče o pacienta, image zařízení. Nejmenší význam: mzda, jistota pracovního místa, uznání osobních výsledků. Z uvedeného šetření vyplynulo, že došlo rozpornému hodnocení priority faktorů zdravotních sester a zaměstnavatele. Nejistota práce je dána možnostmi ekonomické transformace, specifickým vzděláním, regionem. Faktor mzdy souvisí s faktorem jistoty práce a se způsobem uznání osobních výsledků. Obojí je neuspokojivé a tak se hygienikům platu dostává na nejvyšší příčky priorit. Zdravotní sestry měly dále možnost hodnotit naplňování demonstrovovaných faktorů zaměstnavatelem škálou s rozsahem 1- 5. Nejlepší známku obdržel faktor péče o pacienta a nejhorší faktor mzdy. Při aplikaci Herzbergovy teorie je zřejmé, že motivátory, které Herzberg pojmenoval jako hygienika, tak jím české sestry přiřazovaly nejvyšší hodnoty. Výzkum ukázal, že je nutné se zabývat motivačními faktory, a také přezkoumávat rozdělení motivátorů na hygienika a satisfaktory.

Jiný pohled, kterému se budeme věnovat, představuje názor, že motivace (nebo její nedostatek) je vnitřní záležitostí povahy dané práce. Měli bychom se tedy více zaměřit na to, co činí práci více motivující. Arnold at al. (2007) uvádí, že by se měla soustředit pozornost na zvýšení: *rozmanitosti* (dovedností, úkolů), *autonomie* (svobody volit si pracovní metody, časový plán a někdy i cíle), *ucelenosti* (rozsahu, v němž práce vytváří výsledky, na něž může člověk poukázat).

Je možné o výše uvedené usilovat jedním z několika způsobů:

- Rotace pracovních míst- může zvyšovat rozmanitost práce
- Horizontální rozšíření pracovního místa- člověk dostává další úkoly, které jsou těm stávajícím podobné.
- Vertikální rozšíření pracovního místa- jde o to, že pracovník dostává více pravomocí nebo úkoly na vyšší úrovni, to zvyšuje autonomii, rozmanitost, částečně i ucelenost.
- Poloautonomní pracovní skupiny- jde o to, že skupina dostane úkol, který si může sama zorganizovat.
- Samořízené týmy- většinou se skládají z manažerů a odborníků, kteří mají často svobodu v tom, jak dosáhnout cílů.

Pracovní motivace jsou velkým a obsáhlým tématem. Týkají se směru, intenzity a vytrvalosti pracovního chování.

Celkově můžeme říci, že motivační teorie pomáhají posunout vpřed naše chápání toho, jak se lidé chovají v práci. Někdy je ale těžké, být si jistý, která teorie je pro určitý případ nejvhodnější (Arnold, 2007, s. 333).

Na závěr jedno zlaté pravidlo v principech motivace dle Plamínka: „Nepřitesávejte lidi k obrazu jejich úkolu, ale snažte se spíše přizpůsobit úkoly lidem a jejich aktuálním motivům“ (Plamínek, 2008, s. 80).

3. PRACOVNÍ POSTOJE A SPOKOJENOST ZDRAVOTNÍCH SESTER

V důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka začaly sestry v klinické praxi prosazovat holistický - celostní přístup k člověku. Medicínská praxe je dnes velmi závislá na složitých diagnostických a léčebných intervencích, které dostaly přednost před člověkem jako lidskou bytostí. Proto je role sestry velmi důležitá ve vztahu k pacientům, kdy při své práci klade důraz na etické principy kvality života. Sestry pečují o člověka jako o celek, nikoli o jeho část nebo jednu funkci.

Holistická péče pomáhá člověku převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních hojivých sil. Protože uspokojování potřeb lidí, kteří trpí bolestí a smutkem (Mastiliaková, 1999), bývá často stresující, je důležité, aby sestra uměla zvládat stresové situace ve svém životě. Měla by znát sama sebe, umět se ovládat, právě proto, aby mohla pomoci ostatním.

Téma holistického přístupu k péči o pacienta není českému ošetřovatelství cizí. Každá sestra chápe důležitost všech čtyř dimenzí člověka – fyzické, psychické, sociální a duchovní - i nutnost integrovat tyto dimenze do ošetřovatelské praxe. Současné ošetřovatelství se snaží o oslovení tří výše jmenovaných oblastí. Oblast duchovní je ale stále zanedbávána. Na základě hromadících se důkazů (např. studie Duke University v USA) si lékaři a sestry ve vyspělých zemích začínají hlouběji uvědomovat, že uspokojení potřeb duchovní dimenze je neméně důležité než uspokojení oblasti fyzické, psychické nebo sociální. Tyto dimenze jsou totiž nerozlučně spjaty a navzájem se ovlivňují. Škrla, Škrlová (2003) uvádějí, že jedna ze základních definic spirituality říká, že jde o dimenzi, kterou lze považovat za hnací sílu v životě jedince, sílu, která dává všem aspektům života smysl a v jejímž středu sídlí naděje.

Naslouchání, empatie, pokora a oddanost pacientům jsou klíčovými složkami terapeutického využití vlastní osobnosti sestry a musí být získávány skrze víru, edukaci a praxi.

3.1. Postoje zdravotních sester

Je jen málo povolání, které v relativně krátké době prodělalo takové změny jako profese sestry. Přejít od charitativní péče, která byla určena k poskytnutí útulku a nejzákladnější péči pro člověka z „chudiny“, přes složitý vývoj, až k současnému modernímu ošetrovatelství.

Jestliže má sestra podávat výborný výkon a při práci s nemocnými být spokojena, pak potřebuje nejen osobnostní a fyzické předpoklady, kvalitní vzdělání, ale také vytvoření vhodných pracovních podmínek. Mezi ně patří nejen vybavení pracoviště dostatkem pracovníků, techniky, pomůcek, materiálu, ale i společenského uznání, uznání ze strany vedení i v rámci pracovního týmu a v neposlední řadě adekvátní ohodnocení práce.

Postoje jsou nejčastěji charakterizovány jako relativně stálé psychické soustavy, které vyjadřují vztah člověka k světu a jeho jednotlivým složkám (Štikar et al. 2003). Jsou to hodnotící vztahy k lidem, předmětům, jevům a událostem, které se nacházejí v okolí člověka. Výraznými znaky postojů je polarita, která je vyjádřena dimenzí krajně pozitivního – krajně negativního postoje, a subjektivní významnost, podle níž se rozlišují postoje centrální a periferní.

Významnou součástí systémů postojů jedince jsou také jeho postoje, které se vztahují k práci a k jejím podmínkám. Jestliže chceme studovat pracovní chování, měli bychom znát význam a funkce pracovních postojů a jejich vztahy především k pracovní motivaci (postoj se projevuje v obsahu chování, které je aktivované motivem) a k pracovní spokojenosti.

Postoje obecně můžeme rozdělit do několika skupin:

- Postoje k organizaci – postoje k personální politice, k organizační struktuře
- Postoje k nadřízeným - postoje, které vyjadřují vztah k jejich odbornosti, způsob jednání s lidmi, charakterové vlastnosti nadřízeného
- Postoje k pracovní skupině – interpersonální vztahy, kooperace
- Postoje k práci a jejím podmínkám – fyzikálním podmínkám, k platu
- Postoj k mimopracovním podmínkám práce – postoje k bydlení, k dojíždění do zaměstnání

Postoje v těchto jednotlivých okruzích mohou být konzistentní v závislosti se spokojeností nebo nespokojeností v práci. Například jedinci, kteří jsou výrazně nespokojeni a chtějí odejít ze zaměstnání, prokázali v provedených analýzách, jak uvádí Štikar et al. (2003), vysoce homogenní trs nepříznivých postojů.

Z uvedeného je zřejmé, že postoje souvisí s pocity uspokojení, radosti a optimistického pohledu na život nebo naopak nespokojení v práci, negativní náhled na život. Vyjadřují úroveň subjektivního vyrovnávání se s různými stránkami života.

Významným psychologickým faktorem jsou také funkce pracovních postojů. Rozlišujeme tyto čtyři:

- Adjustační funkce, která pomáhá pracovníkovi zvládnout snadněji nové prostředí, když má příznivé zkušenosti po příchodu do práce.
- Sebeochranná funkce- pomáhá uchránit osobní image, tzn., jestli se člověk nachází v situaci ohrožující jeho sebevědomí, je možné, že si vytvoří obranné postoje ve vztahu k lidem nebo podmínkám, které takovou situaci vytváří.
- Hodnotově expresivní funkce- každý máme hodnoty, které jsou pro nás důležité, každý má potřebu je verbálně vyjadřovat (např. nadřizený vyjadřuje svůj názor na kvalitu práce podřízených)
- Poznatková funkce-díky postojům si můžeme vytvářet kritéria, která nám pomáhají se orientovat ve světě kolem nás, který má na nás vliv (Štikar et al. 2003).

V souvislosti s postoji sester k práci a vztahu k nemocným rozlišuje Zacharová, Šimečková- Čížková(2007, s. 154) několik typů sester:

- Rutinní- přesná, konkrétní, věcná, někdy se odpoutává od lidského přístupu
- Herecky afektovaná- snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání
- Nervózní- neklidná, podrážděná, trpí nejistotou,
- Mužský typ- energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionální myšlení
- Mateřský typ- milá, přátelská, chápající

Z hlediska typologie osobnosti můžeme sestry dělit:

- Cholerickou
- Melancholickou
- Sangvinistickou
- Flegmatickou

Sestry mohou pracovat na různých odděleních, v třísměnném provozu. Jsou sestry, kterým říkáme sestry- specialistky, které pracují s velmi náročnou technikou a potom sestry pracující na klasických (standardních) odděleních. Někdy mohou mezi odděleními vznikat vztahové problémy.

Protože sestry mohou ve svém životě i povolání procházet různými svízelnými situacemi, může se stát, že jejich chování a nálada bude negativně ovlivněna. V souvislosti s tím pak hovoříme o maladaptivních projevech profesionálního jednání:

- Sestry náladové- chovají se podle situace, v níž se nacházejí
- Sestry psychastenické- prožívají úzkost, nemají rády změny v zaběhnutém systému
- Sestry podezřivé- problémy kolem sebe převádějí na svou osobu, cítí se ukřivděné, jsou málo oblíbené
- Sestry přecitlivělé- velmi zranitelné, citlivé, příliš empatické
- Sestry hysterické- umí strhnout zájem, rády hrají důležitou roli směrem k nemocným
- Sestry popudlivé- jsou zlostné, výbušné, těžce se ovládají.

Setká-li se pacient se sestrou s takovými neadaptivními povahovými rysy, může to pro něj znamenat určité ohrožení nebo poškození zdraví. Je tedy velmi důležité, aby sestry samy sebe kontrolovaly a popřípadě dostávaly zpětnou vazbu od druhých lidí (přátel, rodiny), kdyby docházelo v chování k nějakým výše uvedeným projevům chování

Jaké osobnosti by měli vykonávat profesi zdravotní sestry?

Profesi sestry by měly vykonávat sociálně zralé osobnosti, které se umějí vcítit do vnitřního světa druhých lidí, jsou tolerantní, umějí pracovat v týmu, jsou přizpůsobivé a odpovědné, s humánními a etickými kvalitami (Zacharová, Šimečková- Čížková, 2007).

3.2. Pracovní spokojenost

Existence člověka a společnosti je od pradávna podmíněna prací, která je základní činností člověka. Z psychologického hlediska má pracovní činnost dvě vzájemně spjaté stránky. K objektivním stránkám patří projevy pracovního chování, jako jsou výkonnost, efektivita, apod., druhou- subjektivní stránkou je spokojenost jakožto odraz práce a jejích podmínek, na kterou má vliv naše hodnotová orientace, aspirace, a očekávání vztahujících se k vykonávané činnosti (Štikar et al. 2003).

Pracovní spokojenost obsahově vyjadřuje spokojenost, která se váže především na pracovní činnost, vyjadřuje míru spokojenosti vzhledem k pracovnímu působení.

Sám pojem pracovní spokojenosti chápeme ve dvojí významové odlišnosti, na které upozorňuje Kollárik (1986):

- v širším smyslu zahrnuje rysy osobnosti pracovníka, které se vztahují k pracovním podmínkám (spokojenost v práci)
- v užším smyslu se jedná o spokojenost s prací (nároky na plnění pracovních úkolů, odměna za vykonanou práci, prestiž práce)

Pracovní spokojenost je výsledkem různých postojů, které má pracovník ke své práci a jejímu prostředí. Spokojenost je citový stav, ke kterému dochází při nasycení určitých lidských potřeb a jejich hloubce. Spokojenost vyjadřuje především afektivní složku postoje (Kollárik 1986).

Nakonečný (2005, s. 111) poukazuje na různá pojetí pracovní spokojenosti:

- orientovaná na potřeby (motivačně) – orientovaná na pobídky (situačně)
- jednotlivá pracovní spokojenost – celková pracovní spokojenost
- pracovní spokojenost jako přechodný stav
- orientace na minulost

Z uvedeného je zřejmé, že pracovní spokojenost můžeme různě vysvětlovat, hlavně ve smyslu jednotlivé (dílčí) a celkové pracovní spokojenosti. Sestra může být například spokojena se svými pracovními kolegyněmi, ale nikoli s fyzickými charakteristikami svého pracovního prostředí nebo s pracovními úkoly, které jí jsou zadávány.

Podle Locka (in Nakonečný, 2005) je pracovní spokojenost důsledkem určitých činitelů a současně příčinou absentismu, setrvávání nebo měnění zaměstnání (fluktuace) a výdělku, přičemž lze její míru vyjádřit mírou vyjádřenou rozdílem v očekávané a skutečné pracovní situaci násobené mírou významnosti zjištěného rozdílu. Mezi činitele ovlivňující pracovní spokojenost patří například: mzda, práce sama, pracovní podmínky, spolupracovníci, osobnostní faktory.

Existují také další pojetí vztahu mezi pracovní spokojeností a pracovním výkonem, například model P. C. Smitha a C. J. Cranny 1968 (in Nakonečný, 2005).

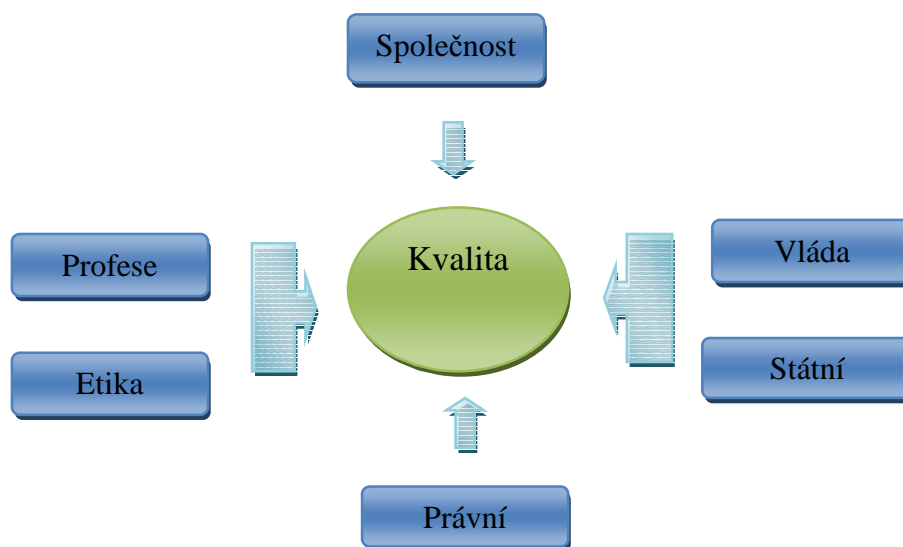
Dle tohoto modelu může odměna a spokojenost vést k většímu pracovnímu úsilí, pracovní výkon pak může vést k větší odměně a k pracovní spokojenosti a oboustranně závislý je vztah záměrného pracovního úsilí a pracovní spokojenosti na jedné a záměrného pracovního úsilí a odměny za práci na straně druhé. V dosud uváděných modelech se nepočítá s tím, že se nerozlišuje mezi pracovní spokojeností a spokojeností v práci. V práci může být i lenoch, pracovní spokojenost je však něčím specifickým, jejímž zdrojem je odměna, která je získána za pracovní výkon, a uspokojení z výkonu samotného, pak je zdrojem pozitivního sebehodnocení (Nakonečný, 2005).

Když hovoříme o vztazích mezi pracovní spokojeností a pracovním výkonem, je vhodné se zmínit o pojmu intrinstická motivace. Znamená to, že jedinci přináší nějaká činnost uspokojení, bez ohledu na vnější odměnu. Může to být například hra, ale i práce, která je pro dotyčného zdrojem seberealizace.

W. H. Staehle (in Nakonečný, 2005) uvádí, že intrinsicky (z angl. intrinsic, vnitřní, vlastní) motivovaná práce koreluje se spokojeností a negativně s absentismem a fluktuací, dále autonomie pracovníka koreluje pozitivně s pracovním výkonem i se spokojeností. Co se týká stylu řízení, tak demokratický styl řízení koreluje pozitivně se spokojeností, ale buď pozitivně, nebo negativně s pracovním výkonem. Organizační klima, kde je příjemná atmosféra, otevřená komunikace a autonomie, pozitivně koreluje se spokojeností a ve většině případech také s pracovním výkonem (Nakonečný, 2005).

Klima může být podle Grohara- Murraye, DiCroese (2003, s. 204-206) vytvořeno náhodně nebo může být plánované. Když je plánované, má za cíl zvýšit motivaci za účelem výkonu. Na tom jaké je klima, závisí na všech jedincích v tom prostředí, v kterém pracují, neméně důležitá je role vedoucích pracovníků, kteří rozhodují a řídí konflikty. Velmi důležité je udržování pozitivních vztahů, harmonické spolupráce jedinců, hledání společných cílů.

Obr. 1: Různé faktory vytvářející prostředí pro zavedení profesních standardů, které zajišťují kvalitní péči o pacienty



Vroom používá výrazu „spokojenost s pracovními rolími“ a chápe ji prostě jako postoj k práci, protože obojí poukazuje na jedincovu „afektivní orientaci vůči pracovním rolím, jimiž se právě zaměstnává“, pozitivní postoje vůči práci jsou „konceptně ekvivalentní“ pracovní spokojenosti, a naopak negativní postoje k práci jsou ekvivalentní pracovní nespokojenosti (Grohar- Murray, DiCroese, 2003).

Empiricky byl zjištěn statisticky významný vztah mezi pracovní spokojeností a životní spokojeností. To znamená, že když je člověk spokojený v práci, je spokojený i se svým životem a naopak.

Dle Novotné (2008) též přineslo zkoumání pracovní motivace poznatky o jejím propojení s pracovní spokojeností v organizaci, která umožňuje jedinci být sám sebou, jednat podle svých schopností a dovedností a prožívat situace tzv. seberealizace.

Bártlová (2006) ve výzkumu „Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice“ uvádí, že sestry v naší republice vyjadřují se svou prací větší či menší míru spokojenosti nebo se k ní vyjadřují neutrálně. V tomto výzkumu byly nejvíce spokojeny se svou prací starší zdravotní sestry, s větší praxí, zaměstnané v soukromém sektoru, a to zejména v ordinacích praktických lékařů. Mezi nejdůležitější faktory, které přispívají k jejich spokojenosti v práci, patří dobré vztahy na pracovišti, různorodost práce a dobrá

organizace práce. Jednoznačně nejvíce vyvolává u zdravotních sester jejich nespokojenost s prací špatné finanční ohodnocení. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti s prací uváděly sestry nedoceňování práce sester nadřízenými. A jako třetí nejčastější příčinou nespokojenosti je nedostatek ošetrovatelského personálu. Zdravotní sestry, které jsou nespokojeny s prací, se mohou uchýlit k absentérství, mají špatnou morálku, odpor ke změnám nebo mohou jednoduše odejít. Zdravotnická zařízení na druhé straně trpí sníženou výkonností pracovníků, musí vynakládat více peněz na nábor, může se také projevit následně nespokojenost pacientů.

3.3. Prediktory ovlivňující pracovní chování

3.3.1. Stabilizace – fluktuace

Stabilizace je chápána jako jev, který je spojen se skutečností, že pracovník je, nebo již není v organizaci. Stabilizace je zároveň procesem se svými objektivními znaky a důsledky, daný časem, krystalizací rozhodnutí a ovlivňující pracovní motivaci a pracovní chování.

- A. Fluktuace je složitý, organizační a společenský jev. Je součástí mobility pracovníků, ke které dochází pod vlivem podmínek daných dynamikou sociálně ekonomického a technického rozvoje, dynamikou sociální struktury společnosti, rozvojem potřeb, změnami v hodnotách, zájmech a schopnostech člověka. Mobley (konec 70. let 20. století) popisuje model rozhodovacího procesu fluktuace pracovníka. Model předpokládá, že v případě, kdy jedinec v některých z fází následujících po neuspokojení, dojde k závěru, že srovnání je příznivé pro současnou práci, buď přijímá následující stav a přestává pomýšlet na odchod nebo se začne projevat negativně v jiných formách chování (Vtípil, 2005).

Stabilizační proces je závislý na vlivu nejméně čtyř souborů proměnných:

- B. proměnné spojené s fungováním sociálního a technicko-ekonomického systému organizace – výběr a rozmístování, mzdový systém, aspekty vedení, požadavky role z hlediska skupiny, organizace práce, pracovní prostředí, obsah a povaha práce, zaměstnanecké výhody apod.
- C. osobnostní proměnné – potřeby, postoje, zájmy, aspirace, schopnosti, autoregulační procesy atd.
- D. proměnné demografické a statusové – pohlaví, věk, vzdělání, kvalifikace, seniorita, status – pozice.
- E. vnější situační proměnné – sociálně ekonomické vztahy, poměr poptávky a nabídky po pracovnících, umístění a vztahy organizace v komunitě, tradice organizace atd. (Vtípil, 2005).

3.3.2. Přítomnost v práci – absentismus

Do 70. let 20. století byl absentismus považován za odnož fluktuace. Porter a Steers(1973) argumentují několika důvody, pro něž je nezbytné rozlišovat mezi absentismem a fluktuací: Mezi první patří negativní důsledky, které spojené s absentismem a jsou pro člověka podstatně méně závažná než fluktuace, dále se hovoří o tom, že absentismus je více spontánní a může také často nahrazovat fluktuaci, zejména tehdy, není v dosahu žádná možnost jiného zaměstnání.

Výkonnost můžeme definovat jako efektivnost realizace úkolů, které vyplývají z požadavků pracovní funkce určitého pracovníka (tj. funkčnosti, kvality a kvantity práce).

Výkonnost je objektivně determinována:

- a) subjektivním vnitřními činiteli (osobnostní, fyzická a odborná kapacita, pracovní tempo, společensko – interakční kapacita),
- b) vnějšími technickými činiteli (pracovní prostředí a podmínky, způsob, průběh a organizace práce, povětrnostní vlivy),
- c) sociálně ekonomickými činiteli (způsob a styl řízení resp. vedení, hodnocení a odměňování pracovníků, formální a neformální vztahy, mimopracovní vlivy),
- d) činiteli vyplývajících z časového průběhu práce (zácvik, zapracování, aktivace, monotónie, únava).

Z výše uvedeného vyplývá, že výslednou výkonnost ovlivňuje více faktorů – individuální, sociální, ekonomické, technologické, řídicí. Nezanedbatelný je i vliv pracovního prostředí stejně jako motivace a osobní cíle jedince (Vtípil, 2005, s. 77).

3.3.3. Nehodové chování

Sledujeme-li nehodové chování jako jsou například úrazy, havárie, snažíme se zjistit, proč se tak děje, jaké jsou příčiny takového chování. Je to důležité také proto, aby se zajistila kvalitní bezpečnost práce, ale aby se i hledaly cesty a možnosti prevence.

Jak uvádí Vtípil (2005), nehodovým chováním se obecněji zabývají tři základní přístupy:

Prvním z nich je přístup založený na předpokladu, že rozhodující jsou určité osobnostní proměnné – sklon k nehodám a obdobným formám chování, které nejsou v souladu s bezpečnostními předpisy, jsou stálou charakteristikou některých jedinců a proto prediktibilní z jistých osobnostních rysů.

Druhou je koncepce environmentální, která zdůrazňuje úlohu prostředí – zvýšení pracovníkových pocitů vlivu a kontroly nad prostředím bude redukovat pravděpodobnost nehod, úrazů a zmetkovitosti. A nakonec koncepce situační, která je založena na systémovém pojetí příčin a podmínek, spočívajících jak v osobnosti, tak ve vnějším okolí. Vtípil (2005) uvádí, že ze strany zaměstnanců jsou vnímány jako nejdůležitější postoje vedení organizace k bezpečnosti práce a vztahy mezi dodržováním bezpečnosti práce a výsledkům práce a odměnám.

3.3.4. Participace

Participaci můžeme charakterizovat jako účast členů skupiny na stanovení skupinového cíle, přijetí způsobů jeho řešení, rozdělení odpovědnosti za jednotlivé činnosti, přínos každého pracovníka k řešení úkolů, osobní iniciativa apod. Z psychologického hlediska se předpokládá, že jedinec má tím větší zájem o dosažení skupinového cíle, čím silnější má pocit, že se zúčastnil jeho stanovení a vypracování cest k jeho dosažení.

Participace tak vede k lepším výsledkům v práci (projeví se stanoviska a názory, které nemusí vedoucí znát), přispívá k pochopení pracovních a organizačních problémů. Vyvolává kladný emocionální vztah k rozhodnutím za to co se děje a podporuje větší důvěru vedoucího ve výsledek. Participací se zlepšují vzájemné vztahy ve skupině, skupina si uvědomuje a specifikuje své cíle, což vede k růstu zájmu o práci a k podílení vnitřní motivace. Stoupá pocit odpovědnosti jednotlivých členů za dosažení skupinového cíle. Roste sociální kontrola skupiny a podřízenost není pociťována jako formální tlak (Vtípil, 2005).

4. ROLE SESTRY V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

Role sestry prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepožadovali v minulosti. Jde o širší spektrum dovedností, zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě členěné. Sestra se stále více stává členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější. Mezi základní role sestry v současném ošetřovatelství patří:

- Sestra – pečovatel- sestra poskytující základní ošetřovatelskou péči (péče o nemocné jak v nemocnici, tak i v terénu)
- Sestra – edukátor – sestry se podílí na prevenci zdraví a jeho upevňování, pomáhají pacientům s omezeným pohybem (sebeobsluha), a učí pacienty praktickým dovednostem (ošetřování ran, aplikace injekcí apod.), tím jim a jejich rodinám pomáhají žít např. s dlouhodobým onemocněním
- Sestra – obhájce nemocného- sestra podporuje pocity bezpečí a jistoty u pacientů tím, že se snaží rozpoznat pacientovi potřeby a přání, když toho není sám schopen
- Sestra – koordinátor – plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči, pracuje v týmu a snaží se získávat i jeho rodinu pro spolupráci
- Sestra – asistent – připravuje pacienta na různá vyšetření, asistuje u nich a zajišťuje také terapeutické činnosti naordinované lékařem (Staňková, 2002).

Z psychologického hlediska je adaptace na “rolí“ velmi obtížná. Sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako nemocného, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Není jednoduché si osvojit emocionální neutralitu, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše ale nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se. Tím více, že jde o profesi, jejíž funkce a podoba se neustále mění vzhledem k měnícím se potřebám zdraví a nemoci, struktury populace a úrovně a pravidel kultury nejen ve společnosti, ale i v jednotlivých regionech a skupinách obyvatelstva (Bártlová 2005).

Výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí “dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role sestry odehrává. U zdravotních sester se často hovoří o syndromu vyhoření - (burnout syndrome), tj. stav celkového vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost, vyhaslost. Řada studií na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích (ARO,JIP) dochází k názoru, že v této oblasti dochází nejvíce k psychické zátěži.

4.1. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu

Otázka problematiky postavení sestry v multidisciplinárním týmu, je aktuální u nás, v ČR, právě proto, že se zde začaly vytvářet mnohem později podmínky pro rozvoj profesní autonomie sester. V současné době zaznamenáváme velké změny z důvodu transformace zdravotní péče včetně ošetrovatelství.

To jaká je komunikace a interpersonální vztahy mezi zdravotníky, ovlivňuje jednak pracovní spokojenost (nespokojenost) a pracovní výkon. V důsledku probíhajících změn ve zdravotnictví dochází ke změnám společenského postavení všeobecných sester a lékařů. Lékaři ztrácí část svého výsadního postavení, sestry stále více získávají vyšší vzdělání, kompetence a zvyšují si tak postavení v systému zdravotní péče. Dá se říci, že mezi převážnou většinou lékařů a sester, funguje dobrá spolupráce. Konflikty mohou způsobovat například osobnostní rysy každého jedince.

Mění se také role nemocných od vztahu paternalistického- autoritativního mezi zdravotníkem a pacientem v partnerský vztah. To má potom vliv i vztah lékař- sestra. Můžeme říci, že i tento vztah má velký vliv na ošetrovatelský proces, tzn. péči o nemocného.

Jelikož jsou sestry často přetěžovány (přesčasy) a často dělají práci za pomocný personál, nebo jsou lékaři pověřovány úkoly, které nemají v kompetenci apod., může potom docházet k stresovým situacím, po delší době i k syndromu vyhoření (viz kapitola 5.2. Syndrom vyhoření), dále ke konfliktům a frustraci. To vše ovlivňuje výkon sestry v práci, fluktuaci i loajalitu ke zdravotnickému zařízení.

Nespokojená sestra s pracovními vztahy, pracovním prostředím, nebude mít potřebu se angažovat v kvalitní ošetrovatelské péči. Je proto velmi důležité, se touto tematikou zabývat.

4.2. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi

Komunikace znamená v původním slova smyslu participaci, tedy mít podíl, účast, podílet se, spoluúčastnit se. Komunikace je tedy naprosto nezbytná všude tam, kde je potřebná spolupráce, kdy je nutné získat někoho ke spoluúčasti, spolupodílení se na něčem- tedy například ve zdravotnictví. Komunikace je základem pro fungování multidisciplinárního týmu, je neopominutelná k zajištění provozu celého zdravotnického zařízení a v neposlední řadě je jí potřeba k získání pacienta ke spolupráci (Špatenková, Králová, 2009, s. 54).

Očekává se, že každá zdravotní sestra ví a zná, co je verbální- slovní a neverbální komunikace a také že tvoří jeden celek. Obě složky se vzájemně doplňují a je důležité si uvědomovat, že i mlčení, postoje, tvář i doteky jsou významnou součástí komunikace-rozhovoru. Pro sestru je nezbytné, jestli chce opravdu porozumět nemocnému, aby sledovala nejen to, co pacient říká, ale i jak to říká a co vyjadřuje svým chováním, jestli je v souladu verbální i neverbální komunikace.

Významnou úlohu hraje v neverbální komunikaci oční kontakt. Nejlépe toho sestra dosáhne, když si k pacientovi přisedne na lůžko nebo se posadí na židli a snaží se, aby nebyl výškový rozdíl mezi jejich tvářemi příliš velký. Když nasloucháme, vzniká až o polovinu více očních kontaktů. Můžeme říci, že oční kontakt sestry vyjadřuje zájem o pacienta, náklonnost, sympatie, přátelství. Dalším výborným prostředkem komunikace je úsměv. Úsměv, který snižuje obavy, strach, úzkost a zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Do neverbální komunikace patří také různé pozice těla a gesta, na které pacient reaguje a naopak. Sestry by měly používat gesta vstřícně otevřená- podobná otevřené náruči (Bláha, Staňková, 2003).

Aby se sestra mohla dobře o nemocného postarat, a byla mu zajištěna dostatečná a kvalitní péče, musí získat dostatek informací o něm.

Kromě různých typů rozhovorů, má mít určitý obsah, strukturu, můžeme jako příklad uvést Maastrichtský anamnesticko – poradenský inventář. Je velmi rozsáhlý, je určen především lékařům, ale sestry ho mohou využívat také. Může být inspirací, na co by se měla ošetřující sestra ptát.

Komunikace, jak uvádí Čechová et al. (2001, s. 25) v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti. Neodmyslitelnou součástí profesionální komunikace je podávání informací nemocnému. K tomu, aby interakce mezi sestrou a nemocným probíhala produktivně, musí být splněny tři základní podmínky. První z nich je, že sestra i pacient musí chtít, druhá - oba musí umět. A třetí podmínkou je, aby měli možnost (schopnost) ke komunikaci.

První podmínka, chtít komunikovat, bývá obvykle splněna na straně pacienta. Nemocný obvykle „prahne“ po informacích a kontaktu, málokdy je tomu naopak. Kdo se ale často velice brání získávání informací, je právě sestra. Řada sester zjistila, že si neví rady se spoustou informací, které ji pacient sdělí. Potom se může stát, že omezí vzájemný kontakt a získávání informací na nejmenší možnou míru. Z toho plyne, že když se nic nedozvídá, nemusí reagovat, nemusí pomáhat, nemusí nic řešit.

Druhá podmínka vyžaduje, aby oba, sestra i pacient, uměli komunikovat. Jeden ze základních sociálních předpokladů je dovednost navázat kontakt s druhým člověkem. Náročnost této dovednosti sestra pochopí až ve chvíli, kdy musí komunikovat s nemocným například po mozkové příhodě, nebo s pacientem sklerotickým. S třetí podmínkou je spojena schopnost vnímat a udržet určitou informaci v paměti. Tady může nastat problém na straně nemocného. V nemocnicích převažují starší lidé a pro ty je typická zhoršující se paměť a neschopnost uchovat informaci. Z uvedeného je zřejmé, že aby se nemocný mohl zadaptovat na svoji chorobu a pobyt v nemocnici, potřebuje vytvoření důvěry a pozitivního vztahu k sestře.

Potom, co obě strany nastaví vzájemná pravidla komunikace, může pouhá ošetrovatelská péče přejít do další fáze, kterým je ošetrovatelský proces (Čechová et al., 2001).

4.3. Vztah sestra- pacient

Chování a jednání zdravotních sester by mělo být vymezeno určitými pevnými pravidly. Do nemocnice přicházejí nemocní lidé, kteří očekávají vlídné zacházení ze strany zdravotníků, lékařů i zdravotních sester. Očekává, že se mu bude zdravotník věnovat nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Je zřejmé, že sestra i pacient se setkávají ve zvláštních vyhraněných situacích, kdy je především nutná vhodná komunikace, která dokáže zabránit různým konfliktním situacím.

Předpokládá se, že sestra bude uznávat osobnost člověka ve všech jeho oblastech. Je samozřejmostí, aby každá sestra ctěla Etický kodex svého povolání (Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2007). (Více v kapitole 6. Etika a její principy.)

K povinnostem sestry vůči pacientům, obecně patří upřednostňovat zájmy pacientů před svými vlastními, respektovat právo pacienta na osobní autonomii, respektovat důstojnost a soukromí pacientů, udržovat profesionální schopnosti a dovednosti a vykonávat takové činnosti, které zajišťují a zachovávají kvalitní péči o pacienty.

I malý úsměv a pohlazení, stisk ruky i vlídné vysvětlení všeho, co se okolo pacienta děje, má velmi pozitivní účinek na zdraví člověka.

Tento vztah – sestra- pacient, je základem celé profesionální ošetrovatelské péče.

„Bud'te změnou, kterou chcete vidět. Nesnažte se změnit druhé, ale změňte sami sebe.“

Mahátma Gándhí

4.4. Vzdělávání sester

Zdravotní sestry tvoří největší skupinu ve zdravotnictví poskytující péči nemocným. Z tohoto pohledu je nezbytné se věnovat vzdělávání zdravotních sester.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo nutné upravit, aby byly v souladu s požadavky Evropské unie. Nyní je vzdělávání sester rozděleno do třech úrovní.

Primární úroveň zůstává základní devítiletá škola.

Sekundární vzdělávání je možné na kterékoliv střední odborné škole s maturitou. Když student vystuduje Střední zdravotnickou školu, může pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod odborným dohledem jako zdravotnický asistent.

Do terciálního vzdělávání patří kvalifikační vzdělání na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách. Teprve po ukončení tohoto studia může pracovat bez odborného dohledu. Další podmínkou k samostatnému výkonu zdravotnického povolání je registrace-osvědčení.

Specializační vzdělávání je zaměřeno na vzdělávací programy (problematika související s výkonem povolání), které jsou akreditovány ministerstvem zdravotnictví.

Celoživotní vzdělávání je důležité pro kvalitní výkon zdravotnického povolání. Obor medicíny a ošetřovatelství se rychle rozvíjí, proto je třeba si doplňovat další nové poznatky (Kapounová, 2007).

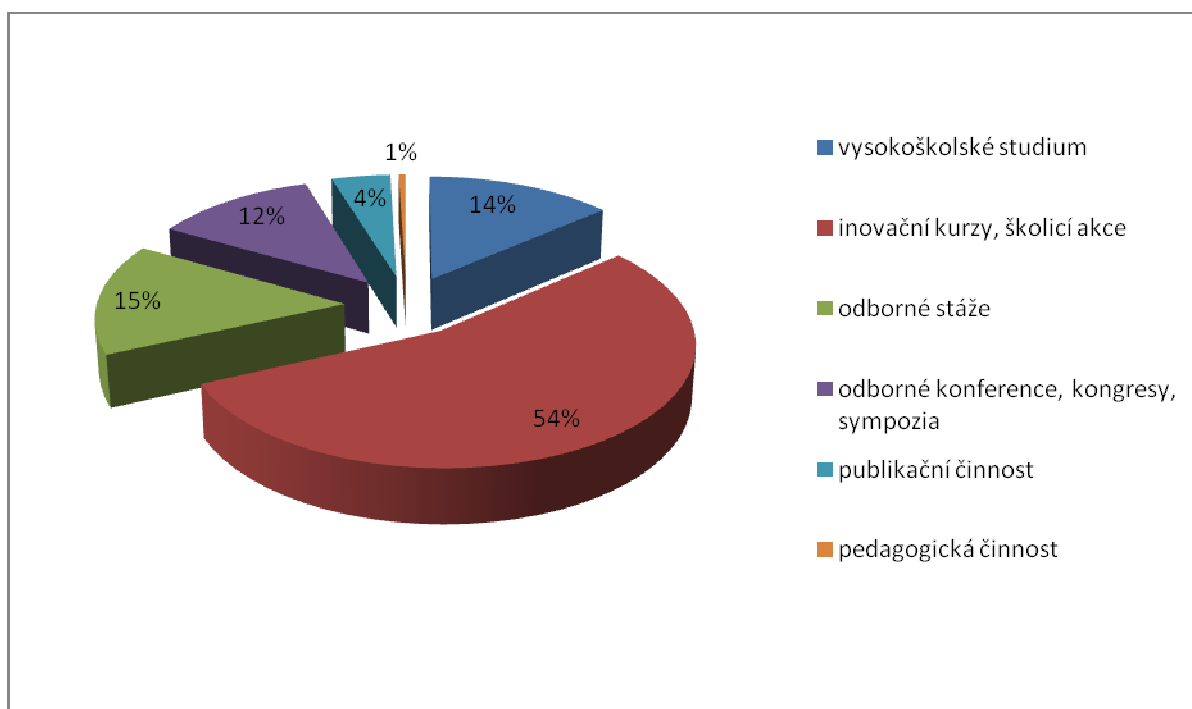
Sestry tak díky celoživotnímu vzdělávání získávají nové poznatky, které jim následně pomáhají ve zdokonalování jejich vědomostí a dovedností. Spokojenost sester může přispívat k pozitivnímu vztahu mezi jejich odborným růstem a např. zlepšováním kvality péče o pacienty. Proto je třeba investovat do ošetřovatelského vzdělávání. Příznivé pracovní prostředí pro kontinuální vzdělávání a rozvoj, může zajistit větší spokojenost sester, zajistí udržení personálu a zvýší kvalitu poskytované péče (Bártlová, 2006).

V rámci vzdělávání je možné, aby sestry absolvovaly stáž v zahraničí. Získají tím další nové informace o vzdělávání sester a o metodách dalšího celoživotního vzdělávání. V článku o stážích pro sestry, popisuje svoji zkušenost sestra, která byla společně s kolegyněmi v Nizozemsku, v nemocnici AZM v Maastrichtu. Stáž byla pro všechny velmi zajímavá a rozmanitá. Zajímavostí pro sestry bylo např. to, že v nemocnici byly tzv. simulační místnosti, které byly vybaveny různými přístroji, cvičebními modely s jednotkou intenzivní péče, tak jak to vypadá v reálném prostředí. Díky tomu, že si sestry mohou vše vyzkoušet v takovéto simulační jednotce, získávají cenné zkušenosti a jsou tak perfektně proškoleni. Nizozemské zdravotnictví se řídí heslem: „Spokojený zaměstnanec = spokojený klient“. Dávají si záležet na špičkovém vybavení- přístroje, pomůcky, a kvalitně vyškoleném personálu. Z uvedeného vyplývá, že investice do vzdělávání sester a kvalitního pracovního prostředí, se vyplácí, nejen zdravotníkům, ale hlavně pacientům. ¹

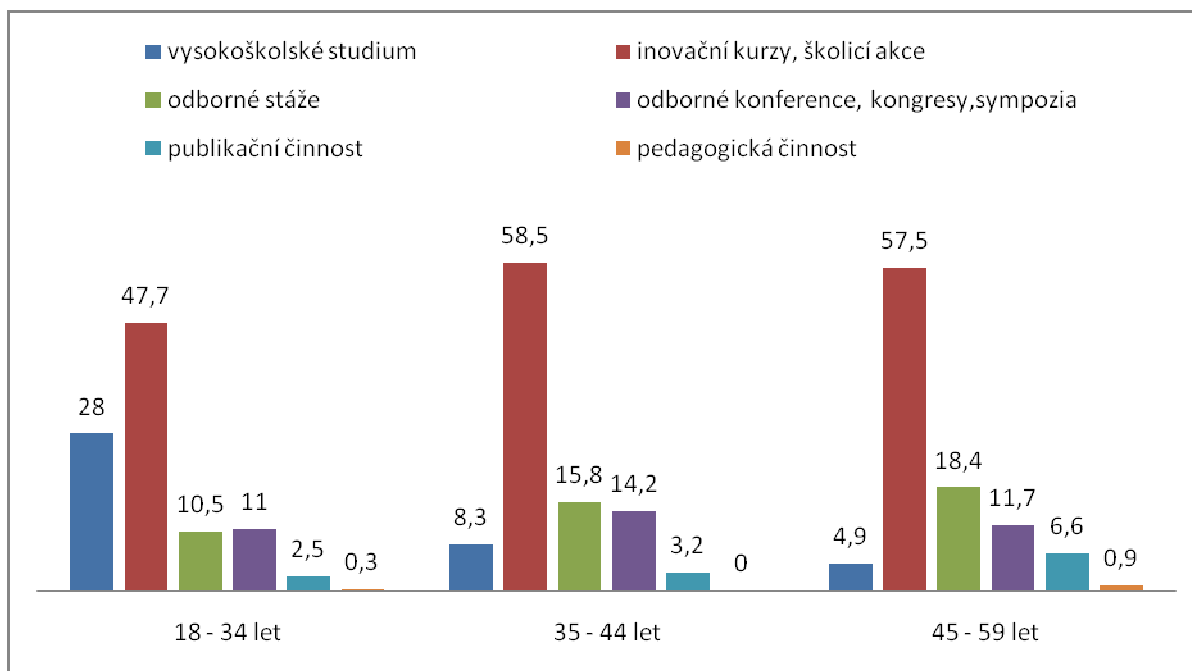
4.4.1. Sociologické aspekty vzdělávání sester

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně vypracovalo studii, ve které zjišťovali sociologické aspekty vzdělávání sester. Reprezentativní soubor tvořilo 1033 sester. Z výzkumu je patrné, že věk sester je významným faktorem při rozhodování, jakou formu vzdělávání si zvolí. Mladší sestry budou dávat pravděpodobně přednost vysokoškolskému studiu, zatímco starší sestry se budou většinou rozhodovat mezi odbornými konferencemi, kongresy, školicími akcemi. Dalším důležitým faktorem je počet let vykonávání profese a rodinný stav sestry, jak uvádí Bártlová (2005, s. 16 -17).

Obr. 2: Preferování forem dalšího vzdělávání



Obr. 3: Preferování forem dalšího vzdělávání podle věku (%)



5. PROBLEMATIKA PRÁCE SESTER Z RŮZNÝCH HLEDISEK

5.1. Psychické předpoklady pro ošetrovatelství

Povolání sestry s sebou nese určité změny v životním stylu, na které se musí adaptovat. Patří sem práce na směny včetně víkendů a svátků, riziko vzniku alergií, infekce, pracovní přetížení, nepravidelné stravování a nepravidelné čerpání pracovních přestávek (Čechová et al. 2001).

Největší počet sester pracuje na lůžkových odděleních, jejichž kapacita odpovídá 25- 30 lůžkům. Zatížení sestry se liší typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester přítomných v určité směně i počtem pomocného personálu. Pracovní doba bývá na ošetrovacích jednotkách rozdílná, nejčastěji je však na standardním oddělení rozdělena po osmi hodinách, na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko- resuscitačních odděleních je pracovní doba dvanáctihodinová. Také pracovní tempo bývá rozdílné. Například velmi zrychleným tempem se pracuje na odděleních akutní medicíny. Sestra musí neustále sledovat příznaky chorob a změny zdravotního stavu nemocných a všimnout si jejich projevů a chování. Často potřebuje soustředit pozornost na činnost, která vyžaduje naprostou přesnost (např. odběry materiálů), ale také přepojuje pozornost z jedné činnosti na druhou, přičemž každou z nich je nutno vykonávat bez chyby.

Sestra si musí také pamatovat sled různých vyšetření a včas nemocného připravit, musí plnit všechny pokyny lékaře a nesmí zapomínat na přání pacienta. Neustále tak používá názornou paměť, zejména zrakovou, sluchovou, čichovou a také paměť logickou. Často je využívána i paměť dlouhodobá.

Na sestru jsou kladeny i požadavky týkající se jejích odborných vědomostí a účelného jednání, a to v případě, kdy dochází k zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo při ohrožení jeho života.

Někteří nemocní lidé, v důsledku své nemoci bývají nesnášenliví, panovační, někdy až agresivní, s tím vším se setra musí umět vyrovnat. Velmi silným citovým prožitkem je i umírání a smrt člověka.

Práce s lidmi klade velké nároky na kladné vlastnosti osobnosti. Více než v kterémkoliv povolání se vyžaduje, aby ten, kdo pracuje s nemocnými, byl čestný, pravdomluvný, svědomitý, trpělivý a důsledný, ale také optimistický, snášenlivý, taktní a tolerantní.

K psychickému vypětí přispívá i zvýšený pocit odpovědnosti za zdravotní stav svěřených nemocných. Sestra má také svůj osobní život a může být někdy těžké se úplně odpoutat od vlastních starostí a problémů. Mohou to být problémy v rodině, s dětmi, s partnery. Vyčerpávající jsou i zdravotní problémy a doprava do zaměstnání. Tím vším se zvyšuje psychické, ale i fyzické vyčerpání. A pokud se situace neřeší, vyčerpání se stupňuje.

5.2. Fyzické zatížení

Zvýšené fyzické zátěži je vystaven zejména pohybový aparát, protože většinu pracovní doby sestra chodí nebo stojí. Dále je zatížena páteř a horní končetiny, při ošetřování ležících nemocných, při některých vyšetřeních. Při zvedání a přenášení nemocných je zatížen také svalový a kloubní systém. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, bolesti nohou, bolesti v páteři a později i poruchy páteře a kloubů. Výjimečné nejsou ani křečové žíly. Dále je sestra více než běžný člověk vystavena riziku infekce. Ať už jde o hepatitidu, meningitidu, HIV nebo kapénkové infekce.

Ke zhoršení fyzických potíží přispívá i zvýšené psychické napětí. To bývá spojeno s tím, že sestry jsou v nepřetržitém kontaktu s lidmi, navíc s lidmi často fyzicky i psychicky postiženými.

5.3. Práce na směny

Pro zdravý chod organismu jsou kromě jiného důležité biorytmy, které bývají často v práci zdravotní sestry narušeny. Křivka výkonnosti a s ní schopnost zpracovávat stresory závisí na tělesných procesech, kam řadíme látkovou výměnu, tělesnou teplotu, hladinu hormonů, apod.

Jako jeden z nejzávažnějších důsledků práce na směny jsou poruchy spánku, které mají z psychosociálního hlediska několik příčin:

- spánek po noční směně bývá kratší, a tak může po větším počtu následných směn dojít k vyčerpání organismu;
- spánek ve dne není plnohodnotný, je více rušen podněty z okolí;
- brzké nástupy na směnu znamenají nefyziologické vstávání, a nejsou zárukou toho, že člověk půjde dříve spát, naopak, zvláště ženy a matky, které po příchodu domů mají „druhou“ směnu;
- dojíždění do práce znamená také nevídané prodloužení pracovní doby. U žen se často objevuje pocit promrhaného času. Lidé, kteří pravidelně dojíždějí déle než hodinu, mají tak navíc další stresor ovlivňující zdraví.

Za zdravý, biologicky plnohodnotný se považuje takový spánek, po kterém se člověk probudí dostatečně svěží, bez pocitu únavy a ospalosti a v požadované době bez násilného buzení. Chronický nedostatek spánku bude stále více problémem naší doby a naskýtá se zde široké pole působnosti pro uplatnění psychohygienických zásad.

5.4. Psychohygiéna

Zdravotní sestra má k pacientům lidsky nejbližší. Má-li zdravotní sestra dobře pracovat, starat se svědomitě o pacienty a být také sociální oporou, potom i ona musí být sama v psychické pohodě.

Jestliže sestra pečuje o pacienty, musí pečovat i o sebe. Patří sem péče o vlastní psychický a tělesný život.

Nejde jen o odbornost a kvalitu práce zdravotní sestry, ale i o kulturu jejího života a celého zdravotního prostředí.

Křivohlavý (2005) se domnívá, že je velký rozdíl mezi lidmi v tom, jak vidí svůj život. Někteří ho vidí krátký, plný těžkostí, starostí a velkých problémů. Také ale potom můžeme vidět, že tím jak žijeme, vnímáme svůj život, tak i působíme na lidi. Proto je velmi důležité, aby i každá sestřička měla někoho, kdo ji má rád a komu může důvěřovat.

V dnešní uspěchané době, v 21. století, je velkým problémem se občas zastavit, popřemýšlet o životě, o tom, jaké máme představy, čeho chceme dosáhnout, jaký je smysl života. Právě proto, že času je málo nebo že si ho neumíme udělat, může dojít k tomu, že začneme být agresivní, zlostní, bez radosti ze života.

Důležité je umět se radovat z maličkostí, sám si dělat radosti a ty nás potom obohacují, dodávají vnitřní klid. Mezi důležité faktory patří i dobré rodinné zázemí, ať už jsou to děti, manžel nebo dobří přátelé. Samozřejmě, že v práci sestry je důležitá též péče o tělo. Do toho zahrnujeme stravu, tělesné cvičení a s tím spojené setkávání se s druhými lidmi. Mezi důležité faktory ovlivňující naši pohodu, patří spánek.

Přirozený biorytmus sester je narušený nepřetržitým provozem, kdy se střídají denní a noční služby. Proto je obzvlášť důležitá péče jak o tělesný, tak i duševní život.

Radost je „adrenalinem“ duše. (Křivohlavý, 2005)

5.5. Syndrom vyhoření

Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi, kam práce sester patří, bývá často podobná: pomáhat druhým lidem. Nastupují do práce s ideály, nadšením a postupně zjišťují, jak velké je to výkonové a emoční nasazení. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se tak snadno stane nerovným. Pomáhající- sestra- více vydává, než dostává.

Sestry na anesteziologicko- resuscitačních odděleních, odděleních akutní péče patří k elitě. Jejich postavení je tvrdě vykoupeno. Jsou často vystaveny psychickému a emocionálnímu tlaku i fyzickému vyčerpání. Některé z nich se nevyhnou syndromu vyhoření. Slouží dvanáctihodinové směny, pečují o nemocné v kritickém stavu, na pomezí smrti. Musí být vnímavé při sledování pacientova stavu, rychlé při jeho vyhodnocení a flexibilní při změnách v průběhu nemoci. Musí také znát a dokonale ovládat všechny přístroje, které sledují pacientovy životní funkce. Musí mít dostatečné znalosti, aby věděly, co je třeba udělat pro odvrácení akutního stavu, alespoň do doby, než přijde lékař (Ježek, 2007).

Psychologové to přirovnávají obrazně k silně hořícímu ohni, který živí velká motivace, elán a postupně dochází k jeho dohořívání až uhasnutí, protože jej nemá co živit. (Snopková, 2007).

Mezi možné podmínky vzniku syndromu vyhoření patří: přetíženost, špatné vztahy na pracovišti, nedostatek podpory, nevhodné chování nadřízených, nízká loajalita k pracovišti, k oboru, nadměrná emocionální zátěž, zdravotníci nebývají zvyklí ventilovat své skutečné pocity, nevyhovující pracovní podmínky, špatná organizace práce, přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence, sestra vydává více energie, než dostává, nereálná očekávání a ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání.

Syndrom vyhoření (burnout) není nemoc, je to proces, který se objevuje v průběhu pracovní kariéry. Při tomto syndromu je popisováno emocionální vyčerpání, kdy člověk ztrácí citlivost vůči ostatním, reaguje podrážděně, nepřátelsky. Dochází k psychickému vyčerpání, kdy se člověku zdá, že „všechno je špatně“, je cynický, negativistický, mohou se objevit poruchy soustředění, paměti, vytrácí se smysl práce, později i smysl života. Dalším významným znakem je tělesné vyčerpání, které se projevuje chronickou únavou, svalové bolesti, častěji je nemocný, drobné úrazy, zvyšuje se riziko užívání návykových látek.

K dalším projevům patří změny v sociálních vztazích. Nejdříve dochází k vyhýbání se pacientům, postupně až k izolaci, i od spolupracovníků. Člověk má hostilní postoje, stále častější konflikty, převažuje lhostejnost, apatie a nezájem o hodnocení druhými (Bartošková, 2006).

Jak pomoci sestřám se syndromem vyhoření?

V první řadě je důležité zjistit, jak závažné jsou příznaky. V této situaci si člověk už nedokáže pomoci sám, potřebuje sociální oporu, ať už spolupracovnice nebo rodinu a přátele. Sociální opora, naslouchání a vyslechnutí jedince jsou právě oázou pro vyčerpanou duši. Také je dobré umět „sám sebe pohladit“, umět se ocenit a odměnit, je jedno, jestli masáží nebo dárkem. Zdravotník by měl znát hranice svých možností a schopností. Když začne mít pocit, že ztrácí síly, by si měl umět říci o pomoc. To, že druhého požádá o pomoc, neznamená, že selhal, ale může být naopak projevem důvěry v druhého člověka. Sestra kromě pracovního života má i život osobní. Může se stát, že se člověk emočně nasytí v práci a na partnera, rodinu mu už nezbyvají síly. To potom může vést k partnerským konfliktům, rodinným neshodám, kvůli kterým jedinec ztrácí energii. Takže když máme uspokojivé zázemí, kde nás mají rádi, kam patříme a kam se rádi vracíme, se může stát zdrojem naší životní energie, ze které můžeme čerpat i když už v práci tolik nadšení neprožíváme a návratnost našich investic není dostačující.

Také pěstování různých koníčků nám přináší uspokojení a uvolnění. Měly bychom se jednoduše naučit „poslouchat své tělo“ (Bartošíková, 2006). Dopřát si spánek, když ho potřebujeme, jít relaxovat, číst si naši oblíbenou knížku. V souvislosti s tím hovoříme o zvládnání copingových strategiích. „Coping“ je příkladem do češtiny obtížně přeložitelného anglického výrazu. „To cope“ znamená „vyrovnávat se s něčím“, „zvládat něco“ např. zátěž, frustraci a stres. Jako zátěžové situace označujeme ty, které z naší strany vyžadují zvýšené úsilí, námahu, vytrvalost a odolnost pro jejich zvládnání. Zátěžové situace (nikoli extrémní) jsou nezbytnou podmínkou našeho rozvoje. Subjektivní pociťování zátěže je interindividuálně velmi rozdílné. Chováním, kterým zvládáme náročné situace, se přizpůsobujeme nárokům prostředí dobře nebo špatně - vyrovnávací strategie mohou být adaptivní nebo maladaptivní. Copingové styly- intrapsychicky orientovaný styl - přehodnocení situace a emocí, které byly vyvolány a styl orientovaný na vnější problém - hledání řešení, hledání sociální podpory, přetvoření situace nebo únik ze situace (Baštecká, 2003). Jde o to, aby sestry uměly rozpoznávat své emoce a uměly zvládat zátěže, s kterými se v práci setkávají.

Další významnou pomocí v prevenci syndromu vyhoření by mohly být supervize.

5.6. Supervize

Lékaři i sestry jsou ohroženi syndromem vyhoření, pokud nemají možnost svoje nahromaděné pocity ventilovat a problémy řešit. Doba jeho projevení záleží na osobnosti člověka a snaze organizace tomuto stavu předcházet. Jedním z možných řešení je proto vhodný druh supervize, který by dokázal lidi stimulovat a dávat jim současně možnost náhledu na jejich jednání s pacientem.

Rozvojová supervize je chápána jako organizovaná příležitost k reflexi možností, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s pacienty a kolegy, s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci (Heřmanová, 2006).

5.6.1. Význam supervize a prevence syndromu vyhoření

Supervize je nezbytná pro profesionální i osobnostní rozvoj sester, především pro podporu a řešení problémů, které vycházejí ze vztahu- sestra- pacient. Prostřednictvím reflektování a rozebírání práce zdravotníků s pacienty si lze více uvědomovat emoční reakce na pacienta, chápat dynamiku interakce s pacientem. NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) sídlící v Brně nabízí certifikované kurzy pod pojmem Formy a možnosti supervize, který je určen všem všeobecným sestřím a dalším odborným pracovníkům. Dalším vzdělávacím programem zaměřeným na rozvoj osobnosti a rozvoj péče o duševní zdraví je certifikovaný kurz s názvem Zvládání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření. Oba certifikované kurzy prostřednictvím skupinové a komunitní práce vytvářejí bezpečný prostor pro poznávání sebe sama, poznávání hranic, rozvíjení porozumění pocitu sounáležitosti. Může pomoci i v otázkách péče o sebe sama a o druhé, a v neposlední řadě nabízí zcela nové vztahové zkušenosti (Jičínská, 2008).

Je tedy zřejmé, že pro psychickou pohodu může udělat mnoho nejen vyzrálá a samostatná sestra

(viz psychohygiena), ale i organizace, v níž sestra pracuje (podpora, semináře, výcviky) a také výše zmiňované NCO NZO, které zajišťuje odborné kurzy a další vzdělávání, je odbornou institucí pro realizaci a rozvoj celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

6. ETIKA A JEJÍ PRINCIPY

Budoucí zdravotní sestry se seznamují s etickými problémy své profese v oboru zdravotnická etika. V angličtině mají výraz nursing ethic, což je výstižnější pojem, který označuje etické problémy sester i ošetřovatelek. Na profesní etiku zdravotních sester je v posledních letech kladen velký důraz a jeho výrazem jsou různé etické kodexy, a to jak národní, tak i mezinárodní.

Kodex zdravotních sester nebyl zatím oficiálně přijat jako kodex ČLK. Česká asociace sester (ČAS) nebyla ustanovena zákonem jako ČLK. V současnosti máme dva návrhy národní verze etického kodexu zdravotních sester. Jeden je z ČASu a druhý návrh byl zpracován organizací Hope. Oba návrhy respektují požadavky ICN (International Council of Nurses), jakož i naše současné podmínky (Kutnohorská 2007).

Obecně, aby nedocházelo ke konfliktům, měli bychom umět jednat eticky, zvažovat a hodnotit. Sestra by měla umět předcházet konfliktům ve vztahu k pacientovi i ve vztahu ke kolegům uvnitř zdravotnického týmu. Zdravotnická profese je velmi náročná a o stresové situace není nouze. Sestra by si měla uvědomit, že je etické přijímat kompromis a možná řešení. Proto je nutné vzdělávání v oblasti eticko- zdravotnického vědomí (Kutnohorská 2007, s. 94).

Haškovcová (2000) uvádí praktické rady, kterými by se zdravotní sestry mohly řídit:

- Pacient obvykle přichází do prostředí, které nezná. Sestra by se měla představit jménem, přivítat ho a povzbudit.
- Každý člověk má strach a obavy z nemoci, kvůli níž je hospitalizován, má právo na to, co se s ním bude dít (očekávaný výkon, vyšetření apod.), má právo na informace.
- Pacientovi říci, kde je hospitalizovaný, a seznámit ho se základními pravidly nemocničního řádu (kdy jsou vizity, možné návštěvy, kde jsou toalety).
- Poučit pacienta o existenci práv pacientů.
- Při přijetí dbát na etiku: nově příchozího pacienta představit dalším spolupacientům a naopak.

- Pacienta řádně oslovujeme, příjmením, při akademickém titulu- titulem.
- Při komunikaci nepoužívat zdravotnickou hantýrku.
- Pacient má právo na vysvětlení všeho, čemu nerozumí a neměl by mít pocit, že obtěžuje.
- I když je pacientem zdravotník, chováme se k němu citlivě a ujistíme ho o standardním postupu a o chápavém přístupu.

Dobrá rada na závěr

Dělej všechno tak, jak bys chtěla, aby bylo v podobné situaci činěno tobě! (Haškovcová, 2000, s. 44)

7. POZNÁMKY K PŮSOBENÍ ČINITELŮ OBSAHU A KONTEXTU PRÁCE U ZDRAVOTNÍCH SESTER

České sestry jsou velmi vnímavé a pracovité. V současnosti to mají však stále obtížné, protože naše zdravotnictví nepřetržitě prochází významnými změnami, které pak následně ovlivňují jejich chování a postoje.

Zdravotní sestry na anesteziologicko- resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče pracují v třísměnném provozu. S tím souvisí jak nepravidelný životní rytmus, tak i životní styl, někdy i spánková deprivace. Dochází také ke kontaktu se smrtí, zahrnující péči o umírající, ale také o jejich příbuzné. Sestry tak přichází do kontaktu s mnoha emocemi, nejen svými, ale i patientskými, které se snaží různými způsoby zvládat. Práce s lidmi tak klade velké nároky na kladné vlastnosti osobnosti. Více než v kterémkoli povolání se vyžaduje, aby byla sestra svědomitá, odpovědná, trpělivá, důsledná, ale také optimistická, snášenlivá, taktní a tolerantní. Těžiště práce sestry spočívá tedy v kontaktu s pacienty, svými a patientskými emocemi.

K této práci patří i kontakt s různými biologickými materiály, ošetřování nemocných např. s AIDS, s přenosnými infekčními nemocemi, s onkologicky nemocnými. Nemůžeme opomenout i fyzickou náročnost této práce. Ta souvisí s péčí o pacienty a manipulaci s nimi. I když je už dnes na většině oddělení potřebná technika, ošetřujících „rukou“ není nikdy moc. A tak je sestra nucena sama zvedat, polohovat pacienty, což může následně způsobovat bolesti např. krční páteře a zad. Z uvedeného vyplývá, že práce sester je náročná a vyčerpávající a také, že má významný vliv na jejich psychický i zdravotní stav. To, jak sestra výše uvedené aspekty vnímá a jak ji celkově ovlivňují, má podíl i její osobnostní založení.

Jako každá osobnost je jiná, tak i každá zdravotní sestra je jiná, a existují tak individuální rozdíly v osobnosti a kognitivních schopnostech, v emocionální inteligenci, intelektu i naučených vzorců chování, ať už z primární rodiny nebo ze sociálního okolí. Významným tématem je tak vztah mezi osobností a prací. Důležité pro formování osobnosti je vyrovnávání se s prací- adaptace, která je významnou osobnostní dimenzí. V práci sestry není jednoduché si osvojit emocionální neutralitu, tzn. správně ovládat své city. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se.

Mezi další aspekty, které jsou významné pro zdravotní sestry, řadíme pracovní spokojenost a postoje k práci, identifikaci s prací, subjektivní investice do práce, mezilidské vztahy na pracovišti, psychické odrazy výdělků a motivace práce.

Nacházíme však i řadu dalších poznatků, jako je charakter a obsah práce, sociální prostředí, ve kterém práci vykonáváme, způsoby, které uplatňují vedoucí, normy, které vyvíjí skupina vůči nám a další podněty, které se také podílejí na formování naší osobnosti, ovlivňují postoje k práci, hodnotovou hierarchii apod.

Pracovní spokojenost můžeme různě vysvětlovat, hlavně ve smyslu dílčí a celkové pracovní spokojenosti. Sestra může být například spokojena se svými pracovními kolegyněmi, ale nikoli s fyzickými charakteristikami svého pracovního prostředí nebo s pracovními úkoly, které jí jsou zadávány. Pracovní spokojenost je tedy důsledkem určitých činitelů a současně příčinou absentismu, setrvávání nebo měnění zaměstnání (fluktuace) a výdělků, přičemž lze její míru vyjádřit mírou vyjádřenou rozdílem v očekávané a skutečné pracovní situaci násobené mírou významností zjištěného rozdílu. Mezi činitele ovlivňující pracovní spokojenost patří například: mzda, práce sama, pracovní podmínky, spolupracovníci, osobnostní faktory, organizace práce, používaná technika, společenský význam práce, namáhavost práce, možné perspektivy práce apod.

Z výsledků výzkumu (Vévoda, Ivanová, Horvát, 2005), který byl zaměřen na zkoumání priorit motivačních faktorů pracovního prostředí z pohledu zdravotních sester a jejich srovnání s žebříčkem motivačních faktorů zaměstnavatele (dle Herzbergovy teorie), vyplynulo následující. Zdravotní sestry dávali největší významnost: jistotě zaměstnání, mzdě, péči o pacienta, spolupráce v provozu, uznání osobních výsledků. Nejmenší významnost: prestiž zaměstnání a kariérní postup. Největší význam u zaměstnavatele: péče o pacienta, image zařízení. Nejmenší význam: mzda, jistota pracovního místa, uznání osobních výsledků. Z uvedeného šetření vyplynulo, že došlo rozpornému hodnocení priority faktorů zdravotních sester a zaměstnavatele. Nejistota práce je dána možnostmi ekonomické transformace, specifickým vzděláním, regionem. Faktor mzdy souvisí s faktorem jistoty práce a se způsobem uznání osobních výsledků. Obojí je neuspokojivé a tak se hygienikům platu dostává na nejvyšší příčky priorit. Zdravotní sestry měly dále možnost hodnotit naplňování demonstrovaných faktorů zaměstnavatelem škálou s rozsahem 1- 5. Nejlepší známku obdržel faktor péče o pacienta a nejhorší faktor mzdy. Při aplikaci Herzbergovy teorie je zřejmé, že motivátory, které Herzberg pojmenoval jako hygienika, tak jím české sestry přiřazovaly nejvyšší hodnoty. Výzkum ukázal, že je nutné

se zabývat motivačními faktory, a také přezkoumávat rozdělení motivátorů na hygienika a satisfaktory.

Z dalších výzkumů, prováděných v ČR (např. Bártlová, 2006) bylo uvedeno, že mezi nejdůležitější faktory, které přispívají k jejich spokojenosti v práci, patří dobré vztahy na pracovišti, různorodost práce a dobrá organizace práce. Jednoznačně nejvíce vyvolává u zdravotních sester jejich nespokojenost s prací špatné finanční ohodnocení. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti s prací uváděly sestry nedoceňování práce sester nadřízenými. A jako třetí nejčastější příčinou nespokojenosti je nedostatek ošetrovatelského personálu. Zdravotní sestry, které jsou nespokojeny s prací, se mohou uchýlit k absentérství, mají špatnou morálku, odpor ke změnám nebo mohou jednoduše odejít. Zdravotnická zařízení na druhé straně trpí sníženou výkonností pracovníků, musí vynakládat více peněz na nábor, může se také projevit následně nespokojenost pacientů.

Výkon role sestry je značně komplikovaný nejen různorodostí a mnohostranností „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se práce sestry odehrává. U zdravotních sester se často hovoří o syndromu vyhoření - (burnout syndrome), tj. stav celkového vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost, vyhaslost. Řada studií na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích (ARO, JIP) dochází k názoru, že v této oblasti dochází nejvíce k psychické zátěži.

Mezi možné podmínky vzniku syndromu vyhoření patří: přetíženost, špatné vztahy na pracovišti, nedostatek podpory, nevhodné chování nadřízených, nízká loajalita k pracovišti, k oboru, nadměrná emocionální zátěž, zdravotníci nebývají zvyklí ventilovat své skutečné pocity, nevyhovující pracovní podmínky, špatná organizace práce, přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence, sestra vydává více energie, než dostává, nereálná očekávání a ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání.

Z uvedeného vyplývá, že významnou roli v profesi sester má celoživotní vzdělávání, které je důležité pro kvalitní výkon tohoto povolání. Sestry díky celoživotnímu vzdělávání získávají nové poznatky, které jim následně pomáhají ve zdokonalování vědomostí a dovedností. Spokojenost sester může přispívat k pozitivnímu vztahu mezi jejich odborným růstem a např. Zlepšováním kvalitní péče o pacienty. Příznivé pracovní prostředí pro kontinuální vzdělávání a rozvoj (např. školící akce o prevenci syndromu vyhoření, odborné stáže v zahraničí), může zajistit větší spokojenost sester.

Většina sester má svou práci jako poslání a má ji ráda. I když nejsou podmínky v českém zdravotnictví úplně ideální, s přispěním ostatních zdravotníků mohou toto nelehké období překlenout a za nějaký čas budou moci pracovat za lepších finančních podmínek a budou i více spokojené.

8. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

8.1. Přehled základních teoretických problémů

Hlavním tématem práce bylo zjistit vzájemné vztahy mezi pracovní spokojeností, jejími dílčími složkami a psychickým stavem sester. Cílem výzkumu je zjištění činitelů a okolností, jež z psychologického hlediska nejvíce ovlivňují spokojenost či nespokojenost zdravotních sester, jejich pracovní pohodu a tím i naplňování jejich životního společenského poslání.

Mezi základní pojmy této diplomové práce je pojem motivace, pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester a s tím související jejich psychických stav.

Motivace obecně se dá definovat jako stav napětí, jehož cílem je dovršující reakce na motivační podnět. Síla motivace pak přímo určuje zaměření reakce, dobu jejího trvání a samozřejmě i její intenzitu. Dá se konstatovat, že právě motivační faktory, jakkoliv mohou být, a také jsou, subjektivně hodnoceny, hrají rozhodující úlohu při rozhodování každého jedince, jaké činnosti se bude věnovat a s jakým úsilím tak učiní.

Motiv je vnitřní potřeba nebo touha- vědomá, polovědomá, nebo dokonce podvědomá, která působí naši vůli a nutí nás jednat tím nebo oním způsobem. Také ale můžeme mít motivy, které nepovedou k žádnému jednání. Na druhé straně můžeme občas udělat něco, co je zdánlivě bez jakéhokoliv motivu (nevědomý, neprůhledný). Nebo může jít také o únikové cestičky, které jsou převážně řízeny emocemi. Některý silný emotivní zážitek nás může přimět k nějakému činu, jiný nás v klidu.

Souhrnu vybraných motivačních faktorů (ať už činnost sester ovlivňují negativně či pozitivně) se věnujeme v následující části své práce, přičemž tyto faktory jsou dávány do vzájemných souvislostí.

K důležitým motivačním činitelům patří jak získané postoje k práci, tak i spokojenost v ní, což je ovlivňováno také sociálním prostředím vykonávané práce.

Do souboru těchto faktorů patří pracovní i mimopracovní sociální faktory, nezanedbatelnou úlohu ale hrají i podmínky k práci, utvářené vztahy skupiny na pracovišti.

Pracovní spokojenost je determinována vnějšími a vnitřními faktory.

Jako vnější faktory můžeme jmenovat především fyzikální podmínky, se kterými se sestra při své práci setkává. Hlučnost, čistota, osvětlení, hygiena či bezpečnost práce, to vše jsou podmínky, které spokojenost sestry ovlivňují, jakkoliv toto vše není součástí jejího vnitřního světa.

Dalšími vnějšími vlivy, které na práci sestry působí, jsou také charakter a režim práce. Zahrnuje také náročnost práce, její monotónnost nebo pestrost. Patří sem i režim práce, a to jednosměnný či vícesměnný provoz, z toho vyplývající nepravidelný životní rytmus a možná spánková deprivace. A v neposlední řadě i odměna za práci, která by měla být motivující, tedy měla by působit pozitivně na zvyšování produktivity práce a zároveň by měla dát každému pracujícímu pocit kladného ocenění. Nesmíme opomenout i vliv pracovní skupiny, tedy to, jak skupina působí na jedince, a samozřejmě i na vztah jedince ke skupině, což následně může ovlivňovat jeho pracovní spokojenost. Pracovní spokojenost určuje také věk, seniorita i rodinný stav, počet dětí.

Vnitřní faktory pracovní spokojenosti tvoří složky osobnosti jedince, díky kterým se každá sestra vyrovnává s náročností práce. Zde hrají roli morálně-volní vlastnosti každé sestry, její síla vyrovnávat se s náročnou prací, což není v řadě případů jednoduchý úkol a mnohé sestry se proto své práci nikdy nemohou věnovat. Z tohoto pohledu je významná tzv. emocionální neutralita, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se.

Práce sester je namáhavá i fyzicky. S tím souvisí péče o pacienty a manipulace s nimi, z čehož někdy mohou plynout např. bolesti zad a krční páteře.

Pracovní chování každého jedince je ovlivňováno jeho individuálními postoji k práci a k jejím podmínkám (postoj se projevuje v obsahu chování, které je aktivováno motivem). Postoje tedy vyjadřují vztah člověka ke světu a jeho jednotlivým složkám. Těžiště práce sestry spočívá v kontaktu s pacienty. K tomu samozřejmě patří kontakt sestry s různými biologickými materiály a ošetřování vážně a těžce nemocných. To vše má bezprostřední vliv na prožívání a chování sestry.

Protože i sestry mohou ve svém osobním životě i povolání procházet různými svízelnými situacemi, může se stát, že jejich chování a nálada bude negativně ovlivněna. V souvislosti s tím se pak může projevit tzv. maladaptivní chování. Sestry mohou být psychastenické, prožívající úzkost, nemají rády změny v zaběhnutém systému, mohou být i podezřivé, přecitlivělé i popudlivé, které jsou zlostné, výbušné a těžce se ovládají.

Postoje souvisí s pocity uspokojení, radosti a optimistického pohledu na život nebo naopak neuspokojení v práci, negativní náhled na život. Vyjadřují úroveň subjektivního vyrovnávání se s různými stránkami života.

Patří sem postoje k personální politice, k organizační struktuře, k nadřízenému, k pracovní skupině, k fyzikálním podmínkám, k platu, ale také postoje k bydlení, k dojíždění do zaměstnání apod. Postoje potom mohou být konzistentní v závislosti se spokojeností nebo nespokojeností v práci.

Ve výzkumu se zabýváme také souvztažností mezi pracovní spokojeností a psychickým stavem zdravotních sester. V psychickém stavu se obdobně jako v jiných psychických jevech odráží interakce člověka s jeho vnitřním i vnějším životním prostředím. Psychický stav pojmáme jako dynamickou veličinu, pro kterou je charakteristická proměnlivost aktivace psychiky spolu se změnami emocionálního vyladění – prožívání a která je sama determinována a která se promítá jak ve vnitřní (psychické) tak i vnější (motorické) činnosti člověka. Každá výraznější změna vnějšího nebo vnitřního prostředí vyvolává komplex nespécifických psychických změn, dochází k určité aktivaci a potřebě obnovy psychické rovnováhy mezi jedincem a aktualizovanou životní zkušeností.

Mezi regulační činitele motivace a základní formy chování sestry v pracovní skupině patří: stabilizace x fluktuace, produktivita (výkonnost), přítomnost v práci - absentismus, nehodové chování, pracovní angažovanost.

Fluktuace je bohužel jevem, se kterým se dnes ve zdravotnictví setkáváme z nejrůznějších příčin velmi často. Tyto příčiny jsou zakotveny ve faktorech, které ovlivňují spokojenost sestry na pracovišti a v jejich negativní korelaci se spokojeností sestry.

Naproti tomu stabilizace pracovní skupiny je žádoucí jev, ukazující vysokou kvalitu vztahu pracovníka k organizaci, na proces, který odráží pracovníkovy postoje, očekávání, potřeby a naplnění cílů.

Produktivitu (výkonnost) je možno chápat jako výsledek poměru schopností pracovníka a jeho pracovní motivace, je přímo závislá na schopnostech jedince vykonávat určitou práci. Je vztahem mezi očekáváním určitého výsledku a mezi hodnotou, kterou tento výsledek pro jedince má. Vztahy mezi výkonností a uspokojením mohou ovlivňovat činitele kontextu práce- pracovní skupina, mimopracovní okolnosti i organizace práce.

Přítomnost v práci či absentismus je možno chápat jako zeslabující se vztah pracovníka k organizaci a je jednoznačně negativním jevem, kdy pracovník je sice formálně vázán

svoji práci vykonávat, prakticky ale hledá cesty, jak se výkonu své práce vyhnout. Hrají zde roli důležitost práce pro jedince, výše sociálního statutu, autonomie, pracovní spokojenost, seniorita, povaha pracovního úkolu, pracovní podmínky a také osobnostní proměnné.

Nehodové chování a úrazovost v práci může souviset jak s osobní charakteristikou každého jedince, tak i s objektivními podmínkami k práci, které může jedinec jen těžko ovlivnit. Zde je možno zmínit častý nedostatek personálu na pracovištích sester, který vede k častému přetěžování sester a k jejich stálému nasazení bez dostatečného odpočinku.

Všechny výše uvedené motivační faktory a činitelé se pochopitelně promítají i do práce zdravotní sestry.

Práci zdravotní sestry, její spokojenost či nespokojenost, ovlivňuje řada faktorů a okolností.

Na některé proměnné, ovlivňující jejich pracovní spokojenost, psychický stav a postoje k práci byl zaměřen výzkum diplomové práce.

Cílem a snahou této práce bylo získat a přinést poznatky, které by mohly vysvětlit a objasnit, jací činitelé a okolnosti z psychologického hlediska působí na pracovní spokojenost a psychický stav zdravotních sester.

8.2. Pracovní hypotézy

Na zjištění alespoň některých z faktorů, negativních i pozitivních, byla zaměřena tato práce. Cílem a snahou výzkumu bylo přinést poznatky, které objasní motivaci sester při výkonu jejich povolání a zároveň poukázat na problémy, se kterými se sestry při výkonu své práce potkávají.

H₁: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně vzrůstat psychická pohoda souboru.

H₂: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací budou statisticky významně klesat hodnoty sklíčenosti.

H₃: Se stoupající spokojeností s odměňováním bude statisticky významně klesat míra neuroticismu.

H₄: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně klesat míra neurastenie souboru.

H₅: Se zvyšující se kvalitou psychického stavu bude statisticky významně stoupat celková pracovní spokojenost.

H₆: Se snižující se kvalitou celkového psychického stavu budou statisticky významně stoupat negativní pocity spojených s ošetřováním nemocných.

8.3. Zkoumaný soubor

Pro tuto práci byly získány data od 81 sester, v roce 2008. Všechny sestry pracují ve fakultní nemocnici v Praze, na klinice anesteziologie a resuscitace. Jejich práce je zaměřena na poskytování péče nemocným v akutním ohrožení života. Ošetřování a péče v oblasti akutní medicíny klade na zdravotní sestry mimořádné nároky a vyžaduje značné znalosti a zkušenosti.

Na těchto odděleních pracují sestry typu A – tzv. „sestra 1. úrovně“, (1st level nurse), které mohou pracovat samostatně a vést práci ostatních sester a nižšího zdravotnického personálu. Sestry tohoto typu musí mít kromě všeobecného vzdělání také absolutorium vyšší odborné nebo vysoké školy v oboru ošetrovatelství.

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení. Oddělení nemocnice, které zajišťuje kvalifikovanou resuscitační péči u akutních stavů ohrožujících život (bezvědomí, šok, těžké úrazy, otravy apod.). Specializovaní lékaři a sestry sledují a zabezpečují pacientovy základní životní funkce.

Sestry na anesteziologicko- resuscitačních odděleních, odděleních akutní péče patří k elitě. Jejich postavení je tvrdě vykoupeno. Jsou často vystaveny psychickému a emocionálnímu tlaku i fyzickému vyčerpání. Měly by být vnímavé při sledování pacientova stavu, rychlé při jeho vyhodnocení a flexibilní při změnách v průběhu nemoci. Musí také znát a dokonale ovládat všechny přístroje, které sledují pacientovy životní funkce. Musí mít dostatečné znalosti, aby věděly, co je třeba udělat pro odvrácení akutního stavu, alespoň do doby, než přijde lékař.

Statusová data JSD

V poslední části dotazníku byly sestry dotazovány na jejich věk, pracovní zařazení, rodinný stav, počet dětí, kolik let pracují na nynějším oddělení (seniorita I.) a kolik let pracují v tomto zdravotnickém zařízení (seniorita II.), další otázka se týkala průměrného čistého měsíčního příjmu.

V tomto dotazníku byly osloveny ženy ve věkovém rozmezí od 20 let do 56 let.

Tab. 3: Věkové rozdělení celkového počtu sester

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nižší (20-32)	42	51,85
Střední (33-44 let)	27	33,33
Vyšší (45-56 let)	12	14,81
Celkem	81	100,00

V nižší věkové kategorii bylo osloveno 42 žen, což představuje **51,85 %** z celkového počtu 81 dotázaných žen.

Ve střední věkové kategorii bylo osloveno 27 žen – celkově **33,33 %**.

Vyšší věkovou kategorii tvoří 12 žen, což je **14,81 %**.

Dále byly ženy dotazovány na rodinný stav.

Tab. 4: Rozdělení rodinného vztahu

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svobodná	26	32,10
Vdaná	40	49,38
Rozvedená	12	14,81
Vdova	3	3,70
Celkem	81	100,00

Z celkového počtu 81 žen uvedlo 26 svobodný stav, tj. **32,10 %**.

Vdaných žen bylo 40, což představuje **49,38 %**.

Rozvedených bylo 12, tj. **14,81 %** a vdovy byly 3, tj. **3,70 %**.

Byl zjišťován také počet dětí dotazovaných žen, který se pohyboval od žádného po dvě a více dětí.

Tab. 5: Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	36	44,44
Jedno	20	24,69
Dvě a více	25	30,86
Celkem	81	100

Žádné dítě uvedlo 36 žen z celkového počtu 81 žen, což představuje **44%**.

Jedno dítě uvedlo 19 žen, tj. **25%** z celkového počtu.

A dvě a více dětí napsalo 26 sester, což je **31%**.

Tab. 6: Seniorita I.

Seniorita I. (počet let)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nižší (1 - 10)	61	75
Střední (11 - 21)	17	21
Vyšší (22 - 30)	3	4
Celkem	81	100

Z celkového počtu 81 žen má 75% sester kratší délku praxe než 10 let na současném oddělení, střední délku praxe má 21% sester a pouze 4% sester má praxi dlouhou od 22 do 30 let.

Tab. 7: Seniorita II.

Seniorita II. (počet let)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nižší (1 - 11)	53	65
Střední (12 - 23)	21	26
Vyšší (24 - 35)	7	9
Celkem	81	100

Z celkového počtu 81 žen pracuje v současném zdravotnickém zařízení 65% sester do 11 let, 26% sester má střední senioritu a 9% sester uvádí vyšší počet odpracovaných let v současném zdravotnickém zařízení.

Tab. 8: Průměrný čistý měsíční příjem

Mzda (v tis. Kč)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nižší (12 - 15)	5	6
Střední (16 - 18)	58	72
Vyšší (19 - 22)	18	22
Celkem	81	100

Z celkového počtu 81 žen má 6% nižší platové ohodnocení, tzn. od 12 do 15 tisíc, 72% sester má střední platové ohodnocení, tzn. od 16 do 18 tisíc a 22% mají mzdu vyšší (od 19 do 22 tisíc).

8.4. Aplikovaná metodika

Vzhledem k počtu respondentek a k získávání potřebných informací, jsem použila metodu dotazníků. Prvním je nestandardizovaný dotazník pracovní spokojenosti zdravotních sester DSZS (Vtípil, 1999). Dotazník je zaměřen na zjišťování pracovních podmínek a jiných činitelů, působících v pracovním procesu a kontextu, které největší měrou ovlivňují pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester. Druhým je dotazník subjektivně posuzovacích škál SUPOS 7 (Mikšík, 1993), ve kterém měly sestry zaznamenávat obvyklý stupeň prožívání uvedených pocitů a stavů.

8.4.1. Dotazník DSZS

Úvodní částí „A“ dotazníku spokojenosti zdravotních sester byly otázky zaměřující se na celkovou spokojenost zdravotních sester a jejich flukтуаční tendence, skládající se ze tří oddílů, v nichž bylo možno získat v každém jednotlivě 5 bodů, tedy celkem maximálně 15 bodů. Při maximální spokojenosti. Tato část byla uvedena pod zkratkou „CPSF“.

Druhá část „B“, označená písmeny „FC“ byla zaměřena na negativní faktory vyskytující se na daném pracovišti, resp. vliv fyzikálních činitelů pracoviště a na postoj k nim. Byla rozdělena na dvě subčásti, z nichž jedna obsahovala výpis jednotlivých faktorů obvykle působících na těchto pracovištích a míru jejich výskytu a druhá zda tyto faktory a jejich působení dotazovaným osobám vadí či nikoli.

Třetí část „C“ se symbolikou „VZ“ byla zaměřena na zjišťování mezilidských vztahů a spokojeností s nimi. Byla rozdělena do 5 částí s maximálním počtem 20 bodů, při maximální spokojenosti.

Částí „D“ se symbolikou „RJSB“ tato část dotazníku obsahuje 18 výroků o práci. Dotazované osoby měly označit na pětistupňové bodovací stupnici číslo, které nejlépe vystihuje jejich názor. Číslo 1 zde znamenalo silný nesouhlas a číslo 5 silný souhlas. Maximální počet bodů byl 90. Dotazník se zabývá postoji k vlastní práci.

Část „E“ se symbolikou „ZS“ popisovala zdravotní stav. Dotazované osoby měly označit odpověď, která nejlépe odpovídala jejich zdravotnímu stavu. Bylo zde 5 možností. Od hodnocení zdravotního stavu jako výborný až po obtíže v psychické a somatické oblasti, na škále od 1 do 5, přičemž 5 znamenalo hodnocení stavu jako výborného.

Šestou částí „F“ jejíž symbolika byla „OST“ zahrnovala 23 otázek zaměřených na faktory, které ovlivňují postoje a spokojenost, kdy na škále od 1 do 5 znamenala 1 nejvyšší stupeň negativního ovlivnění a 5 nejnižší stupeň negativního ovlivnění spokojenosti s organizačními, společenskými, technickými, časovými a dalšími okolnostmi práce. První čtyři otázky se vztahují k organizaci práce pod zkratkou (OP), kde otázka č. 3 byla zaměřena na nárazovitý způsob práce (ZP), další 4 otázky jsou zaměřeny na zdravotnickou dokumentaci a množství informací potřebných k ošetřování nemocných (ZI), další 3 otázky jsou zaměřeny na časové okolnosti práce (ČO) mezi nimiž otázka č. 9, byla zaměřena na postoj k práci na směny (SM), další 2 otázky a otázka č. 23 byly zaměřeny na používanou techniku (PT), další 2 otázky se vztahovaly ke společenskému významu práce (VP), otázka č. 16 se zabývala nejistotami a obavami sester z propuštění (OP), otázka č. 17 se zabývala hrozbou reorganizace pracoviště (HR), otázka č. 18 byla zaměřena na sociální zařízení pro personál (SZ), další otázka se zabývala rizikovostí práce (RP), další dvě byly zaměřeny na namáhavost a zdravotní rizikovost práce (NP), a otázka č. 22 byla zaměřena na nedostatek potřebných léků (NL).

Sedmá část „G“ se symbolikou **ODPO** byla zaměřena na postoje vůči odměňování v souvislosti s kvalifikací a schopnostmi. Zde měla opět dotazovaná osoba možnost volby na pětistupňové stupnici, kdy 1 představovala maximální nespokojenost a 5 maximální spokojenost. Část obsahovala 15 otázek s maximálním počtem 75 bodů. Otázky č. 1 až 9 byly směřovány na odměňování a hodnocení jejich výdělku. Otázky č. 10 až 14 byly zaměřeny na vyjádření spokojenosti vzhledem k využití jejich kvalifikace a znalostí a možnosti dalšího postupu, kvalifikačního i funkčního.

Část „**H**“, se symbolikou „**PP**“, byla zaměřena na postoje k okolnostem péče o pacienty. Obsahovala 15 otázek opět s pětistupňovou škálou, shodně jako část sedmá. Otázky jsou zaměřeny na ošetřování nemocných ve velmi vážném stavu, na aplikaci bolestivých nebo nepříjemných výkonů, řada položek vyjadřuje situace, které mohou být pro sestru velmi náročné a mohou vyvolávat nepříjemné pocity. Otázka č. 4. se ptá na péči o nemocné volně chodící.

V deváté části „**I**“, která byla označena „**APO**“, byla složena ze tří otázek týkajících se představ a očekávání o povolání zdravotní sestry z dob studia na zdravotnické škole a otázkou míry adaptace na toto povolání a čtvrté, zabývající se tím, jaké oddělení by sestra zvolila, kdyby měla možnost volby. V prvních třech otázkách bylo možno získat maximálně 13 bodů při splnění všech představ a minimálně 3 body při zklamání.

Desátá, poslední část dotazníku „**J**“ se symbolikou „**SD**“ obsahuje otázky zaměřující se na statusová data, tedy věk, pracovní zařazení, název oddělení, na kterém dotazovaná osoba pracuje, rodinný stav, počet dětí, délku pracovního poměru, tedy senioritu, která byla rozlišena na aktuální senioritu (SEN I.), tedy dobu po kterou sestra pracovala na stávajícím oddělení a senioritu celkovou (SEN II.), tedy dobu po kterou pracovala až doposud v tomto zdravotnickém zařízení a nakonec průměrný čistý příjem.

Na poslední stranu dotazníku mohly sestry napsat svoje doplňující poznámky, což některé sestry využily.

Bylo zde také vyjádřeno poděkování za vyplnění dotazníku.

8.4.2. Dotazník SUPOS 7 - PC

Dotazník Supos 7 se snaží postihnout kvalitativní rysy psychického stavu a jeho změny u každého jedince v situačním kontextu a interakčních důsledcích. Umožňuje diagnostikovat strukturu a dynamiku psychických stavů a umožňuje predikovat možnost vzniku a předcházet nežádoucím důsledkům psychického selhávání.

V dotazníku byly zjišťovány komponenty psychického stavu pomocí adjektiv, na jejichž základě se hodnotila povaha, míra a kvalita obvyklého prožívání. Ve svém komplexu umožňuje postihovat psychický stav podle proporcionálního zastoupení následujících komponent v jeho celkové struktuře:

PE = psychická pohoda – pocit spokojenosti, příjemného naladění a příznivého psychického „nažhavení“ provázeného často prožitky euforie a sebedůvěry. Zde jde o to, nakolik se daný jedinec cítí svěžím a spokojeným, psychicky vyrovnaným a klidným, resp. optimistickým a naladěným.

A = aktivnost, činorodost – pocity síly a energie spojené s prahnutím po akci. Jde tudíž o zvýrazňovanou pohotovost k aktivní interakci s dynamikou a situačních proměnných, definovatelnou takovými kvalitami psychických jevů, jako je činorodost a průbojnost.

O = impulzivita, odreagování se. Jde v podstatě neřízené, spontánní uvolňování energetického napětí a psychických tenzí, na základě emocionálních impulzů při oslabení racionální sebekontroly, vnitřních útlumů. Je definovatelná náladovostí, obtížným sebeovládáním, výbušností, podrážděností a nekorigovanou agresivitou.

N = psychický nepokoj, rozlada. Jedná se o takový typ psychického napětí, resp. „nažhavení“, kdy člověk prožívá mnohdy blíže nespecifikované, psychické tenze a přitom nenachází ventily pro jejich uvolňování. Projevuje se psychickým a motorickým neklidem, rozmrzelostí, nespokojeností, resp. netrpělivostí a roztěkaností.

D = psychická deprese, pocity vyčerpání. Jde o komplex pocitů a stavů, jejichž nejpříznačnějším znakem je snížená pohotovost k interakci se situačními proměnnými, tj. tendence k pasivitě, odstoupení, spolu s apatií, nulovou „nažhaveností“, tenzí. Patří sem takové jevy v prožitcích a projevech, jako je pesimismus, otrávenost, pocity slabosti a zmoženosti, apatie.

U = úzkostné očekávání, obavy. Jde o asténické prožívání psychického napětí při nejistém či „ohrožujícím“ vývoji situace, jemuž chybí pohotovost k interakci v určitém směru, prožívání budoucího možného situačního vývoje se u daného jedince aktualizuje v podobě prožívání, nikoli však v pohotovosti k řešení situačních komponent. Jde tudíž o komplex takových pocitů a projevů člověka, jako jsou pocity nejistoty, prožitky psychického napětí, úzkostná nálada, obavy z možných důsledků budoucího aj.

S = sklíčenost – jako pasivní prožívání negativních důsledků prodělané psychické zátěže, působení situačních proměnných, tzn. obrácení prožitků psychického napětí nikoli ven, k interakcím s prostředím, ale „dovnitř“. Jde o takové prožitky, které lze vyjádřit adjektivy: smutný, osamělý, přecitlivělý, nešťastný (Mikšík, 1993).

Ve druhé části dotazníku měly sestry zaznamenávat své subjektivní potíže na škále od 0- vůbec žádné potíže do 3 – soustavné, velmi silně pociťující potíže. Obtíže, které měly hodnotit, byly následující: bolesti hlavy, žaludeční potíže, nechutenství, potivost, poruchy spánku, nutkání na WC, tělesná únava, kouření. Všechny tyto příznaky označujeme termínem neurastenie.

Neurastenie (neurasthenia)- termín označující stav únavy a slabosti často doprovázený bolestmi hlavy, nespavostí apod. Značné množství stavů, které jsou diagnostikovány jako neurastenie, mohou být též klasifikovány jako deprese nebo jako úzkost, nicméně existují případy, kdy klinický syndrom neodpovídá popisu žádné jiné diagnóze a splňuje všechna kritéria pro neurastenický syndrom. Dle MKN – 10 patří neurastenie do skupiny jiných neurotických poruch. Vyskytují se dva typy: u prvního příznaky ukazují na zvýšenou unavitelnost v souvislosti s duševní prací, snížení výkonu v zaměstnání nebo při každodenních činnostech. Jsou přítomny nepříjemné asociace spojené s nevykonným myšlením nebo myšlenky znemožňující soustředění pozornosti. A u druhého typu jsou příznaky tělesné a duševní slabosti a vyčerpání i po nepatrné námaze, doprovázeno pocitem svalové slabosti a neschopností relaxovat. Často jsou přítomny závratě, bolesti hlavy, dráždivost, dyspepsie (zažívací poruchy), anhedonie (neschopnost se radovat), napětí, poruchy spánku, obavy o zhoršující se duševní a tělesné zdraví- označované také jako únavový syndrom (Hartl, Hartlová, 2004, s. 351).

8.4.3. Použité matematicko – statistické metody

Získané hodnoty jsem statisticky zpracovala. K popisu souborů jsem použila metody statistiky: absolutní a relativní četnost.

Absolutní četnost f_i – udává počet prvků se stejnou obměnou statistického znaku nebo s hodnotami spadajícími do určité třídy nebo intervalu. Součtem všech absolutních četností dostaneme celkovou četnost v souboru.

Relativní četnost f_i/n – udává poměr absolutní četnosti a rozsahu souboru. Součet všech relativních četností je roven 1.

Vztahy jednotlivých veličin byly hodnoceny **Pearsonovým korelačním koeficientem**.

Označuje se r a nabývá hodnot v intervalu (-1, +1). Pokud hodnota r leží mezi -1,0, jedná se o zápornou korelaci a +1,0 znamená úplně kladnou korelaci a vyjadřuje lineární vztah mezi dvěma množinami dat.

Korelační koeficient $r = 0$ znamená, že proměnné nejsou v žádné souvislosti a jsou rozptýlené nezávisle na sobě. Jestliže máme pro obě proměnné X a Y k dispozici metrické údaje, můžeme popsat stupeň jejich závislosti (Reiterová, 2004).

Získané výsledky byly vypočítány na PC, v programu Excel 2007 a výsledky byly porovnány s tabulkou kritických hodnot korelačního koeficientu (signifikantnost korelace) s **hladinou významnosti 5%** pro 81 respondentů. Kritická hodnota „r“ je **0,2172**.

Další kritické hodnoty „r“ u vybraných hladin významnosti:

Při: $N = 81$

$P = 0,01$ (1% hladina významnosti) **$r = 0,2830$**

$P = 0,02$ (2% hladina významnosti) **$r = 0,2565$**

8.5. Symbolika užitá v práci

Symbolika k DSZS – dotazník spokojenosti zdravotních sester:

- A** **CPSF** Celková pracovní spokojenost a flukuační tendence
- B** **FC** Působení fyzikálních činitelů a postoje k nim
- C** **VZ** Spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti
- D** **RJSB** Spokojenost s vlastní prací
- E** **ZS** Zdravotní stav
- F** **OST** Organizační, společenské, technické a časové aj. okolnosti práce

- 1 – 5** organizace práce (OP)
- 6 – 7** zdravotnické informace (ZI)
- 8 – 11** časové okolnosti práce (ČO)
- 12 – 13** používaná technika (TE)
- 14 – 15** společenský význam práce (VP)
- 16 – 17** perspektivy práce (PeP)
- 18** sociální zařízení pro personál (SZ)
- 19** zdravotní rizikovost práce (ZR)
- 20 – 21** namáhavost práce (NP)
- 22** nedostatek potřebných léků (NL)
- 23** signalizace z pokojů pacientů (SI)

G	ODPO	Odměňování, kvalifikace a postup
H	PP	Postoje k péči o pacienty
I	APO	Adaptace na práci, očekávání
J	SD	Statusová data

Dotazník je uveden v přílohách.

Symbolika k Suposu 7 – PC - subjektivně posuzovací škála prožívání a stavů uvedených v dotazníku.

PE - psychická pohoda

A - aktivnost, činnost

O - impulzivita, odreagování se

N - psychický nepokoj, rozlada

U - úzkostné očekávání, obavy

D - psychické deprese, pocity vyčerpání

S - sklíčenost

NEU – míra neurastenie

SUS - suma Supos

Dotazník je uveden v přílohách.

8.6. Průběh a organizace šetření

Sběr potřebných dat mi trval asi dva měsíce. Každé sestře byl vysvětlen postup, jak oba dotazníky vyplňovat. Ke každému dotazníku byl také přiložen postup v písemné formě spolu s poděkováním a odkazem na Katedru psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Při oslovování sester s žádostí o vyplnění dotazníků, jsem je ujistila o tom, že jsou anonymní.

Sestry měly občas připomínky k délce dotazníku DSZS, když však měly dostatek času pro vyplnění, tak byly ochotné a některé z nich psaly poznámky přímo do dotazníku, na místo pro to určené. Některé ze sester si po vyplnění dotazníků chtěla povídat a vyjadřovat se ke svým postojům a pocitům. Několik sester odmítlo dotazník vyplnit, jejich rozhodnutí jsme plně respektovali.

Po provedeném šetření a zpětném shromáždění dotazníků od respondentek bylo nutno materiál zkontrolovat a vytřídit ty dotazníky, které byly nevyplněné, nebo byly vyplněny nesprávně nebo neúplně. Rozdala jsem celkem 110 dotazníků a vrátilo se mi 95 dotazníků. Správně vyplněných dotazníků bylo 81.

9. VÝSLEDKY PRÁCE

Tato kapitola uvádí výsledky jednotlivých částí nestandardizovaného Dotazníku spokojenosti zdravotních sester DSZS: A CPSF, B FC, C VZ, D RJSB, E ZS, F OST, G OD PO, H PP, I APO, J SD a dotazníku SUPOS 7.

Výsledky jsou uspořádány do tabulek obsahujících absolutní a relativní četnosti.

Dále jsem provedla korelace podle Pearsonova korelačního koeficientu

Jsou zde uváděny a srovnávány data z DSZS a položky statusových dat – SD.

Ze statusových dat byly srovnávány věk a mzda.

Dále byl prováděn výzkum mezi RJSB (spokojenost s vlastní prací) a jednotlivými položkami dotazníku SUPOS 7.

Zjišťovány byly také vztahy mezi ODPO (odměňování, kvalifikace, postup) a jednotlivými položkami SUPOS 7.

SUPOS 7 se skládá z položek: PE (psychická pohoda), A (aktivnost, činnost), O (impulzivita, odreagování se), N (psychický nepokoj, rozlada), U (úzkostné očekávání, obavy), D (psychické deprese, pocity vyčerpání), S (sklíčenost), a NEU (míra neurastenie).

Také jsme zjišťovali koreláty s okolnostmi práce F OST na hlavní proměnné.

Dále koreláty okolnosti s ošetřováním nemocných a postoje k nim H PP na hlavní proměnné.

Koreláty celkové pracovní spokojenosti A CPSF na hlavní proměnné.

Koreláty sumy Supos 7 na hlavní proměnné.(ACPSF, B FC, C VZ, D RJSB, E ZS, F OST, G ODPO, H PP, I APO, J SD).

Tabulky korelací a rozdílů jsou uvedeny v příloze.

9.1. Základní výstupy DSZS

Základní výstupy jsou popsány podle jednotlivých částí nestandardizovaného dotazníku v abecedním pořadí.

9.1.1. Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence A CPSF

První část dotazníku je zaměřená na pracovní spokojenost sester. V první tabulce je zhodnocení celkové pracovní spokojenosti a v dalších třech tabulkách je zhodnocení jednotlivých postojů vztahujících se k současné práci.

Tab. 9: Celková pracovní spokojenost

Celková spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	13	16,04
Střední	34	41,97
Vysoká	34	41,97
Celkem	81	100,00

Nízkou pracovní spokojenost uvedlo 13 sester z celkového počtu 81, což je **16,04 %**. Střední spokojenost uvedlo 34, tj. **41,97 %** a vysokou spokojenost uvedlo též 34 sester, tj. **41,97 %**.

Tab. 10: Spokojenost na současném pracovišti

Spokojenost na současném pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	7	8,64
Střední	21	25,93
Vysoká	53	65,43
Celkem	81	100,00

Nízkou spokojenost na současném pracovišti uvedlo 7 sester z celkového počtu 81, což je **8,64 %**. Střední spokojenost uvedlo 21, tj. **25,93 %** a vysokou spokojenost na současném pracovišti 53, tj. **65,43 %**.

Tab. 11: Vůle zůstat v současném kolektivu

Vůle zůstat v současném kolektivu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	10	12,35
Střední	13	16,05
Vysoká	58	71,60
Celkem	81	100,00

Nízkou vůli zůstat členkou současného kolektivu uvedlo 10 sester, což je **12,35 %**, střední uvedlo 13, tj. **16,05 %** a vysokou 58 sester, což je **71,60 %**.

Tab. 12: Touha po změně práce

Touha po změně práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	44	54,32
Střední	10	12,35
Vysoká	27	33,33
Celkem	81	100,00

44 sester, což je **54,32 %** z celkového počtu 81, netouží po změně práce, 10 sester, tj. **12,35 %** nemá jasný názor a 27, tj. **33,33 %** sester uvedlo vysokou touhu po změně práce.

9.1.2. Vliv fyzikálních činitelů a postoje k nim B FC

V této části dotazníku sestry odpovídali na vliv fyzikálních činitelů a postoje k nim.

V první tabulce je zhodnocení celkového výskytu negativních faktorů a v dalších čtyřech tabulkách je zhodnocení jednotlivých vybraných negativních činitelů.

Tab. 13: Celkový výskyt negativních faktorů na pracovišti

Negativní pocity	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	21	25,93
Střední	60	74,07
Maximální	0	0,00
Celkem	81	100,00

Minimální výskyt negativních faktorů na pracovišti uvedlo 21 sester, což je **25,93%**.

Střední uvedlo 60 sester, což je **74,07%** a maximální výskyt negativních faktorů neuvedla žádná sestra (**0%**).

Jednotlivé vybrané položky subtestu

Tab. 14: V jaké míře se vyskytuje průvan na oddělení

Průvan	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	51	62,96
Střední	12	14,82
Maximální	18	22,22
Celkem	81	100,00

V uvedené položce subtestu uvedlo 51 sester, tedy **62,96 %** minimální počet výskytu průvanu, 12 sester, tj. **14,82%** uvedlo střední počet výskytu a maximální počet výskytu tohoto negativního faktoru uvedlo 18 žen, tj. **22,22 %**.

Tab. 15: V jaké míře je na oddělení nevyhovující klimatizace

Nevyhovující klimatizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	20	24,69
Střední	27	33,33
Maximální	34	41,98
Celkem	81	100,00

V této položce subtestu vnímalo míru výskytu tohoto činitele 20 žen minimálně, což je **24,69 %**, střední míru výskytu uvedlo 27 žen, což je **33,33 %** a maximální míru výskytu uvedlo 34 žen, tj. **41,97 %**.

Tab. 16: Špatný přístup k lůžkům

Špatný přístup k lůžkům	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výborný	47	58,02
Dobrý	23	28,39
Špatný	11	13,58
Celkem	81	100,00

Ve třetí položce subtestu uvedlo 47 sester, tj. **58,02 %** výborný přístup k lůžkům, 23 sester dobrý, tj. **28,39 %** a 11 sester, tj. **13,58 %** špatný přístup.

Tab. 17: Míra výskytu zápachu na pracovišti

Zápachy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	25	30,86
Střední	17	20,98
Maximální	39	48,14
Celkem	81	100,00

Minimální míru zápachu uvedlo 25 sester, což je **30,86 %**, střední míru výskytu 17 sester, tj. **20,98 %** a maximální míru výskytu 39 sester, což je **48,14 %**.

9.1.3. Mezilidské vztahy na pracovišti a postoje k nim C VZ

Další položka vyjadřuje vztahy na pracovišti, jak jsou sestry spokojené v pracovním kolektivu, vztah nadřízeného k podřízeným a zda existuje rivalita mezi jednotlivými odděleními.

Tab. 18: Spokojenost s interpersonálními vztahy na pracovišti

Míra spokojenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	7	8,64
Střední	38	46,91
Vysoká	36	44,44
Celkem	81	100,00

Nízkou míru spokojenosti uvedlo 7 sester, tj. **8, 64 %**, střední míru spokojenosti 38 sester, tj. **46, 91 %** a vysokou míru spokojenosti uvedlo 36 sester, což je **44, 44 %**.

9.1.4. Spokojenost s vlastní prací D RJSB

V této položce dotazníku sestry odpovídaly na postoje k jejich práci.

Tab. 19: Spokojenost s vlastní prací

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	0	0,00
Střední	24	29,62
Maximální	57	70,37
Celkem	81	100,00

Z celkového počtu dotázaných sester nebyla žádná sestra nespokojena, středně spokojených 24, tj. **29, 62 %** a vysoce spokojených bylo 57, tj. **70, 37 %**

9.1.5. Zdravotní stav a postoje k němu E ZS

Ženy byly dotazovány na jejich zdravotní stav.

Tab. 20: Zdravotní stav

Zdravotní stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Problémový	5	6,17
Dobrý	56	69,13
Výborný	20	24,69
Celkem	81	100,00

Z celkového počtu dotázaných žen 20 uvedlo svůj stav výborný, což je **24,69 %**, dobrý zdravotní stav uvedlo 56, tj. **69,13 %** a problémový (v oblasti psychické či somatické) 5, tj. **6,17 %**.

9.1.6. Spokojenost s okolnostmi práce F OST

Položka obsahuje postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení.

V první tabulce je zhodnocena míra celkového postoje, v dalších sedmi položkách subtestu je hodnocení jednotlivých vybraných položek této části dotazníku.

Tab. 21: Postoje k organizačním, společenským a technickým podmínkám práce

Celková spokojenost - míra zatížení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízká	20	24,70
Střední	54	66,66
Vysoká	7	8,64
Celkem	81	100,00

Nízkou celkovou míru zatížení uvedlo 20 sester, což je **24,70%**. Střední míru zatížení 54, tj. **66,66 %** a vysokou míru zatížení uvedlo 7 sester, což je **8,64 %** z celkového počtu.

Tab. 22: Psychicky zatěžující, stresující práce

Psychicky zatěžující práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	39	48,14
Střední	25	30,09
Maximální	17	20,98
Celkem	81	100,00

V této položce subtestu hodnotilo svou práci jako minimálně zatěžující 39 žen, tj. **48, 14** %, středně zatěžující 25, tj. **30, 09** % a maximálně 17, tj. **20, 98** % z celkového počtu dotazovaných žen.

Tab. 23: Nejistota a obavy z propuštění

Nejistota, obavy z propuštění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	62	76,54
Střední	11	13,58
Maximální	8	9,87
Celkem	81	100,00

Minimální obavy z propuštění a nejistot uvedlo 62 žen, tj. **76, 54** %, střední 11, tj. **13, 58** % a maximální 8, tj. **9, 87** % z celkového počtu žen.

Tab. 24: Zdravotní rizikovost pracoviště

Zdravotní rizikovost pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	34	41,97
Střední	27	33,33
Maximální	20	24,69
Celkem	81	100,00

V této položce subtestu uvedlo minimální míru zdravotní rizikovosti na pracovišti 34, tj. **41, 97 %**, střední 27, tj. **33, 33 %** a maximální míru uvedlo 20, což je **24, 69 %** z celkového počtu žen.

Tab. 25: Dojíždění do práce

Dojíždění do práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	11	13,58
Střední	26	32,09
Maximální	44	54,32
Celkem	81	100,00

Minimálně zatěžující faktor dojíždění do práce uvedlo 11 žen, tj. **13, 58 %**, středně zatěžující 26, tj. **32, 09 %** a maximálně zatěžující 44 žen, což je **54, 32 %** z celkového počtu žen.

Tab. 26: Nárazovitý způsob práce

Nárazovitý způsob práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	17	20, 98
Střední	29	35, 80
Maximální	35	43, 20
Celkem	81	100,00

Hodnocení nárazovitého způsobu práce jako minimální uvedlo 17, tj. **20, 98 %** žen, střední 29, tj. **35, 80 %** a maximální 35, což je **43, 20 %** z celkového počtu žen.

Tab. 27: Nevhodná forma systému ošetrovatelské péče

Nevhodná forma systému	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	17	20,98
Střední	27	33,33
Maximální	37	45,67
Celkem	81	100,00

Položka subtestu hodnotícího systém ošetrovatelské péče. Jako minimálně nevhodný systém péče uvedlo 17, tj. **20,98 %** žen, středně nevhodný 27, tj.

33,33 % a maximálně nevhodný 37, tj. **45,67 %** z celkového počtu dotázaných.

9.1.7. Spokojenost s odměňováním, využitím kvalifikace a schopností G ODPO

V této části dotazníku sestry hodnotily své postoje k odměňování, využití kvalifikace a možnosti dalšího funkčního postupu.

Tab. 28: Postoje k odměňování a kvalifikaci

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	6	7,40
Střední	70	86,42
Vysoká	5	6,17
Celkem	81	100,00

Minimální spokojenost uvedlo 6, tj. **7,40 %** sester, střední 70, tj. **86,42 %** a vysokou spokojenost 5, tj. **6,17 %** z celkového počtu sester.

9.1.8. Okolnosti péče o pacienty a postoje k nim H PP

V této části dotazníku je řada položek vyjadřujících situace v práci zdravotní sestry, které u ní mohou vyvolat nechuť, nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým vyhnout.

Tab. 29: Tabulka k postojům ošetřování nemocných

Negativní pocity	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Minimální	14	17,28
Střední	66	81,48
Maximální	1	1,23
Celkem	81	100,00

Minimální míru negativního ovlivnění uvedlo 14 sester, tj. **17, 28 %**, střední míru 66, tj. **81, 48 %** a maximální míru negativního ovlivnění uvedla 1 sestra, což je **1, 23 %** z celkového počtu.

9.1.9. Postoje k adaptaci na práci I APO

V části I APO byly otázky zaměřené na představy a očekávání od povolání zdravotní sestry z dob studia, jestli se shodují s realitou a adaptace v současném zaměstnání.

Tab. 30: Adaptace na práci a očekávání

Adaptace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nepříznivá	13	16,04
Neutrální	55	67,90
Příznivá	13	16,04
Celkem	81	100,00

Nepříznivou adaptaci uvedlo 13, tj. **16,04 %** sester, neutrální 55, tj. **67, 90 %** a příznivou adaptaci uvedlo 13, tj. **16, 04 %** z celkového počtu sester.

9.2. Základní výstupy SUPOS 7

Proporcionální zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu podle SUPOS 7 u zkoumaného souboru:

Tab. 31: Zastoupení jednotlivých komponent

Komponenta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Četnost dle normy SUPOS (%)
Pohoda „PE“	583	21,15	20,50
Aktivnost, činnost „A“	517	18,75	18,60
Impulzivita „O“	289	10,48	11,50
Nepokoj, rozlada „N“	342	12,40	13,00
Úzkost, obavy „U“	359	13,02	12,30
Deprese „D“	399	14,47	12,50
Sklíčenost „S“	268	9,73	11,70
Σ (PE, A, O, N, U, D, S)	2757	100	100

Celkovou strukturu psychického stavu zkoumaného souboru sestavuje z: **21 %** pocit pohody, **19 %** aktivita a činnost, **10%** impulzivita, **12%** pocity nepokoje a rozlady, **13%** úzkost a obavy, **14%** deprese, **10%** sklíčenost.

9.3. Vybrané koreláty

9.3.1. Koreláty věku (J SD)

Při zjišťování vztahů mezi věkem a jednotlivými položkami dotazníku DSZS byla zjištěna významná korelace mezi věkem a zdravotním stavem ($r = - 0,4062$), při 1 % hladině významnosti.

Z tohoto vztahu lze usuzovat, že čím je sestra starší, tím méně příznivě hodnotí svůj zdravotní stav.

Dále byl významný vztah mezi věkem a mzdou, z čehož je zřejmé, že čím je sestra starší, má i vyšší výplatu ($r = 0,6675$), při 1 % hladině významnosti.

Také je významný vztah mezi věkem a odpracovanými léty na pracovišti: (seniorita I: $r = 0,6214$ a seniorita II: $r = 0,7924$), při 1 % hladině významnosti.

Vztah věku a rodinného stavu ($r = -0,5491$): čím je sestra starší, tím větší je pravděpodobnost jejího žití bez partnera (rozvedená, vdova), při 1 % hladině významnosti.

Věk a počet dětí ($r = 0,6505$): z korelace vyplývá, že čím je sestra starší, tím více má dětí.

Ostatní vztahy jsou statisticky nevýznamné.

9.3.2. Koreláty mzdy (J SD)

Ve vztazích mzdy a jednotlivých položek dotazníku spokojenosti zdravotních sester byla zjištěna významná korelace mezi mzdou a zdravotním stavem ($r = -0,2166$).

Z uvedeného vyplývá, že čím má sestra vyšší mzdu, tím hodnotí svůj zdravotní stav jako více problematický (určité potíže v psychické a somatické oblasti) a je to možné z důvodu počtu odpracovaných let ve zdravotnictví (nepravidelný biorytmus, strava, neuspořádaný rodinný život atd.).

Mzda a počet dětí ($r = 0,3688$): čím vyšší mzda, tím více sester uvádí početnější rodinu, což odpovídá více odpracovaným letům a tudíž nároku na tabulkově vyšší plat, při 1 % hladině významnosti.

Vztah mzdy a věku: výzkumem bylo potvrzeno ($r = 0,6675$), že nejvyšší mzdy mají sestry vyššího a středního věku žijící bez partnera. Toto zjištění odpovídá faktu, že starší sestry mají vyšší tabulkové mzdy, život bez partnera jim navíc dovoluje pracovat přes čas a o zvláštních, lépe placených službách (noční služby, svátky...).

Významný vztah je také mezi mzdou a senioritou I. ($r = 0,6590$) a mzdou a senioritou II.

($r = 0,7812$), z uvedeného je zřejmé, že čím déle sestra pracuje ve zdravotnictví, tím vyšší má plat, při 1 % hladině významnosti.

Významný vztah také mezi adaptací na práci a mzdou ($r = 0,2175$), v I APO byly otázky zaměřené na představy a očekávání od povolání zdravotní sestry z dob studia, jestli se shodují s realitou a adaptací v současném zaměstnání. Z tohoto vztahu je zřejmé, že adaptovanější sestry jsou spokojenější tím více, čím mají vyšší mzdu.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.3. Koreláty spokojenosti s vlastní prací D RJSB a položkami SUPOS 7

Významná korelace ($r = -0,215$) mezi spokojeností s vlastní prací a neurastením znamená, že čím jsou sestry spokojenější, tím menší mají pocity únavy a slabosti z vlastní práce.

Další vztahy mezi položkou RJSB a jednotlivými položkami Suposu 7 nejsou statisticky významné, kromě psychického nepokoje, rozlady ($r = -0,202$) a sklíčenosti ($r = -0,208$), které se zvyšující spokojeností sester ustupují.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.4. Koreláty spokojenosti s odměňováním, kvalifikací, možností pracovního postupu G ODPO a jednotlivými položkami SUPOS 7

Významná korelace je mezi položkami ODPO a O (položka dotazníku Supos 7- impulzivita, odreagování se), ($r = -0,3138$), při 1 % hladině významnosti.

Z uvedeného je zřejmé, že čím vyšší je odměňování (či lepší využití kvalifikace a schopností), tím méně je žena impulzivní, dokáže se lépe kontrolovat, je méně náladová, bez výrazných psychických tenzí.

Významná korelace mezi ODPO a S (položka dotazníku Supos 7- stavy sklíčenosti).

Odměňování za práci a využívání kvalifikace a schopností významně souvisí se stavy sklíčenosti ($r = -0,2377$). To znamená, že čím více jsou sestry odměňovány, tím méně jsou sklíčené a nešťastné. Jsou ve větší psychické pohodě, mají pocity příjemného naladění, které jsou provázeny pozitivními prožitky.

Další významnější negativní korelace je mezi odměňováním a rozladou, ODPO a položka dotazníku Supos 7 – psychický nepokoj a rozlada, ($r = -0,2158$). Z uvedeného je zřejmé, že čím jsou sestry více odměňovány anebo lépe využívají své kvalifikace či schopností, tím více jsou spokojeny.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.5. Koreláty spokojenosti s okolnostmi práce F OST na hlavní proměnné

Významně spolu souvisí okolnosti práce (spokojenost a postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení) s hodnocením negativních faktorů vyskytujících se na daném pracovišti B FC ($r = -0,2729$). Z uvedeného vyplývá, že čím jsou sestry spokojenější s aspekty náplně své práce, vnímají méně negativních faktorů na pracovišti, tzn.: významný vztah mezi F OST a B FC.

Dále z výzkumu vyplývá, že čím méně sestry pocítují negativní ovlivnění faktorů své práce a zaujímají pozitivnější postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení, tím jsou spokojenější s vlastní prací (D RJSB, $r = 0,2030$, významný vztah mezi D RJSB a F OST).

Velmi výrazně spolu souvisí faktory práce s postoji k péči o pacienty H PP ($r = -0,4617$). Čím méně negativních pocitů v sestrách vyvolávaly okolnosti spojené s jejich prací, tím pozitivněji přistupovaly k péči o pacienty. Významný vztah mezi F OST a H PP.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.6. Koreláty okolnosti s ošetřováním nemocných, postoje k nim H PP na hlavní proměnné

Byla zjištěna korelace s postoji k okolnostem ošetřování nemocných ve vztahu k působení negativních faktorů na pracovišti B FC ($r = 0,3080$), z čehož je zřejmé, že čím méně negativních faktorů na pracovišti, tím pozitivnější přístup sester k okolnostem vztahujícím se k péči o nemocné.

Významná korelace mezi H PP a B FC.

Dále byla zjištěna významná korelace mezi postoji k péči o pacienty a spokojeností a postoji vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení (F OST), která již byla popsána v části 9.3.4.

Další významná souvislost je s adaptací na práci a očekáváním I APO ($r = -0,2340$), kdy sestry lépe adaptované na práci prožívají méně negativních postojů k okolnostem péče o pacienty, tzn. : významný vztah mezi H PP a I APO.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.7. Koreláty celkové pracovní spokojenosti A CPSF na hlavní proměnné

Byla zjištěna korelace ($r = -0,2618$), kdy spokojenější byly sestry, které udávaly méně negativních faktorů (B FC). Významný vztah mezi A CPSF a B FC.

Další významný vztah ($r = 0,2008$) se zdravotním stavem, kdy spokojenější byly ty sestry, které uváděly svůj zdravotní stav jako dobrý či uspokojivý (E ZS). Významný vztah mezi A CPSF a E ZS.

Významná korelace ($r = 0,3201$) je i s odměňováním a využitím kvalifikace G ODPO, možnosti pracovního postupu, to znamená, že čím jsou spokojenější s odměňováním, tím více jsou celkově spokojené. Významný vztah mezi A CPSF a G ODPO.

Dále byla zjištěna velmi významná korelace ($r = 0,4661$) s I APO, kdy spokojenější byly sestry, které se lépe adaptovaly na práci. Významný vztah mezi A CPSF a I APO.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné.

9.3.8. Koreláty sumy SUPOS 7 na hlavní proměnné

Významná korelace ($r = -0,2950$) s celkovou pracovní spokojeností A CPSF znamená, že se zvyšující se kvalitou psychického stavu sester významně stoupá celková pracovní spokojenost.

Další významná korelace ($r = 0,3726$) je s vnímáním míry výskytu negativních faktorů na pracovišti B FC. Z uvedeného je zřejmé, že čím více negativních faktorů sestry na pracovišti vnímají, tím horší je psychický stav sester.

Dále byla zjištěna korelace ($r = -0,2096$) se spokojeností s vlastní prací D RJSB, což znamená, že se zvyšující se kvalitou psychického stavu sester stoupá spokojenost s vlastní prací.

Také byla zjištěna významná korelace ($r = -0,3403$) se zdravotním stavem sester E ZS, z čehož vyplývá, že se zlepšujícím se zdravotním stavem sester se zlepšuje i jejich psychický stav.

Zjištěna byla korelace ($r = -0,3595$) s různými okolnostmi práce F OST, což znamená, že čím spokojenější sestry byly a čím pozitivnější postoje zaujímalý k oddělení a celému zdravotnickému zařízení, tím se zvyšovala kvalita jejich psychického stavu.

Dále byla zjištěna korelace ($r = -0,2122$) s postoji k odměňování za práci a s využitím kvalifikace G ODPO. Bylo zjištěno, že psychický stav celého souboru sester se zlepšuje s pozitivnějšími postoji k odměňování za práci a s lepším pocitem využití své kvalifikace.

Dále byla zjištěna korelace ($r = 0,3016$) s postoji k péči o pacienty H PP, a to tak, že se snižující se kvalitou celkového psychického stavu sester budou významně stoupat negativní pocity spojené s ošetřováním nemocných.

Ostatní vztahy nejsou statisticky významné

9.4. K platnosti hypotéz

H₁: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně vzrůstat psychická pohoda souboru.

Korelace, která byla zjištěna, $r = 0,08182$, není statisticky významná. Je to vyhodnocení vztahu mezi RJSB (spokojenost s vlastní prací) a položky dotazníku Supos 7 - PE (psychická pohoda).

Hypotéza H₁ tedy nebyla přijata.

Nebyla potvrzena hypotéza, že psychická pohoda sester roste úměrně s jejich spokojeností s vlastní prací. Jak se ukázalo, i když mohou být sestry se svou prací spokojeny, na jejich celkovou psychickou pohodu a příjemného naladění, působí ostatní negativní faktory tak silně, že pocit spokojenosti s vlastní prací dokážou přehlušit.

H₂: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací budou statisticky významně klesat hodnoty sklíčenosti.

Zkoumány zde byly vztahy mezi spokojeností s vlastní prací (RJSB) a položky dotazníku Supos 7 – S (sklíčenost).

Byla zjištěna statisticky významná korelace, ($r = -0,208$).

Hypotéza H₂ byla přijata.

Sklíčenost chápeme jako pasivní prožívání negativních důsledků psychické zátěže, které lze vyjádřit adjektivy smutný, osamělý, nešťastný, kdy jedinec obrací své napětí, tenzi směrem k sobě. Dá se říci, že čím jsou sestry spokojenější s vlastní prací, tím jsou méně smutné, přecitlivělé, osamělé.

H₃: Se stoupající spokojeností s odměňováním bude statisticky významně klesat míra neuroticismu.

Je to vyhodnocení vztahu mezi odměňováním ODPO (sedmá část dotazníku DSZS) a položky dotazníku Supos7 - N (neuroticismus, rozlada). Byla zjištěna korelace, $r = -0,2158$.

Hypotéza H₃ byla přijata.

Z uvedeného je zřejmé, že čím jsou sestry více odměňovány anebo lépe využívají své kvalifikace či schopností, tím více jsou spokojeny.

H₄: Se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně klesat míra neurastenie souboru.

Byla zde zjištěna korelace mezi RJSB a položky NEU (poslední část dotazníku Supos 7). Korelace, která byla zjištěna, $r = -0,2146$, vypovídá o významném vztahu mezi oběma položkami.

Hypotéza H₄ byla tedy přijata.

Významná korelace ($r = -0,2146$) mezi spokojeností s vlastní prací a neurastenií znamená, že čím jsou sestry spokojenější, tím menší mají pocity únavy a slabosti z vlastní práce.

H₅: Se zvyšující se kvalitou psychického stavu bude statisticky významně stoupat celková pracovní spokojenost.

Je to vyhodnocení vztahu sumy Suposu a A CPSF. Byla zjištěna korelace, $r = -0,2950$.

Hypotéza H₅ byla přijata.

Tato významná korelace (při 1 % hladině významnosti) znamená, že se zvyšující se kvalitou psychického stavu sester, významně stoupá celková pracovní spokojenost (čí více jsou sestry v psychické pohodě, aktivní, činorodé, tím více jsou celkově pracovně spokojeny).

H₆: Se snižující se kvalitou celkového psychického stavu budou statisticky významně stoupat negativní pocity spojených s ošetřováním nemocných.

Byla zjištěna korelace, $r = 0,3016$, tedy významný vztah mezi sumou Suposu a H PP.

Hypotéza H₆ byla přijata.

Lze říci, že se snižující se kvalitou celkového psychického stavu sester budou významně stoupat negativní pocity spojené s ošetřováním nemocných (čím více negativních faktorů na pracovišti, tím více jsou sestry v psychické nepohodě, rozladěné).

10. DISKUSE

Diplomová práce „Pracovní spokojenost a psychický stav zdravotních sester“ se zabývá obsáhlou problematikou postojů sester k práci, jejich pracovní spokojenosti a faktory, které ovlivňují jejich psychický stav a prožívání.

Cílem a snahou této práce bylo získat a přinést poznatky, které by mohly vysvětlit a možná objasnit, jaké proměnné ovlivňují pracovní spokojenost a celkový psychický stav zdravotních sester.

Jsou to právě zdravotní sestry, které se významně podílejí na procesu péče o nemocné a tvoří největší profesní skupinu ve zdravotnictví. Mají tak velký vliv na celý systém zdravotní péče u nás a je důležité se tomuto tématu věnovat.

V současné době probíhá reforma zdravotnictví a hledá se cesta, jak zlepšit celý zdravotnický systém. Reformy, které byly přijaty, významně ovlivňují práci sester, ať už jsou to změny ve vzdělávání sester či například nárůst administrativní práce, spojený s regulačními poplatky, který sestra musí zvládat během své ošetrovatelské péče o nemocné.

Pro tuto práci byla získána data od 81 sester pracujících na anesteziologicko – resuscitační klinice. Sestry na ARO zajišťují kvalifikovanou resuscitační péči u akutních stavů ohrožujících život (bezvědomí, šok, těžké otravy apod.). Ošetřování a péče v oblasti akutní medicíny klade na sestry mimořádné nároky a též vyžaduje značné znalosti a zkušenosti.

V práci jsme zjišťovali působení některých činitelů obsahu a kontextu práce u daného souboru ve vztahu k pracovní spokojenosti a k psychickému stavu sester. Sestrám byly předkládány dva dotazníky, kterým je třeba se věnovat přibližně 25 minut. Prvním byl nestandardizovaný Dotazník spokojenosti zdravotních sester (DSZS), který je zaměřen na zjišťování pracovních podmínek a jiných činitelů působících v pracovním procesu a kontextu, které největší měrou ovlivňují pracovní postoje a spokojenost sester. Druhým je dotazník subjektivně posuzovacích škál SUPOS 7, ve kterém sestry měly zaznamenávat obvyklý stupeň prožívání uvedených pocitů a stavů. V dotazníku byly zjišťovány komponenty psychického stavu pomocí adjektiv, na jejichž základě se hodnotila povaha, míra a kvalita obvyklého prožívání. Ve svém komplexu umožňuje postihovat psychický stav podle proporcionálního zastoupení následujících komponent: aktivnost, činorodost, impulzivita odreagování se, psychický nepokoj a rozlada, deprese a pocity vyčerpání,

úzkostné očekávání a obavy, sklíčenost. V druhé části Suposu měly sestry zaznamenávat své subjektivní pocity, které byly následující: bolesti hlavy, žaludeční potíže, nechutenství, potivost, poruchy spánku, nutkání na WC, tělesná únava, kouření. Všechny tyto příznaky označujeme termínem neurastenie.

Většina sester vyplňovala oba dva dotazníky přímo na pracovišti, jen část si je brala na zpracování domů. Část sester se také ráda vyjadřovala a psala připomínky k těm částem dotazníků, které jim přišly zajímavé či přesně nechápaly instrukce k vyplnění. Některé sestry odmítly dotazník vyplnit nebo dotazník vůbec nevrátily. Jejich odmítnutí bylo plně respektováno.

Věk zdravotních sester (uváděný v poslední části DSZS – statusová data – J SD), které odpovídaly na oba dva dotazníky, byl z více než poloviny (51,85 %) nižší, mezi 20 – 32 roky. Malé procento (14,81 %) tvořilo část sester ve věkovém rozmezí 45 – 56 let. Zbylou část, věk 33 – 44 let, tvořilo 33,33 % dotazovaných. Práce na odděleních intenzivní medicíny je náročnější než na standardních odděleních, proto zde zřejmě převažuje větší procento pracujících žen mladšího věku. Při zjišťování vztahů mezi věkem a jednotlivými položkami DSZS, byl zjištěn významný vztah ($r = -0,4062$) mezi věkem a zdravotním stavem. Z tohoto vztahu lze usuzovat, že čím je sestra starší, tím méně příznivě hodnotí svůj zdravotní stav. Toto zjištění koresponduje s teoretickými poznatky popsány v kapitole 5.1. Práce sestry na ARO je náročná, jak fyzicky tak psychicky. Sestra pracuje při dvanáctihodinových službách, s pacienty ohroženými na životě, pracovat musí velmi rychlým tempem, také většinu své pracovní doby chodí nebo stojí a ošetřuje pacienty (aplikace injekcí, infúzí, polohování apod.).

V rámci výzkumu byla také zjišťována celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence – A CPSF. Celkem 42 % sester uvedlo střední a 42 % vysokou pracovní spokojenost. Z uvedeného je zřejmé, že celkově jsou sestry na současných pracovištích a v současných kolektivech spokojené. Při výzkumu jsme zjistili významné vztahy mezi celkovou pracovní spokojeností a vnímáním negativních faktorů na pracovišti, jako je např. zvýšený hluk, malá pestrost prostředí, nečistota na oddělení, různé změny teploty. Zjistili jsme, že čím jsou sestry spokojenější, tím méně udávají negativních faktorů ($r = -0,2618$). Další významný vztah byl mezi celkovou pracovní spokojeností a zdravotním stavem ($r = 0,2008$). Tedy čím jsou sestry celkově spokojenější, tím více hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý či uspokojivý.

Dále byla zjištěna významná korelace ve vztahu celkové pracovní spokojenosti s adaptací na práci ($r=0,4661$). Lze říci, že čím se lépe sestry adaptovaly na svoji práci, tím se později cítily spokojenější.

Dalším významným faktorem působícím na spokojenost sester je faktor spojený s odměňováním, využitím kvalifikace a pracovního postupu, z čehož plyne: čím jsou sestry spokojenější s odměňováním, tím více jsou celkově spokojené (0,3201).

Dle Bártlové ve výzkumu „Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice“ sestry v naší republice vyjadřují se svou prací větší či menší mírou spokojenosti nebo se k ní vyjadřují neutrálně. Mezi nejdůležitější faktory, které přispívají k jejich spokojenosti v práci, patří dobré vztahy na pracovišti, různorodost práce a dobrá organizace práce. Jednoznačně nejvíce vyvolává u zdravotních sester jejich nespokojenost s prací špatné finanční ohodnocení. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti s prací uváděly sestry nedoceňování práce sester nadřízenými. A jako třetí nejčastější příčinou nespokojenosti je nedostatek ošetrovatelského personálu. I z našeho výzkumu vyplývá, že na vliv celkové pracovní spokojenosti má vliv jak prostředí, ve kterém sestra pracuje (různé negativní faktory), tak i odměňování a možnost využití kvalifikace.

Můžeme zde uvést i výsledky zahraniční studie „Job satisfaction as self-care within a restrictive regulatory environment: Nevada's study“ (Dunaway, Running, 2009), kde nejvíce spokojeni byli respondenti ohledně své autonomie (samostatnosti) a nejméně spokojeni v profesním růstu. Mzda a odměny byly v pozitivní korelaci s pracovní spokojeností. Z celkového počtu 315 sester velkou pracovní spokojenost uvedlo 13%, střední spokojenost 51%, málo spokojené 26%, málo nespokojené 8%, nespokojené 2%, velmi nespokojené 0%. Ve vzorku byli i muži, celkem 9,6%, zbytek ženy.

Na celkovou pracovní spokojenost navazuje hodnocení vlivu fyzikálních činitelů a postoje k nim. Minimální výskyt negativních faktorů na pracovišti uvedlo 21 sester, což je 25,93%. Střední výskyt uvedlo 60 sester, což je 74,07% a maximální výskyt negativních faktorů neuvedla žádná sestra (0%).

Další položka vyjadřovala, jak jsou sestry spokojené v pracovním kolektivu, jaký je vztah nadřízeného k podřízenému – C VZ. Vysokou i střední spokojenost uvedlo více než 40 % sester (střední – 46,91 %, vysoká - 44,44 %). Sestra, která je spokojená v pracovním kolektivu, se bude více angažovat v kvalitní ošetrovatelské péči a můžeme říci, že interpersonální vztahy a komunikace mají i vliv nepřímo na pacienty. Pracovní vztahy jsou

jedním z významných a důležitých aspektů atmosféry na pracovišti, a proto vyžadují mnohostranný přístup. Je proto důležité se touto tematikou dále zabývat.

Gardulf, A., Orton, M – L., Eriksson, L. E., et al. (2008) se ve svém výzkumu zabývali faktory, které jsou významné pro pracovní spokojenost sester ve Švédsku. Mezi výrazně pozitivně ovlivňující faktory sestry uvedly spokojenost s nadřízeným ve vztahu k podpoře výzkumu a vývoje v ošetrovatelství, možnosti rozvíjení vlastních schopností, kariérní příležitosti ve vlastní profesi a každoroční dialog pro hodnocení výkonu s přímým nadřízeným. Zjistilo se, že specifické faktory, spojené s vedením vrchní sestry, jsou důležité pro vytváření atraktivních pracovních míst pro sestry a pro celkovou pracovní spokojenost, která má následně vliv na pacienty.

V další části byly ženy dotazovány na zdravotní stav. Z celkového počtu dotázaných žen jich 20 uvedlo svůj stav jako výborný, což je 24, 69 %, dobrý zdravotní stav uvedlo 56, tj. 69,13% a problémový (v oblasti psychické či somatické) 5, tj. 6,17 %. Byl zjištěn významný vztah ($r = -0,2263$) mezi zdravotním stavem a mzdou. Z uvedeného můžeme usoudit, že čím má sestra vyšší mzdu, tím více hodnotí svůj zdravotní stav jako problematický (určité potíže v somatické nebo psychické oblasti) a to z důvodu počtu odpracovaných let ve zdravotnictví (nepravidelný biorytmus, strava, neuspořádaný rodinný život apod.). S tímto korespondují naše výsledky korelací mezi mzdou a věkem ($r = 0,6674$), mzdou a senioritou I ($r = 0,6589$), mzdou a senioritou II. ($r = 0,7812$). Pro každý organismus jsou kromě jiného velmi důležité biorytmy, které bývají v práci zdravotní sestry narušeny. Jako jeden z nejzávažnějších důsledků práce na směny jsou poruchy spánku, který je potřeba k tomu, aby byl jedinec v psychické i fyzické pohodě.

V následující položce sestry odpovídaly na postoje k jejich vlastní práci. Z celkového počtu dotázaných sester nebyla žádná sestra nespokojena, středně spokojených bylo 24, tj. 29,62 % a vysoce spokojených bylo 57, tj. 70,37 %. Ve výzkumu jsme zjišťovali také vztahy mezi spokojeností s vlastní prací a tzv. neurastenii (viz výše) a zjistili jsme že, čím jsou sestry spokojenější, tím menší mají pocity únavy a slabosti z vlastní práce ($r = -0,215$). Také byl zjištěn vztah mezi spokojeností s vlastní prací a dvěma psychickými stavy: psychickým nepokojem, rozladou ($r = -0,202$) a sklíčeností ($r = -0,208$), které se zvyšující se spokojeností sester ustupují.

Další položka obsahuje postoje vůči oddělení (k organizačním, společenským a technickým podmínkám práce) a celému zdravotnickému zařízení. Celkovou nízkou míru

zatížení uvedlo 20 sester, což je 24,70%. Střední míru zatížení 54, tj. 66,66 % a vysokou míru zatížení uvedlo 7 sester, což je 8,64 % z celkového počtu. Z výzkumu lze říci, že velmi výrazně spolu souvisí faktory práce s postoji k péči o pacienty H PP a F OST ($r = -0,4617$). Tedy že čím méně negativních pocitů v sestrách vyvolávaly okolnosti spojené s jejich prací, tím pozitivněji přistupovaly k péči o pacienty. Lze říci, že spokojenost a postoje sester velmi ovlivňuje ošetřování pacientů těžce nemocných, nevléčitelně nemocných, pacientů, kteří nejsou adaptovaní apod.

Dle Jobánkové a Kvapilové (2007) k nejčastěji uváděné situaci, která je zdrojem psychosociální zátěže, patří kontakt s umírajícím a následně s jeho rodinou. Sestry často nevědí, jak zvládat kontakt s pozůstalými, kteří mohou mít velkou bolest, která může přerůst do výčitek vůči zdravotníkům a třeba i k agresi. Také úzkostní a neadaptovaní pacienti mohou vyvolávat v sestrách pocity bezmoci. Je zřejmé, že je potřeba sestry průběžně školit a podporovat v supervizích, aby se naučily kritické situace zvládat vhodnými strategiemi.

V další části dotazníku G ODPO sestry hodnotily své postoje k odměňování, využití kvalifikace a možnosti dalšího funkčního postupu. Minimální spokojenost uvedlo 6, tj. 7,40 % sester, střední 70, tj. 86,42 % a vysokou spokojenost 5, tj. 6,17 % z celkového počtu sester.

Zjišťovali jsme, jaký je vztah mezi odměňováním, využitím svých schopností a zjistili, že čím je vyšší odměňování a možnosti využití svých schopností, tím méně jsou ženy impulzivní a dokážou se lépe kontrolovat bez výrazných psychických tenzí ($r = -0,3138$).

Také byl zjištěn vztah mezi položkou odměňování a stavy sklíčenosti ($r = -0,2377$). Lze říci, že čím jsou sestry více odměňovány, tím méně jsou sklíčené a nešťastné a jsou ve větší psychické pohodě a méně rozladěné a nepokojné ($r = -0,2158$).

V části H PP je řada položek vyjadřujících situace v práci zdravotní sestry, které u ní mohou vyvolat nechuť, nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým vyhnout. Celkovou minimální míru negativního ovlivnění uvedlo 14 sester, tj. 17,28 %, střední míru 66, tj. 81,48 % a maximální míru negativního ovlivnění uvedla 1 sestra, což je 1,23 % z celkového počtu.

Byla zjištěna významná korelace ve vztahu k působení negativních faktorů na pracovišti ($r=0,3080$) z čehož je zřejmé, že čím méně je negativních faktorů na pracovišti, tím pozitivnější je přístup sester k okolnostem vztahujícím se k péči o nemocné.

V části I APO byly otázky zaměřené na představy a očekávání od povolání zdravotní sestry z dob studia, jestli se shodují s realitou a adaptace v současném zaměstnání. Nepříznivou adaptaci uvedlo 13, tj. 16,04 % sester, neutrální 55, tj. 67, 90 % a příznivou adaptaci uvedlo 13, tj. 16, 04 % z celkového počtu sester. Jak je uvedeno výše, celková spokojenost sester úzce souvisí s dobrou a rychlou adaptací na práci. Také sestry lépe adaptované na práci prožívají méně negativních postojů k okolnostem péče o pacienty.

Co se týká proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu zkoumaného souboru sester v dotazníku SUPOS 7, můžeme uvést následující: celkovou strukturu psychického stavu zkoumaného souboru tvoří z 21% pocit pohody, 19% aktivita a činorodost, 10% impulzivita, 12% pocity nepokoje a rozlady, 13% úzkost a obavy, 14% deprese, 10% sklíčenost. U tohoto zkoumaného souboru se součet pozitivních komponent podílí na celkové struktuře psychického stavu v takové míře, jaká je uváděna v normě, stejně tak je tomu v součtu negativních komponent, jakkoliv jednotlivé komponenty vykazují oproti normě drobné odchylky.

Při výzkumu vztahů mezi celkovým psychickým stavem zkoumaného souboru sester a jednotlivými položkami dotazníku DSZS jsme zjistili, že na to, zda sestry vnímají pozitivně nebo negativně svůj psychický stav, má výraznější vliv:

- Celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence
- Výskyt negativních faktorů na pracovišti
- Spokojenost s vlastní prací
- Zdravotní stav výrazně zvyšující celkovou pohodu sester
- Organizační, společenské, technické, časové okolnosti práce
- Odměňování za práci a možnosti využití kvalifikace

V hypotéze č. 1. jsme předpokládali, že se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude výrazně vzrůstat psychická pohoda souboru. Korelace, která byla zjištěna, $r = 0,08182$ není statisticky významná. Je to vyhodnocení vztahu mezi RJSB (spokojenost s vlastní prací) a položky dotazníku Supos 7 - PE (psychická pohoda).

Nebyla tedy potvrzena hypotéza, že psychická pohoda sester roste úměrně s jejich spokojeností s vlastní prací. Jak se ukázalo, i když mohou být sestry se svou prací spokojeny, na jejich celkovou psychickou pohodu a příjemné naladění působí ostatní negativní faktory tak silně, že pocit spokojenosti s vlastní prací dokážou přehlušit.

Ve druhé hypotéze jsme zjišťovali, zda se vzrůstající spokojeností s vlastní prací budou výrazně klesat hodnoty sklíčenosti. Zkoumány zde byly vztahy mezi spokojeností s vlastní prací (RJSB) a položky dotazníku Supos 7 – S (sklíčenost). Byla zjištěna statisticky významná korelace, ($r = -0,208$). Hypotéza H_2 byla přijata.

Sklíčenost chápeme jako pasivní prožívání negativních důsledků psychické zátěže, které lze vyjádřit adjektivy smutný, osamělý, nešťastný, kdy jedinec obrací své napětí, tenzi, směrem k sobě. Dá se říci, že čím jsou sestry spokojenější s vlastní prací, tím jsou méně smutné, přecitlivělé, osamělé.

Ve třetí hypotéze jsme zjišťovali, zda se stoupající spokojeností s odměňováním bude výrazně klesat míra neuroticismu. Je to vyhodnocení vztahu mezi odměňováním ODPO (sedmá část dotazníku DSZS) a položky dotazníku Supos7 - N (neuroticismus, rozlada). Byla zjištěna korelace, $r = -0,2158$. Hypotéza H_3 byla přijata. Z uvedeného je zřejmé, že čím jsou sestry více odměňovány anebo lépe využívají své kvalifikace či schopností, tím více jsou spokojeny.

Ve čtvrté hypotéze jsme si kladli otázku, zda se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude výrazně klesat míra neurastenie souboru. Byla zde zjištěna korelace mezi RJSB a položky NEU (poslední část dotazníku Supos 7). Korelace, která byla zjištěna, $r = -0,2146$, vypovídá o významném vztahu mezi oběma položkami. Hypotéza H_4 byla tedy přijata. Významná korelace ($r = -0,2146$) mezi spokojeností s vlastní prací a neurastenií znamená, že čím jsou sestry spokojenější, tím menší mají pocity únavy a slabosti z vlastní práce.

V páté hypotéze jsme zkoumali, zda se zvyšující se kvalitou psychického stavu bude statisticky významně stoupat celková pracovní spokojenost. Je to vyhodnocení vztahu sumy Suposu a A CPSF. Byla zjištěna korelace, $r = -0,2950$. Hypotéza H_5 byla přijata.

Tato významná korelace (při 1 % hladině významnosti) znamená, že se zvyšující se kvalitou psychického stavu sester významně stoupá celková pracovní spokojenost (čím více jsou sestry v psychické pohodě, aktivní, činorodé, tím více jsou celkově pracovně spokojeny).

Hypotéza šestá zjišťovala, zda se snižující se kvalitou celkového psychického stavu budou statisticky významně stoupat negativní pocity spojené s ošetřováním nemocných. Byla zjištěna korelace, $r = 0,3016$, tedy významný vztah mezi sumou Suposu a H PP. Hypotéza H_6 byla přijata. Lze říci, že se snižující se kvalitou celkového psychického stavu

sester budou významně stoupat negativní pocity spojené s ošetřováním nemocných (čím více negativních faktorů na pracovišti, tím více jsou sestry v psychické nepohodě, rozladěné).

Spokojenost s prací, kterou člověk vykonává, může významně ovlivňovat i jeho životní spokojenost a celkový psychický stav. Stejně tak je tomu i u zdravotních sester. Zdravotní sestry v našem výzkumu uváděly střední nebo vysokou míru celkové pracovní spokojenosti, na níž mají významný vliv faktory jako mzda, spokojenost s vlastní prací (práce na směny, dojíždění do práce), negativní faktory (změny teploty, hluk apod.), dále organizační, společenské, technické okolnosti práce, odměňování za práci a možnosti využití kvalifikace i adaptace na práci při výkonu této náročné práce.

Z výše uvedeného je zřejmé, že všechny zde uvedené faktory mohou mít vliv na pracovní chování sester i jejich celkové prožívání ve vztahu k jejich profesi. Mohou pak následně mít vliv na jejich stabilizaci nebo fluktuaci, na jejich výkonnost, případný absentismus, nevhodné chování a pracovní angažovanost.

Většina sester má svou práci jako poslání a má ji ráda. I když nejsou podmínky v českém zdravotnictví úplně ideální, s přispěním ostatních zdravotníků mohou toto nelehké období překlenout.

11. ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce „Pracovní spokojenost a psychický stav zdravotních sester“ bylo zjistit vzájemné vztahy mezi pracovní spokojeností, jejími dílčími složkami a psychickým stavem sester. Výzkumu se zúčastnilo 81 sester pracujících v intenzivní medicíně ve věkovém rozmezí od 20 do 56 let. V souboru byly zastoupeny jak sestry svobodné, vdané, rozvedené i vdovy. Sestry bezdětné i s dětmi. Celkem 75% sester uvedlo, že na současném oddělení pracuje od 1 do 10 let, 21 % od 11 do 21 let. Z celkového počtu sester má střední platové ohodnocení (16 – 18 tisíc) 58 % sester.

U proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu zkoumaného souboru sester v dotazníku SUPOS 7 můžeme uvést následující: celkovou strukturu psychického stavu zkoumaného souboru tvoří z 21% pocit pohody, 19% aktivita a činorodost, 10% impulzivita, 12% pocity nepokoje a rozlady, 13% úzkost a obavy, 14% deprese, 10% sklíčenost. U tohoto zkoumaného souboru se součet pozitivních komponent podílí na celkové struktuře psychického stavu v takové míře, jaká je uváděna v normě, stejně tak je tomu v součtu negativních komponent, jakkoliv jednotlivé komponenty vykazují oproti normě drobné odchylky.

V uvedeném výzkumu jsme zjistili, že celková pracovní spokojenost zdravotních sester je poměrně vysoká (42 % střední, 42 % vysoká pracovní spokojenost). Byla zjištěna významná negativní korelace mezi věkem a zdravotním stavem. Starší sestry méně příznivě hodnotily svůj zdravotní stav. Dále jsme zjistili, že čím má sestra vyšší mzdu, tím hodnotí svůj zdravotní stav jako více problematický, buď v oblasti psychické, nebo somatické. Sestrám se zvyšuje mzda podle odpracovaných let ve zdravotnictví.

Při zjišťování vztahů mezi celkovou pracovní spokojeností a dílčími složkami DSZS jsme zjistili, že spokojenější jsou sestry, které udávaly méně negativních faktorů vyskytujících se na pracovišti. Dalším významným vztahem byl vztah mezi celkovou pracovní spokojeností a zdravotním stavem, kdy spokojenější byly ty sestry, které uváděly svůj zdravotní stav jako dobrý či uspokojivý. Také čím byly sestry spokojenější s odměňováním a možnostmi pracovního postupu, tím více byly celkově spokojené. Pozitivní korelace byla zjištěna i mezi adaptací na práci a celkovou spokojeností.

Zjišťovali jsme také koreláty spokojenosti s okolnostmi práce a z výsledků vyplývá, že čím jsou sestry spokojenější s aspekty náplně své práce, vnímají pak méně negativních faktorů na pracovišti.

Dále z výzkumu vyplývá, že čím méně sestry pociťují negativní ovlivnění faktorů své práce a zaujímají pozitivnější postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení, tím jsou spokojenější s vlastní prací. Velmi výrazně spolu souvisí faktory práce s postoji k péči o pacienty. Čím méně negativních pocitů v sestrách vyvolávaly okolnosti spojené s jejich prací, tím pozitivněji přistupovaly k péči o pacienty.

V následujícím šetření byla zjištěna korelace s postoji k okolnostem ošetřování nemocných ve vztahu k působení negativních faktorů na pracovišti, tzn., že čím méně negativních faktorů na pracovišti, tím pozitivnější přístup sester k okolnostem vztahujícím se k péči o nemocné.

Další významná souvislost je s adaptací na práci a očekáváním, kdy sestry lépe adaptované na práci prožívají méně negativních postojů k okolnostem péče o pacienty.

Významná korelace byla také mezi spokojeností s vlastní prací a neurastením, z čehož můžeme usuzovat, že čím jsou sestry spokojenější, tím menší mají pocity únavy a slabosti z vlastní práce.

Další významné vztahy mezi spokojeností s vlastní prací byly zjištěny s položkami Suposu 7, a to s psychickým neklidem, rozladou a sklíčeností, které se zvyšující se spokojeností sester ustupují.

Dále jsme zjistili, že čím vyšší je odměňování (či lepší využití kvalifikace a schopností), tím méně je žena impulzivní, dokáže se lépe kontrolovat, je méně náladová, bez výrazných psychických tenzí.

Odměňování za práci a využívání kvalifikace a schopností statisticky významně souvisí se stavem sklíčenosti. To znamená, že čím více jsou sestry odměňovány, tím méně jsou sklíčené a nešťastné. Jsou ve větší psychické pohodě, mají pocity příjemného naladění, které jsou provázeny pozitivními prožitky.

Další významnější korelace je mezi odměňováním a rozladou. Čím jsou sestry více odměňovány anebo lépe využívají své kvalifikace či schopností, tím více jsou spokojeny.

Při výzkumu vztahů mezi celkovým psychickým stavem zkoumaného souboru sester a jednotlivými položkami dotazníku DSZS jsme zjistili, že na to, zda sestry vnímají pozitivně nebo negativně svůj psychický stav, má výraznější vliv:

- Celková pracovní spokojenost a flukтуаční tendence
- Výskyt negativních faktorů na pracovišti
- Spokojenost s vlastní prací
- Zdravotní stav výrazně zvyšující celkovou pohodu sester
- Organizační, společenské, technické, časové okolnosti práce
- Odměňování za práci a možnosti využití kvalifikace

V naší výzkumné práci jsme měli celkem šest hypotéz. U první hypotézy jsme předpokládali, že se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně vzrůstat psychická pohoda souboru. Hypotéza nebyla potvrzena.

U druhé hypotézy jsme předpokládali, že se vzrůstající spokojeností s vlastní prací budou statisticky významně klesat hodnoty sklíčenosti. Hypotéza byla přijata.

Třetí hypotéza zkoumala statisticky významný vztah mezi spokojeností s odměňováním a mírou neuroticismu, rozlady, tzn., že se stoupající spokojeností s odměňováním, bude statisticky významně klesat míra neuroticismu u zkoumaného souboru sester. Hypotéza byla potvrzena.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že se vzrůstající spokojeností s vlastní prací bude statisticky významně klesat neurastenie u sester. Hypotéza byla přijata.

Pátá hypotéza se zabývala vztahem mezi celkovou pracovní spokojeností a kvalitou psychického stavu. Zjistili jsme, že se zvyšující se kvalitou psychického stavu statisticky významně stoupá celková pracovní spokojenost. Hypotéza byla přijata.

U šesté hypotézy jsme předpokládali, že se snižující se kvalitou celkového psychického stavu sester budou statisticky významně stoupat negativní pocity spojené s ošetřováním nemocných. Hypotéza byla přijata.

11.1. Praktické náměty k uplatnění výsledků

Na základě získaných poznatků z výzkumu doporučujeme následující:

1. Supervize

Pravidelné supervize, kde by sestry mohly ventilovat svoje pocity a řešit problémy vztahující se k jejich práci. Supervize by se měly konat v pravidelných intervalech (cca 1 x měsíčně). Sestrám by mělo být také umožněno řešit svoje problémy individuální supervizí po domluvě s přímým nadřízeným (staniční nebo vrchní sestra).

2. Stresový management

V oblasti vzdělávání by bylo vhodné zaměřit se na efektivní zvládnání psychické zátěže formou školení, popřípadě besed o psychohygieně. Tyto aktivity by měly probíhat v rámci zdravotnického zařízení, kde je sestra zaměstnána. Jenom tak je možné vztáhnout konkrétní témata školení na praktický život sester na daném pracovišti a vyhnout se tak všeobecným poučkám, které pro sestru nemají přínos.

3. Zahraniční stáže

Absolvování zahraničních stáží by pro sestry mělo dvojí význam: vyslání sestry by bylo jednak významné jako nefinanční ohodnocení dobré práce sestry, tudíž by to pro každou sestru byl významný motivační faktor, zároveň by si při těchto stážích sestry doplnily a rozšířily vzdělání a získaly nové zkušenosti z práce v zahraničí.

4. Finanční ohodnocení

Jakkoliv je tato otázka v tuto dobu velmi složitě řešitelná, doporučujeme změnit paušální odměňování sester dle jednoho kritéria (odpracovaná léta), na odměňování, které by bylo závislé na vícero hodnotících parametrech (vzdělání, ochota se učit novým věcem, vztah k pacientům apod.).

5. Hodnotící pohovory

V rámci těchto pohovorů, které by měly probíhat minimálně 1 x ročně, by sestry prodiskutovaly se svým přímým nadřízeným veškeré aspekty jejich práce za uplynulý rok a zároveň by si obě strany stanovily cíle, kterých by mělo být dosaženo v roce následujícím (zlepšení větrání na pracovišti, zkvalitnění péče o pacienty apod.).

Tyto pohovory by přitom probíhaly obousměrně, tzn., že během těchto pohovorů by si jak sestra tak i její přímý nadřízený navzájem poskytli zpětnou vazbu týkající se jejich spolupráce.

12. SOUHRN

Hlavním cílem práce bylo zjistit vztahy mezi pracovní spokojeností, jejími dílčími složkami a psychickým stavem zdravotních sester. Zjišťovali jsme, jaké faktory mohou ovlivnit jejich postoje k práci, pracovní spokojenost a celkový psychický stav.

V teoretické části se zabýváme současnými sociálními a psychologickými problémy sester. Jsou zde nastíněny otázky zdravotní péče, popisujeme také obecnou charakteristiku profese, definice typů sester dle úrovně vzdělání (typ A, B, C), rizikové faktory a okolnosti, které mají významný vliv na jejich spokojenost či nespokojenost. Na pracovní chování má vliv i individuální osobnost sestry, její kognitivní schopnosti i emocionální inteligence.

Ve druhé kapitole pojednáváme o motivaci a jejím základním pojetí. Zabýváme se otázkou: „Proč něco děláme, z jakého důvodu jsme přitahováni k nějakému druhu práce a proč nás některá naopak odrazuje“?

Motivace obecně se dá definovat jako stav napětí, jehož cílem je dovršující reakce na motivační podnět. Síla motivace pak přímo určuje zaměření reakce, dobu jejího trvání samozřejmě také i její intenzitu. Dá se konstatovat, že právě motivační faktory, jakkoliv mohou být a také jsou, subjektivně hodnoceny, hrají rozhodující úlohu při rozhodování jedince, jaké činnosti se bude věnovat a s jakým úsilím tak učiní.

Jak uvádí Grohar – Murray (2003, s. 199): „Motivace je fenomén vlastní každému jedinci, ale může být ovlivněna různými okolnostmi, včetně vlivu ostatních lidí a celkovými podmínkami v prostředí“.

V navazujících podkapitolách pojednáváme o teoriích pracovní motivace, které v podstatě zobecňují důvod a způsob našeho chování. Zmiňujeme se jak o teoriích „zdravého rozumu“ (vzájemně si odporující představy o motivaci), tak o teoriích potřeb, motivace řízení, expektační teorie, teorie spravedlnosti a stanovení cílů. Mezi významné motivační faktory patří též mzda, která je jistě využívána v mnoha pokusech, jak zvýšit motivaci pracovníků.

V důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka začaly sestry v klinické praxi prosazovat holistický – celostní přístup k člověku. Každá sestra chápe důležitost všech čtyř dimenzí člověka - fyzické, psychické, sociální a duchovní – i nutnost integrovat tyto dimenze do ošetrovatelské praxe.

Naslouchání, empatie, pokora a oddanost pacientům jsou klíčovými složkami terapeutického využití vlastní osobnosti sestry.

Následující kapitola se zabývá pracovními postoji a spokojeností sester. Je jen málo povolání, které prodělalo v relativně krátké době takové změny jako profese sestry. Přejít od charitativní péče, která byla určena k poskytnutí útulku a nezákladnější péči pro „člověka z chudiny“, přes složitý vývoj, až k současnému modernímu ošetrovatelství.

Postoje jsou nejčastěji charakterizovány jako relativně stálé psychické soustavy, které vyjadřují vztah člověka k světu a jeho jednotlivým složkám (Štikar et al. 2003). Jsou to hodnotící vztahy k lidem, předmětům, jevům a událostem, které se nacházejí v okolí člověka. Výraznými znaky postojů je polarita, která je vyjádřena dimenzí krajně pozitivního – krajně negativního postoje, a subjektivní významnost, podle níž se rozlišují postoje centrální a periferní.

Významnou součástí systémů postojů jedince jsou také jeho postoje, které se vztahují k práci a k jejím podmínkám. Jestliže chceme studovat pracovní chování, měli bychom znát význam a funkce pracovních postojů a jejich vztahy především k pracovní motivaci (postoj se projevuje v obsahu chování, které je aktivované motivem) a k pracovní spokojenosti.

Pracovní spokojenost obsahově vyjadřuje spokojenost, která se váže především na pracovní činnost, vyjadřuje míru spokojenosti vzhledem k pracovnímu působení. Pracovní spokojenost můžeme různě vysvětlovat, hlavně ve smyslu jednotlivé (dílčí) a celkové pracovní spokojenosti. Navazující kapitolou jsou prediktory ovlivňující pracovní chování, kam řadíme: stabilizaci – fluktuaci, produktivitu (výkonnost), přítomnost v práci – absentismus, nehodové chování a pracovní angažovanost.

Dále se zabýváme rolí sestry v systému našeho zdravotnictví. Role sestry prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí dílčích „rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role sestry odehrává. U zdravotních sester se často hovoří o syndromu vyhoření. Řada studií na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích (ARO, JIP) dochází k názoru, že v této oblasti dochází nejvíce k psychické zátěži.

Zabýváme se také otázkou problematiky postavení sester v multidisciplinárním týmu. To jaká je komunikace a interpersonální vztahy mezi zdravotníky, ovlivňuje jednak pracovní spokojenost (nespokojenost) a následně pracovní výkon.

V důsledku probíhajících změn ve zdravotnictví dochází ke změnám společenského postavení všeobecných sester a lékařů. Lékaři ztrácí část svého výsadního postavení, sestry si stále více získávají vyšší vzdělání, kompetence a zvyšují si tak postavení v systému zdravotní péče. Dá se říci, že mezi převážnou většinou lékařů a sester funguje dobrá spolupráce.

Významným bodem, kterým se zabýváme v práci, je i vztah sestra – pacient. Chování a jednání zdravotních sester by mělo být vymezeno určitými pravidly. K povinnostem sestry vůči pacientům obecně patří upřednostňovat zájmy pacientů před svými vlastními, respektovat důstojnost a soukromí pacientů, udržovat profesionální schopnosti a dovednosti a vykonávat takové činnosti, které zajišťují a zachovávají kvalitní péči o pacienty.

Dále v této práci věnujeme pozornost vzdělávání sester, které je nyní rozděleno do třech úrovní- primární, sekundární a terciální.

Mezi významné činitele, které mohou působit na sestru během výkonu povolání, patří práce na směny včetně víkendů a svátků, riziko vzniku alergií, infekce, pracovní přetížení, nepravidelné stravování a nepravidelné čerpání pracovních přestávek.

V předposlední kapitole teoretické části se zmiňujeme o psychohygieně zdravotní sestry a faktorech, které ovlivňují její pohodu. Má-li sestra dobře pracovat, starat se svědomitě o pacienty a být také sociální oporou, potom i ona musí být sama v psychické pohodě. Patří sem péče o vlastní psychický, ale i tělesný život.

Zmiňujeme se zde samozřejmě také o syndromu vyhoření (burnout) a možnostmi jeho prevence. Nejen sestra samotná může pro svou psychickou pohodu udělat mnoho, ale i například organizace, v níž sestra pracuje (podpora, semináře, výcviky, supervize). Supervize je jedno z možných řešení, které by dokázalo sestry i ostatní pracovníky stimulovat a dávat jim současně možnost náhledu na jejich jednání s pacientem.

Jelikož je zdravotnická profese velmi náročná a o stresové situace není nouze, věnovali jsme se také etice a jejím základním principům. Sestra by si měla uvědomit, že je etické přijímat kompromis a možná řešení. Proto je nutné vzdělávání v oblasti etického – zdravotnického vědomí.

Ve výzkumné části jsme nastínili základní teoretické problémy práce zdravotní sestry a na základě nastudované literatury, odborných periodik a internetových zdrojů jsme stanovili šest hypotéz.

Byly předkládány dva dotazníky. Nestandardizovaný dotazník pracovní spokojenosti zdravotních sester (Vtípil, 1999) a dotazník subjektivně posuzovacích škál SUPOS 7 (Mikšík, 1993).

Získaná data byla statisticky zpracována. K popisu souboru jsme použili absolutní a relativní četnosti a vztahy jednotlivých veličin jsme hodnotili Pearsonovým korelačním koeficientem. Získané hodnoty jsme vypočítali v programu EXCEL 2007.

Pro tuto práci jsme získali data od 81 sester z Fakultní nemocnice v Praze, které pracují na klinice anesteziologie a resuscitace. Věkové rozpětí dotázaných sester bylo od 20 do 56 let. V souboru byly zastoupeny jak sestry svobodné, vdané, rozvedené i vdovy. V uvedeném výzkumu jsme zjistili, že celková pracovní spokojenost je poměrně vysoká.

Co se týká proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu zkoumaného souboru sester v dotazníku SUPOS 7, zjistili jsme následující: celkovou strukturu psychického stavu zkoumaného souboru tvoří z 21% pocit pohody, 19% aktivita a činorodost, 10% impulzivita, 12% pocity nepokoje a rozlady, 13% úzkost a obavy, 14% deprese, 10% sklíčenost. U tohoto zkoumaného souboru se součet pozitivních komponent podílí na celkové struktuře psychického stavu v takové míře, jaká je uváděna v normě, stejně tak je tomu v součtu negativních komponent, jakkoliv jednotlivé komponenty vykazují oproti normě drobné odchylky.

V uvedeném výzkumu jsme zjistili, že celková pracovní spokojenost zdravotních sester je poměrně vysoká (42 % střední, 42 % vysoká pracovní spokojenost).

Při výzkumu vztahů mezi celkovým psychickým stavem zkoumaného souboru sester a jednotlivými položkami dotazníku DSZS jsme zjistili, že na to, zda sestry vnímají pozitivně nebo negativně svůj psychický stav, má výraznější vliv: celková pracovní spokojenost a fluktuální tendence, výskyt negativních faktorů na pracovišti, spokojenost s vlastní prací, zdravotní stav výrazně zvyšující celkovou pohodu sester, organizační, společenské, technické, časové okolnosti práce, odměňování za práci a možnosti využití kvalifikace.

Starší sestry méně příznivě hodnotily svůj zdravotní stav (náročná 12 ti hodinová služba), s tímto korespondují výsledky hodnocení zdravotního stavu a mzdy - sestry s vyšší mzdou hodnotily zdravotní stav jako více problematický, významný vztah také mezi mzdou a věkem, a mzdou a senioritou (mzda se zvyšuje s věkem a počtem odpracovaných let ve zdravotnictví).

Zjistili jsme, že sestry, které se lépe adaptovaly na práci, se cítily později celkově spokojenější a prožívaly méně negativních postojů k okolnostem péče o pacienty (74 % sester uvedlo střední výskyt negativních faktorů na svém pracovišti).

S interpersonálními vztahy na pracovišti uváděly sestry střední (47%) a vysokou (44%) míru spokojenosti. Při hodnocení postojů k vlastní práci bylo středně spokojeno 30 % a vysoce spokojeno 70 % sester. Pozitivní postoje k vlastní práci (spokojenost) snižují pocity únavy, slabosti, rozlady a sklíčenosti. Velmi výrazně spolu souvisí faktory práce s postoji k péči o pacienty. Spokojenost a postoje sester velmi ovlivňuje ošetřování pacientů těžce nemocných, nevléčitelně nemocných a neadaptovaných pacientů. Bylo zjištěno, že čím méně negativních faktorů na pracovišti, tím pozitivnější přístup sester k okolnostem vztahujícím se k péči o nemocné.

V naší výzkumné práci jsme měli celkem šest hypotéz, přičemž jedna nebyla přijata a pět jich bylo potvrzeno.

Výsledky, které jsme ve výzkumu zjistili, korespondují s výsledky výzkumů uvedených v naší práci a odpovídají současným podmínkám ve zdravotnictví – ošetřovatelství.

V dalším výzkumu bychom se mohli například více zaměřit na výskyt negativních faktorů na pracovišti a na ovlivnění psychického stavu sester při ošetřování vážně nemocných pacientů a zjišťovat, jaké copingové strategie využívají sestry při zvládnutí zátěžových situací.

13. SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZÁZNAMŮ

Adair, J. (2004). *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing.

...

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

...

Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.

...

Bártlová, S. (2005). *Sociologické aspekty vzdělávání sester*. *Sestra*, č. 11, 16 -17.

...

Bártlová, S. (2006). *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. *Zdravotnictví v České republice*, 4, 166- 169.

...

Bártlová, S. (2006). *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*. *Zdravotnictví v České republice*, 3, 126 – 128.

...

Bártlová, S. (2006). *Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace*. *Zdravotnictví v České republice*, 9, 102 – 103.

...

Bártlová, S. (2007). *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu*. *Kontakt*. 2, 254 – 259.

...

Bártlová, S. (2007). *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice*. *Sestra*, 3, 14- 18.

...

Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO.

...

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

...

Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

...

Bláha, K., Staňková, M., Vondráček, L. (2003). *Sestra a pacient*. *České ošetrovatelství* 13. Brno: NCONZO.

...

Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. (2001). *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, vydavatelství.

Čechová, V., Rozsypalová, M. (1996). *Obecná psychologie*. Brno: PZ.

...

Dunaway, L., Running, A. (2009). *Job satisfaction as self-care within a restrictive regulatory environment: Nevada's study*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 10, 557 – 564.

...

Gardulf, A., Orton, M – L., Eriksson, L. E., et al. (2008). *Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 2, 151-160.

...

Grohar – Murray, M. E., DiCroce, H. R. (2003). *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada.

...

Haškovcová, H. (2000). *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. České ošetrovatelství 5. Brno: NCO NZO.

...

Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

...

Heřmanová, B. (2006). *Možnosti supervize ve zdravotnických organizacích*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 6, 267 – 269.

...

Heffernanová, J. (2008). *Tajemství dvou partnerů*. Praha: Argo.

...

Ježek, M. (2007). *Jak se žije sestram na ARO*. *Zdravotnické noviny*, 24, 13 – 15.

...

Jičínská, K. (2008). *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*. *Sestra*, 2, 15 – 16.

...

Jobánková, M, Kvapilová, J. (2007). *Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi*. *Sestra*, 7 – 8, 18 – 19.

...

Jurásková, D. (2007). *Co pálí české sestry*. *Florence*, 12, 485 – 486.

...

Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.

...

Kollárik, T. (1986). *Spokojenosť v práci*. Bratislava: Práca, vydavateľstvo a nakladateľstvo ROH.

- Křivohlavý, J., Pečenková, J. (2005). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- ...
- Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- ...
- Mikšík, O. (1993). *SUPOS 7 - Dotazník subjektivně posuzovacích škál*. Praha: Heuréka Progress s.r.o.
- ...
- Novotná, E. (2008). *Sociologie organizace*. Praha: Grada.
- ...
- Mastiliaková, D. (1999). *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- ...
- Matoušek, O. (1997). *Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě*. Praha: Portál.
- ...
- Merhautová, I. (2009). *Souboj o poplatky ve zdravotnictví pokračuje*. *Sestra*, 2, 9.
- ...
- Miovský, M. (2005). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Olomouc: FF UP – SDV.
- ...
- Nakonečný, M. (2005): *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada.
- ...
- Plamínek, J. (2008). *Vedení lidí, týmu a firem*. Praha: Grada.
- ...
- Reiterová, E. (2004). *Statistické metody*. Studijní texty pro distanční studium. Olomouc: FF UP.
- ...
- Rozsypalová, M., Haladová, E. (1981). *O sestřích pro sestry*. Příručka pro střední zdravotnické pracovníky. Praha: Avicenum.
- ...
- Snopková, I. (2007). *Burnout syndrom čili syndrom vyhoření*. *Sestra*, 7- 8, 37 – 38.
- ...
- Staňková, M. (2002). *Sestra – reprezentant profese*. České ošetrovatelství 11. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- ...
- Šamánková, M. et al. (2006). *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum.
- ...
- Škrla, P., Škrlová, M. (2003). *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion

Špatenková, N., Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén.

...

Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.

...

Vévoda, J., Ivanová, K., Horváth, M. (2005). *Pracovní motivace zdravotních sester. Zdravotnictví v České republice*, 1, 24- 28.

...

Vtípil, Z. (1999). *DSZS – Dotazník spokojenosti zdravotních sester*. Olomouc: FF UP Katedra psychologie.

Vtípil, Z. (2005). *Sociální psychologie práce (Pracovní motivace)*. Studijní text pro kombinované studium. Olomouc: FF UP Katedra psychologie.

...

Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

...

Zacharová, E., Šimíčková – Čížková, J. (2007). *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita - Zdravotně sociální fakulta.

Elektronické zdroje

Etický kodex (2000). [online]. Dostupný z WWW: <http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>.

...

FN Plzeň [online]. *Koncepce ošetrovatelské péče*. [cit. 2009-10-25]. Dostupné z WWW: <http://www.fnplzen.cz/menu_5.asp>

...

Středisko empirických výzkumů- Stem/Mark [online]. České noviny. [cit. 2008-02-18]. Dostupné z WWW: <http://www.ceskenoviny.cz/domov/index_view.php?id=293996 .

...

Zákon č.96/2004 Sb. [online]. Věstník MZ.

Dostupné z WWW: <http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2004/Vestnik_MZ_castka_92004.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

- 1.** Abstrakt v českém jazyce
- 2.** Abstrakt v anglickém jazyce
- 3.** Okopírované zadání magisterské diplomové práce
- 4.** Zadávané vzorové dotazníky
- 5.** Výchozí data zkoumaného souboru
- 6.** Vybrané koreláty