

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

Problematika fluktuace sester  
Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Bubníková Helena

2008

Autor práce:  
Pavlíková Lenka

## Abstract

High turnover of nurses is a hot topic in the Czech Republic. There is a shortage of general nurses in health care facilities. This research is engaged on the reason why nurses are discontented and give up their jobs in health care services.

The aim of this paper is to find out the reason for the high turnover of nurses. I used a quantitative research by means of a questionnaire survey to fulfil this aim. The questionnaire contained 35 question, 26 of which were closed and 9 of which were semi-open. 134 respondents participated in this questionnaire survey. The data were processed by descriptive statistics by means of charts.

It follows from the data analysis that nurses turnover is influenced by continuous operation. Wide offer of jobs on the job market, too, affects the high turnover of nurses. Moreover, managers of health care facilities do not take appropriate measures to prevent the staff fluctuation.

It results from the research that it is necessary to keep paying attention to this matter. We have mapped out several spheres in our research which are, according to our opinions, narrowly associated with this theme. Our research is based on the theoretic part of this paper. The present paper contributes to mapping out the situation in health care facilities from the point of view of general nurses, leading to increased turnover and lack of staff. The research also shows that there will be sufficient number of nurses if hospital managements are more interested in what their nurses are concerned about and why they cannot exercise their profession and help them out to the highest possible extent.

This paper can serve as a matter of consideration for nurses themselves, ward sisters, staff nurses, managements of health care facilities, as well as students of nursing.

## Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2008

.....

Velice děkuji své vedoucí práce Mgr. Heleně Bubníkové za laskavý přístup,  
odborné vedení a věnovaný čas při zpracovávání bakalářské práce.

**Motto:**

**„Žádný člověk není druhému člověku úplně a trvale cizí. Člověk patří člověku. Mezi lidmi je mnoho chladu, neboť se neodvažujeme chovat tak srdečně, jací jsme. Etika úcty k životu žádá, abychom vždy nějak a něčím byli- lidmi pro lidi. Otevřete oči a hledejte, kde nějaký člověk potřebuje trochu času, trochu přátelství, trochu účasti, trochu společnosti. Každý z nás, ať je jeho postavení či povolání jakékoli, musí bez ustání pamatovat na to, aby ve svém chování osvědčil skutečné lidství“ ( 25 ).**

**Albert Schweitzer**

## Obsah

<b>1. Současný stav</b> .....	5
<b>1.1 Moderní ošetrovatelství</b> .....	5
1.1.1 Definice ošetrovatelství.....	5
1.1.2 Hlavní cíle ošetrovatelství.....	6
<b>1.2 Historie ošetrovatelství</b> .....	6
1.2.1 Historický vývoj role sestry.....	7
1.2.2 Historie českého ošetrovatelství.....	8
1.2.3 Historie vzdělávání sester.....	9
1.2.4 Vzdělávání sester v moderním ošetrovatelství.....	10
1.2.5 Způsobilost k výkonu povolání sestry.....	11
<b>1.3 Profese sestry</b> .....	11
1.3.1 Základní role sestry v moderním ošetrovatelství.....	12
1.3.2 Sestra jako profesionální odborník v ošetrovatelství.....	13
1.3.3 Etické principy sestry.....	13
<b>1.4 Obecná charakteristika fluktuace</b> .....	14
1.4.1 Problematika fluktuace zaměstnanců.....	15
1.4.2 Jaké jsou dopady fluktuace.....	16
1.4.3 Faktory, které se nejčastěji podílí na zvýšené míře fluktuace.....	17
1.4.3.1 Odměna za práci.....	17
1.4.3.2 Ztráta motivace, únava a pocit vyhoření.....	17
1.4.3.3 Vztahy na pracovišti.....	18

1.4.3.4	Možnosti růstu, zvýšení participace pracovníků na rozhodování.....	19
1.4.3.5	Neefektivní supervize ve zdravotnických zařízení.....	19
1.4.4	Problematika fluktuace ve zdravotnictví.....	20
<b>1.5</b>	<b>Motivace obecně.....</b>	<b>20</b>
1.5.1	Motivace k výkonu profese sestry.....	21
<b>1.6</b>	<b>Management zdravotnických zařízení.....</b>	<b>22</b>
1.6.1	Ošetrovatelský management po linii ošetrovatelské péče.....	23
1.6.2	Nedostatky v organizaci práce.....	23
1.6.3	Nemoci z povolání ve zdravotnictví.....	23
1.6.4	Nedostatek pomůcek ulehčující práci sester, nedostatek personálu.....	24
<b>1.7</b>	<b>Burn-out syndrom.....</b>	<b>25</b>
<b>1.8</b>	<b>Pracovní mobilita.....</b>	<b>27</b>
1.8.1	O sestry je v cizině zájem.....	28
<b>1.9</b>	<b>Mnichovská deklarace.....</b>	<b>29</b>
<b>2.</b>	<b>Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>31</b>
2.1	Cíle.....	31
2.2	Hypotézy.....	31
<b>3.</b>	<b>Metodika.....</b>	<b>32</b>
3.1	Metoda výzkumu.....	33
3.2	Charakteristika souboru.....	33
<b>4.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>35</b>
4.1	Popisná statistika pomocí grafů.....	35
<b>5.</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>53</b>

<b>6. Závěr</b> .....	60
<b>7. Seznam literatury</b> .....	62
<b>8. Klíčová slova</b> .....	67
<b>9. Přílohy</b> .....	67



## Úvod

Profese sestry prochází v poslední době řadou změn, spolu s celým oborem ošetrovatelství, díky vývoji ve vědě a medicíně, společenským změnám, hlubšímu propracování teorie ošetrovatelství, intenzivnímu výzkumu v mnoha oblastech i úpravě legislativy.

Ošetrovatelské povolání je velmi náročné a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Celosvětově je převážně záležitostí žen. U ženy totiž existuje velmi úzké propojení mezi myšlenkou, citem a smyslovým životem. Nejsou to jen občanské ctnosti, které oslovují a inspirují ošetrovatelky, zdravotní sestry, ale také široká škála ctností profesních.

Spolu se změnami v profesi sester by mělo docházet ke změně náhledu společnosti na pozici a úlohu sester, zvyšování společenské prestiže a hodnocení, a také ke změně pohledu sester na sebe samé. S flexibilním přijímáním nových věcí souvisí uvědomování si věcí stávajících. V rámci změn v profesi sestry by mělo docházet k posílení sebevědomí a sebedůvěry, uvědomění si významu vzdělávání a výzkumu, zkvalitňování systému ošetrovatelské péče.

Sestra patří do profesí pomáhajících, a proto jsou kladeny vyšší nároky na její profesionalitu a osobnost. Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi bývá velmi podobná – pomáhat druhým lidem. Vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonovým a emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným, pomáhající více vydává, než dostává.

Zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Tyto situace kladou na sestry vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěže v podobě chronických stresů, tlaku na neustálé vzdělávání a očekává vysokou nasazenost.

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě zkušeností z problémy, souvisejícími s rolemi, které sestry zastávají ( konflikt rolí ), nedostatečná organizace práce, potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností na pracovišti.

Často se sestry setkávají s nejasnou profesní perspektivou, nejasným kariérním řádem, nevyužitím kvalifikace. Od sester se vyžaduje průběžné vzdělávání, je od nich očekávána adaptace na nové metody, materiály, nové postupy, musí pružně a tvořivě plnit celou řadu různorodých úkolů a často nemají dostatečnou možnost řídit vlastní práci. Tyto problémy často vedou ke zvýšené fluktuaci sester a jejich nedostatku na některých pracovištích. Myslím si, že sestra by si měla být vědoma své hodnoty a svých funkcí. Měl by jí být dán prostor pro rozvoj a růst jejích schopností formou vhodného způsobu vzdělávání, pozitivní motivace a umožnění autentické seberealizace.

# 1. Současný stav

## 1.1 Moderní ošetrovatelství

Ošetrovatelství si vytvořilo v posledních letech svou nezastupitelnou pozici v péči o zdraví člověka. Náplň ošetrovatelství tvoří individualizovaná ošetrovatelská péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování ošetrovatelských potřeb nemocného člověka a samostatná práce sester v terénní péči zaměřená nejen na domácí, ale především na preventivní práci. Tato mnohem náročnější práce, v níž má sestra vysoké kompetence a pracuje výrazně samostatněji, si vyžaduje mnohem náročnější přípravu sester. Z tohoto důvodu se posouvá jejich kvalifikační studium ve všech zemích na vyšší a vysoké školy. Pokroková ošetrovatelská péče je poskytována týmově. Tým je tvořen z několika různě kvalifikovaných kategorií ošetrovatelských pracovníků, kteří mají jednoznačně vymezené kompetence (8, 26).

### 1.1.1 Definice ošetrovatelství

Ošetrovatelství má svou vlastní vědeckou základnu a vlastní samostatnou koncepci, jejímž hlavním cílem je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním. Sestra při dosahování tohoto cíle úzce spolupracuje s dalšími kategoriemi zdravotnických a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví, především s fyzioterapeuty a ergoterapeuty, sociálními pracovníky, dietními sestrami (24,7).

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako“ **Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu,** ( 28, strana 15 ).

### ***1.1.2 Hlavní cíle ošetřovatelství***

Mezi hlavní cíle českého ošetřovatelství patří, pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekonomickým prostředím. Podpořit jejich pozitivní zdraví, pomoci vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je poučen a ochoten o své zdraví pečovat. Snažit se maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama, identifikovat, co je člověk schopen pro sebe udělat. Provádět prevenci onemocnění, spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře, snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka. Nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených, lidí s nevléčitelným onemocněním. Mírnit utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajistit klidné umírání a smrt ( 7, 24, 26 ).

### **1.2 Historie ošetřovatelství**

Prvopočátky ošetřovatelství se prvotně formovaly na půdě charitativních institucí, středověkých hospitálů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré. Jednalo se o charitativní (dobročinnou) činnost, stojící výlučně na náboženském základě, prováděnou převážně církevními řády. Samotný charakter péče v hospitálech nevyžadoval odbornou přípravu personálu ( 25,14 ).

Od první poloviny 19. století se začaly hospitály diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince, sirotčince. Ale v těchto institucích neprobíhalo i nadále léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvá jak těžiště lékařské činnosti, tak i medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka

schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných ( 14, 25 ).

Významné místo v rozvoji ošetřovatelství měla Florence Nightingal, anglická ošetřovatelka, která založila v Londýně v roce 1860 první ošetřovatelskou školu. Nightingal se snažila prosazovat ošetřovatelství jako autonomní povolání, spíše spojené s lékařským povoláním, než mu podřízené. Zdůrazňovala nutnost aktivních přístupů k nemocnému a k jeho prostředí, kladla důraz na dosažení vysoké úrovně ošetřovatelského personálu (14,16 ).

### ***1.2.1 Historický vývoj role sestry***

K pochopení vývoje role sestry je potřebné připomenout dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že nemocnice té doby byly určeny jen pro chudinu, zatímco majetné vrstvy dávaly přednost stonání v rodině. To platilo jednoznačně do první světové války. Teprve po druhé světové válce se staly nemocnice místem nejkvalitější lékařské pomoci. Druhá skutečnost spočívá v tom, že novodobé nemocnice vznikaly převážně místně i personálně z dřívějších špitálů, a proto zcela přirozeně na ně byla přenášena charitativní hlediska. Proto byla sociální role nově vznikající profese civilních sester jakýmsi kompromisem dvou, časově po sobě následujících subkultur: nábožensko charitativní a medicínsko racionální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu ( 14, 25 ).

Vedle výše zmíněných skutečností byl ovlivněn další vývoj role sestry i medicínou samou. Převládlo v ní úzce přírodovědné pojetí zdraví a nemoci (přírodovědná, orgánová, laboratorní medicína). Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím k líčení nemoci jako izolovaného jevu, nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. Také obsah výuky ve školách se stále více zaměřoval na nácvik ošetřovatelských technik, než na péči o člověka, jenž je bio - psycho - sociální bytost. Tento vývoj byl umocněn v polovině minulého století

nebývalým rozvojem medicínských věd a doslova vpádem technických prostředků do nemocnice. Vznikaly nové a nové specializace, nejdříve v laboratorních oborech, později i u sester. Každá specializace vedla k hlubšímu poznání dílčích stránek, ale současně oslabovala pohled na celek ( 5, 14 ).

### ***1.2.2 Historie českého ošetřovatelství***

Už v 10 století vznikají první hospice, útulky pro chudé a nemocné, kde sestry poskytují pomoc v základních potřebách. Náboženské řády si berou za poslání pomoc trpícím – vedle klášterů zakládají špitály. Ošetřovatelství bylo laickou službou trpícím, mělo vysoce humánní charakter, prováděno bylo osobami bez odborného vzdělání, které přejímaly zkušenosti svých předchůdců. Opatrovnická služba ve špitálech byla velmi těžká, vykonávána s velkým zaujetím a za malou odměnu. Zakladatelkou českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, která založila Řád křižovníků s červenou hvězdou, který při ošetřování vycházel z pravidel vypracovaných Anežkou ( 29,14 ).

Významnou roli hráli i další církevní řády věnující se ošetřovatelské péči – boromejky, johanitky, alžbětky, milosrdní bratři, diakonky, kteří docházeli za nemocnými do jejich domovů. Již v pozdním středověku byla na území českých zemí poměrně hustá síť městských a klášterních špitálů a byly zřizovány i specializované špitály k hospitalizaci osob s infekčními chorobami. Pouze církevní řády měly ustanovená pravidla pro výchovu ošetřujícího personálu. Příprava, zácvik, předepsaná praxe, závěrečná zkouška ( 29 ).

Od 18. století byly při lékařských fakultách zakládány všeobecné nemocnice v Brně, Olomouci, Praze, kde se vyvíjela další role sestry pomocníka – opatrovnice. Úroveň ošetřovatelské péče byla neutěšená, chybělo odborné vzdělání. Kromě asistence lékaři a péče o nemocné se staraly o prádlo, pomůcky, vytápění pokojů, zajišťování osvětlení. Pracovní doba byla dle potřeby, opatrovnice po skončení služby mohly opustit budovu jen na zvláštní písemné povolení. Bydlely přímo v nemocnicích,

stravovaly se společně s pacienty, finanční ohodnocení bylo minimální, společenské ocenění jejich práce téměř žádné ( 14 ).

### ***1.2.3 Historie vzdělávání sester***

V roce 1874 byla v Praze založena První česká ošetřovatelská škola. O její vznik se zasloužily především Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, Obě byly nadšené propagátorky Zemského emancipačního hnutí. Pod vedením lékařů se ošetřovatelky odborně vzdělávaly v teorii a praxi, délka kurzu byla několik měsíců. Po 7 letech zanikla, pravděpodobně z finančních a národnostních příčin. Lékaři v Čechách byli nespokojeni s úrovní ošetřovatelské péče a měli snahu pozvednout její úroveň. Pořádali kurzy, přednášky, psali učebnice. Zasadili se o realizaci řízené praktické výuky, každá klinika si zaučovala sestry sama ( 14, 29 ).

V roce 1916 byla založena státní dvouletá ošetřovatelská škola, česká i německá. Absolventky této školy získaly titul diplomovaná ošetřovatelka. V činnosti pokračovala i po první světové válce. Byla vzorem pro vznik dalších ošetřovatelských škol. Zasluhou A. Masarykové přijely v roce 1920 do Prahy tři americké zkušené sestry z Červeného kříže, které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a zacvičily první absolventky jako učitelky. Během 2. sv. války byly tyto činnosti zastaveny. V roce 1931 byla škola převedena do státní správy a dostala název Česká státní ošetřovatelská škola v Praze ( 14 ).

V roce 1946 byla založena vyšší odborná ošetřovatelská škola v Praze. Na svou dobu byla škola velice pokroková. Bylo zde specializační pedagogické vzdělávání pro sestry, učitelky na ošetřovatelských školách, dále specializační vzdělávání pro řídicí funkci určeno vrchním sestram. Po roce 1948 byl velký zlom v kontinuálním úspěšném poválečném rozvoji československého ošetřovatelství a především vzdělávání sester. Došlo ke změně dvouletých ošetřovatelských škol na tříleté zdravotnické školy a o něco později ve čtyřleté zdravotnické školy, kde bylo studium rozšířeno o všeobecně vzdělávací předměty a zakončovalo se maturitní

zkouškou. Po vzoru Sovětského svazu vznikly Střední zdravotnické školy pro sestry, laboranty a rehabilitační sestry ( 14, 4 ).

Rozvoj zdravotnictví si stále více vyžadoval zvyšování odborné úrovně středních zdravotnických pracovníků, proto v roce 1960 vznikly Instituty pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě, kde probíhalo specializační studium v řadě oborů. V současné době nese toto školící středisko název Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, kde probíhá transformace tak, aby mohl být úspěšně realizován nový specializační systém vzdělávání ( 4 ).

V roce 1960 bylo otevřeno na FF UK vysokoškolské studium ošetřovatelství. Šlo o magisterské dvouoborové pětileté studium ošetřovatelství v kombinaci s psychologií, později i pedagogikou. Na magisterské studium bylo možno navázat rigorózní zkouškou (PhDr. Po rigorózní zkoušce). Bylo určeno pro sestry, odborné učitelky. Nejprve jako dálková forma při zaměstnání, od roku 1980 i denní forma. Později bylo toto studium realizované i v Bratislavě a na UP v Olomouci ( 27, 4 ).

V roce 1987 – 1994 bylo otevřeno na FF UK studium péče o nemocné, jednooborové studium, zaměřené na moderní trendy ošetřovatelství, výchovu a vzdělávání dospělých a teorii a praxi řízení. Vzdělání bylo určeno zejména pro vrchní a hlavní sestry. Forma studia byla dálková, podmíněna pro sestry s nejméně pětiletou praxí ( 4, 28 ).

V roce 1993 byl otevřen první ročník bakalářského studia na 1. LF UK v Praze a současně na LF v Hradci Králové. Postupně byly tyto programy realizovány i na ostatních vysokých školách. V prvních letech byly bakalářské programy otevírány jen pro absolventy SZŠ, ale od roku 2001 probíhá studium jako kvalifikační, na které se mohou hlásit studenti z jakékoli střední školy ( 4, 14 ).

#### ***1.2.4 Vzdělávání sester v moderním ošetřovatelství***

V současném ošetřovatelství dochází ke změnám ve vzdělávání a přípravě na výkon profese. Postupně dochází ke změně vzdělávání, koncepci i věku studentů. Na



sestry jsou kladeny vysoké nároky, dochází ke zvyšování obsahu výuky a posunu ze středních škol na vyšší a vysoké školy. Vzhledem k odlišnosti vzdělávání sester v jednotlivých zemích evropského regionu je třeba sjednotit a zlepšit systém vzdělávání, aby sestry v zemích EU mohly zastávat plně kvalifikované profesní postavení. Oblast pregraduálního a postgraduálního vzdělávání sester definuje zákon 96/2004 Sb., tak aby bylo v souladu s nároky EU ( 4, 36, 38 ).

#### ***1.2.5 Způsobilost k výkonu povolání zdravotní sestry***

V současnosti se způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru pro všeobecná sestra nebo tříletého studia oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. U nás je několik forem vysokoškolského vzdělávání, bakalářské studium pro získání způsobilosti k výkonu povolání sestry, bakalářské rozšiřující studium pro již kvalifikované sestry, dále navazující studium magisterské, kde převládá diferencovaná orientace na specializovanou oblast činností. Dále studium doktorandské, které se zužuje především na přípravu k vědecké činnosti sester. Vzdělání člověka obohacuje, umožňuje mu dovést získané znalosti a dovednosti na vyšší úroveň ( 4, 8, 13 ).

### **1.3 Profese sestry**

Profese sestry se stále vyvíjí, prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení i udržení standardu péče vyžaduje po sestrách nové dovednosti. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny ( 5 ).

Změnu role sestry si vynucuje nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména

psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti ( 27, 24, 1 ).

### ***1.3.1 Základní role sestry v moderním ošetrovatelství***

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví na celém světě. Jako takové jsou hlavní a nenahraditelnou silou. Z tohoto důvodu je nutné, aby směly v dynamicky se rozvíjejících zdravotnických službách dělat maximum pro podporu zdraví a péči o nemocné ( 41, 27 ).

Každá sestra v rámci své profese plní vědomě či nevědomě řadu rolí. Jednotlivé role se prolínají a jejich plnění klade vysoké požadavky na jejich profesionalitu a osobnostní vyzrálost. Sestra nejen, že by měla plnit roli ošetrovatelky, ale také komunikátorky, poradkyně, advokátky, edukátorky, nositelky změn, manažerky a výzkumnice (8, 17 ).

**Sestra- pečovatel:** tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.

**Sestra- edukátor nemocného a jeho rodiny:** v moderním ošetrovatelství je zdůrazňována také edukační činnost sestry, kterou se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci.

**Sestra- obhájce (advokát) nemocného:** v případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty.

**Sestra- koordinátor:** v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči

**Sestra – asistent:** sestra se podílí na diagnosticko – terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem ( 27, 30 ).

### ***1.3.2 Sestra jako profesionální odborník v ošetrovatelství***

Ve společnosti existují různé názory na to, co se očekává od role ošetrovatelské profese, která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy. Jedná se o role milující, utěšující a pečující matky, která jedná instinktivně a plní své poslání. Představa sestry, která zručně a efektivně plní nařízení lékaře v rámci diagnostiky a léčení chorob. Sestra, která jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů klienta. Všechny tyto prvky jsou legitimní a hodnotné ( 17, 27, 39 ).

Současné vymezení role sestry jako profesionálky, zahrnuje emocionální stránku a společenskou důležitost profesionální praxe, technické kompetence, dovednosti nezbytné pro profesionální praxi, profesionální znalosti a vytvoření nezávislého úsudku a názoru ( 2, 32 ). „ **Profesionální ošetrovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, dovednosti a postoje, které musí mít vědecký základ**“ ( 21, str.48).

### ***1.3.3 Etické principy sestry***

„ **Zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout, pro službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví** „ ( 19, str. 21).

Sestra vstupuje při výkonu své profese do velmi rozličných mezilidských vztahů z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi. Tyto vztahy mají důležitý etický aspekt, protože řeší i otázky týkající se základních lidských hodnot, života, zdraví, důvěry

a mlčenlivosti. Sestra by měla zachovávat určité etické normy, a to jednak všeobecné, uznávané společností, ale i dané její profesí, uložené etickým kodexem sestry ( 19 ) ( viz příloha č. 2). Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat ICN v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. Významná revize byla uskutečněna v roce 1973 ( International Council of Nurses: ICN Code for Nurses: Ethica IConcepts Applied to Nursing. Geneva, Imprimeries Populaires 1973 ). Zatím poslední revize byla provedena v roce 2000. Kodex poskytuje základní rámec, podle kterého by sestra měla činit vlastní etická rozhodování. Nemůže být však prostředkem, zabezpečení morálního jednání sestry, pokud není morální jednání vnitřně zakotveno ( 19, 12, 32 ).

#### **1.4 Obecná charakteristika fluktuace**

**Fluktuace** (lat.fluctuare – vlnit se, kolísat), původně změna, výkyv, proudění, termín se ale používá ve speciálním smyslu k vyjádření časté změny pracovního místa, případně i zaměstnavatele a profese. Jistá míra fluktuace je přirozeným projevem přirozené pracovní mobility, vysoká fluktuace bývá považována za nežádoucí. Fluktuace přímo souvisí se situací na trhu práce, s kolísáním poptávky po pracovní síle. Velký vliv na ní mají rozdílné pracovní podmínky v jednotlivých podnicích, organizacích, oblastech, zejména rozdílná úroveň mezd, ale i mimo pracovní podmínky jako dostupnost a kvalita bydlení, služeb, kvalita životního prostředí ( 33 ).

Míra fluktuace vyjadřuje v procentech poměr rozvázaných pracovních smluv ku průměrnému počtu pracovníků za určité kalendářní období např. jeden rok. Do rozvázaných pracovních poměrů nezapočítáváme tzv. normální odchody, jejichž důvody jsou přirozené nebo dočasné – důchod, mateřská dovolená apod. Každá firma by si měla specifikovat, od jaké hranice je to pro ni fluktuace nežádoucí a současně se zamyslet, zda fluktuace není příliš nízká. Dlouhodobá fluktuace pod 5 % ročně, může indikovat nikoliv stabilitu, ale zkostratělost, což je v dnešní době, kdy je potřeba neustálé inovace a změn, nebezpečné ( 20 ).

### ***1.4.1 Problematika fluktuace zaměstnanců***

Pojem fluktuace zaměstnanců si většina manažerů spojuje s negativními dopady pro svou společnost. Vidí v něm ohrožení činnosti společnosti a svého týmu, dodatečné náklady, vnímají jej jako důsledek něčeho špatného, čemu je nutné co nejdříve zabránit. Představa, že zrovna v našem týmu by byla vysoká fluktuace, se zpravidla nikomu nelíbí. Většina je zvyklá na "své lidi", obává se, že jejich odchod je příznakem nedobré manažerské práce ( 11, 20 ).

Fluktuace není ani pozitivní ani negativní jev. Záleží vždy na kontextu. Proto je úkolem manažerů nad těmito fakty přemýšlet a přizpůsobit tomu personální nástroje. Dobrý manažer by měl vědět, proč zaměstnanci odcházejí. Sledování důvodů odchodu někdy pomůže identifikovat "patologii" firemního života, se kterou je potřeba se vyrovnat. V některých případech je dobré, někdy i nutné, se pokusit odchodu konkrétního zaměstnance zabránit. Pokud by šlo o významnou ztrátu, je dobré, když si vedoucí pracovníci položí otázku, co mohou udělat, jsou-li příčinou odchodů například pracovní podmínky či pracovní prostředí, popřípadě jde-li se o zvýšení platu, nevhodnou pracovní dobu nebo zda je důvodem odchodu množství úkolů ( 20 ).

Nejčastější příčiny odchodů mnohdy nejsou platové podmínky, ale nevhodný styl vedení ze strany managementu, omezené možnosti osobního rozvoje, vyváženost pracovního a osobního života. Jak vyplývá z různých průzkumů, většina pracovníků je výrazně orientována na sociální vztahy a i v případě, že nejsou dostatečně finančně odměněni, ale management a tým "funguje", neodchází. Absence ocenění výsledků práce ale zůstává dalším významným důvodem odchodu ze zaměstnání. Mzda zaměstnance je zisk za využívání jeho základního nástroje - znalostí a dovedností, které může využít dnes tady, zítra třeba někde jinde. I tuto skutečnost je potřeba začlenit do personalistických úvah ( 20, 11, 36 ).

Pokud procento fluktuace zaměstnanců přesáhne přirozenou hranici, tj. 5-8%, s přihlédnutím ke specifikům organizace, je v prvním kroku důležité hledat příčiny tohoto

stavu. Odcházející zaměstnanec by měl na výstupním pohovoru od personalisty dostat otázku týkající se důvodů jeho odchodu ( 20 ).

#### ***1.4.2 Jaké jsou dopady fluktuace***

V případě překročení nastavené hranice fluktuace, jsou to zvýšené náklady spojené s odchody pracovníků a případným přijímáním nových. Dále demotivace zaměstnanců, nestabilní kolektiv, společnost. Dochází ke snížení produktivity. V případě dosažení plánované míry fluktuace, získáme pozitivní přínosy ve formě přílivu nových zkušeností, pohledů, názorů. Dojde k vytvoření pozitivní vnitřní konkurence a získání takzvaných „čerstvých lidí“ ( 20 ).

Odchody pracovníků jsou spojené s náklady a ztrátami, se kterými musí společnost dopředu kalkulovat a naplánovat je. Především z těchto důvodů měří a vyhodnocuje míru fluktuace zhruba 90% českých společností. Sleduje-li společnost míru fluktuace pravidelně, získává tak současně velice důležitou zpětnou vazbu na vývoj vnitřní situace ve firmě. Pro její správné analyzování potřebujeme znát také strukturu fluktuace. Např. po jaké době, z kterých oddělení a jací lidé odchází. Dalším krokem k zjištění situace ve společnosti je průzkum spokojenosti zaměstnanců ve firmě, který dodá informace o demotivačních faktorech. Zjistit zda je zaměstnanec seznámen s náplní práce, jestli ji může plnit, zjistit zda zaměstnavatel umožňuje seberealizaci, růst, vyhovující ohodnocení. Zaměstnanec by měl mít pocit, že pracuje ve firmě, která má určitou stabilitu. Dalším způsobem jak zabránit vysoké fluktuaci zaměstnanců je chování a jednání manažera, jakým způsobem zadává práci, jak motivuje a hodnotí zaměstnance, zda je ochoten pokud ho někdo požádá o pomoc, vstřícně zareagovat. Je také velice důležité všimnout si vztahů na pracovišti, mezi kolegy, sledovat komunikaci, týmovou práci a konflikty ( 20, 11 ).

Provádí-li firma výstupní pohovory s odcházejícími zaměstnanci, má již poměrně slušnou šanci na diagnózu důvodů odchodů a stanovení případných kroků vedoucích k nápravě ( 11 ).

### ***1.4.3 Faktory, které se nejčastěji podílí na zvýšené míře fluktuace***

#### *1.4.3.1 Odměna za práci*

Jedním z faktorů, který se nejčastěji podílí na zvýšené míře fluktuace, je odměna za práci. Čím je větší rozdíl mezi množstvím sil, které práci věnujeme a finančním ohodnocením, tím větší můžeme prožívat frustrace. Nespokojenost s uznáním, oceněním, ohodnocením práce sester se objevuje velmi často. Realitu platů ve zdravotnictví známe. Mnoho sester tak neví co dělat s pocitem, že je práce finančně podhodnocena. Mohou se tím trápit, užírat a žít stálou nespokojenost. Mohou bojovat za vyšší platy sester, nebo mohou přijmout, že to tak nyní je a najít si svůj osobní dobrý důvod proč přesto v této profesi zůstat ( 11, 30 ).

#### *1.4.3.2 Ztráta motivace, únava a pocit vyhoření*

Mezi další faktory vedoucí ke zvýšené fluktuaci sester, můžeme zařadit, ztrátu motivace, únavu a pocit vyhoření. Nováčci si do své profese přinášejí naděje, často nerealistická očekávání, ale taky nadšení, energii, vnímavost, nápady. Vrhají se do práce, o které mohou mít zpočátku nejasné, nebo všelijak zkreslené představy. Začínající pracovník by rád pomohl všem a je přesvědčen, že když se bude snažit, podaří se mu to. Vše je nové, zajímavé a vyzývá uplatnit, co umím a učit se dál ( 12, 16 ).

V této fázi mívá sestra z práce uspokojení, práce se jí na čas může stát i nejdůležitější aktivitou v životě. Práce jí baví a prožívá jí jako smysluplnou. Nebezpečím tohoto stádia je, že nadšenec neumí hospodařit se svými silami a přecení se. Počáteční nadšení už dohasíná, sestra poznává, že některé případy se opakují, získává zkušenosti, že ne vždy se vynaložená práce zúročuje, že pacienti se vracejí, nedbají vždy na dobré rady a někdy také zneužívají zdravotní péči. Sestra tak zažívá pocity nevděku, promarněných šancí, neúspěchu. Zjišťuje, že musí slevit ze svých velkých očekávání a ideálů. Práce zevšední, nestojí ji už tolik energie, získává rutinu, která ji umožní šetřit síly, profese již není v centru zájmu. Začíná pomýšlet na to, že by mohla mít více volného času, čas na přátele, na koníčky, pořídit si vlastní byt a založit rodinu. Zjišťuje však, že finanční ohodnocení jí na velké plány nebude stačit a postupně se začíná dostavovat nespokojenost ( 12, 11 ).

V této fázi se sestra začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí, někdy se i pokouší o změnu. Sestra přestává být ochotna pracovat navíc, vykonávat práci, kterou považuje za zbytečnou ( narůstající administrativa, výkazy pro pojišťovny ), což vede ke konfliktům s nadřízenými. Nespokojena je i se svým platem, s malým oceněním své práce, s nedostatkem úspěchů. Objevují se úvahy zda si správně zvolila své povolání a přemýšlí, že by bylo lepší dělat jinou práci. Ti aktivnější se pokouší o změny a mohou někdy i něčeho docílit, ale někteří pracovníci propadají apatii, na jejímž konci hrozí rozvinutý syndrom vyhoření ( 16, 15 ).

#### *1.4.3.3 Vztahy na pracovišti*

Pracuje se lépe tam, kde jsou dobré vztahy, kde spolupráce převažuje nad rivalitou či jiným bojem. Jsou kolektivy a týmy, kde je radostí pracovat a vždy, je vytvářejí především lidé sami, závažnost diagnóz ošetřovaných pacientů v tom nehrají hlavní roli. Abychom se na pracovišti cítili dobře, nesmí se naše hodnoty a hodnoty pracoviště příliš odlišovat ( 11, 3 ).



Vztahy souvisí s komunikací, proto je důležité spolupodílet se na vzájemné komunikaci. Je důležité mluvit o všem, co se týká práce, co vám vadí, s čím nesouhlasíte, ale také co oceňujete a co vás těší. Je důležité nepotlačovat svoje pocity a zdravě se sebezprosazovat. Pokud je tato rovnováha mezi spolupracovníky narušena, práce na takovém pracovišti se stává velkou zátěží ( 18, 12 ).

#### *1.4.3.4 Možnosti růstu, zvýšení participace pracovníků na rozhodování*

Ztráta zájmu, apatie se objevuje tam, kde se pracovníci přestanou učit a vyvíjet. Nejen vzděláváním ale taky zvýšením autonomie pracovníka se zvyšuje jeho angažovanost a tvořivost. Je třeba umožnit cirkulaci pracovníků, umožnit se podívat i na jiná pracoviště, stáže, studijní pobyty. Management může přizvat sestry k rozhodování o modernizaci, plánech přestavby, návrzích prostorových změn. Při vybavování pracovišť je možné brát v potaz jak potřeby a přání pacientů tak potřeby a požadavky sester, které se tak mohou spolupodílet na zlepšení. Tam, kde je dána možnost aktivního spolupodílení se, sdílí se i zodpovědnost ( 11, 12 ).

#### *1.4.3.5 Neefektivní supervize ve zdravotnických zařízeních*

Supervize se zaměřuje na jednotlivce, právě tak na týmy nebo skupiny spolupracovníků. Zabývá se jak konkrétními pracovními otázkami účastníků, tak i otázkami spolupráce mezi osobami v různých rolích a funkcích, s různými pracovními úkoly a na různých stupních hierarchie. Jejím cílem je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí. Poskytuje příležitost získat nadhled nad tím, co je obtížné, nejisté nebo

spletité, zahlédnout nové souvislosti ve zdánlivě patové situaci. Tam, kde se pracovníci přestanou učit a vyvíjet se objevuje ztráta zájmu a apatie ( 11, 3 ).

#### ***1.4.4 Problematika fluktuace ve zdravotnictví***

Zdravotnická zařízení stojí v dnešní době před závažným problémem, jímž je získání a udržení zkušených a motivovaných pracovníků, zejména sester. Management nemocnic se proto musí zabývat nejen mírou spokojenosti pacientů, ale i pracovní spokojeností zdravotnického personálu. Nedostatkem především ošetrovatelského personálu je globální problém a je výzvou pro všechny zaměstnavatele ve zdravotnictví, aby identifikovali a realizovali aktivity zaměřené na udržení sester. Tradiční způsoby řešení nedostatku personálu se zaměřují především na náborové strategie i přesto, že zaměstnávání nových sester vyžaduje extenzivní adaptační školení a následně školení při práci. Celkové náklady a důsledky fluktuace jsou často podceňovány. Ekonomicky efektivnější a rozumnější je soustředit se na udržení stávajícího personálu, u kterého roste rychlejším tempem kumulativní základna vědomostí. Sestry hledají něco více než jenom finanční pobídky. Hledají uspokojující pracovní prostředí, příležitosti k prohlubování svých znalostí a příležitosti ke kariérovému růstu ( 30, 20 ).

#### **1.5 Motivace obecně**

Motivací člověka rozumíme soubor činitelů představujících vnitřní hnací síly jeho činnosti, které usměrňují lidské jednání a prožívání. Motivace znamená vytvořit u lidí vnitřní zájem, ochotu a chuť se angažovat při plnění jim svěřených úkolů. Motivaci lze jednoduše vyjádřit i jako řetězec návazných reakcí kdy pocit potřeby vede ke vzniku přání dosáhnout určitého cíle . Výsledkem dosažení cílů je uspokojení. Nutno si však

uvědomit, že tento řetězec je značné zjednodušení, neboť skutečné vztahy bývají složitější (11, 12).

Pomáhání a přijímání pomoci je obtížný a často ambivalentní proces. "Co pro Vás mohu udělat, je věčná otázka srdce." Role pomáhajícího s sebou nese určitá očekávání. Lpění na této roli nám někdy brání jasně vidět silné stránky pacientů/klientů, a zranitelnost nás samých jako pomáhajících i naši vzájemnou závislost ( 11 ).

Pediatr a psychoanalytik Donald Winnicott uvádí, že se často setkával s velmi schopnými pracovníky v pomáhajících profesích dovedené k vážným pochybnostem o sobě a své schopnosti práci vykonávat, protože vstřebávali poruchy klientů. Rozhodnutím pomáhat, a tedy převzetím úlohy věnovat pozornost potřebám někoho jiného, vstupujeme do vztahu, jenž je jiný než všechno běžné a každodenní. Jsou okamžiky, kdy se nám zdá, že to sotva stojí za to, možná proto, že bojujeme proti všem, nebo protože klient není vděčný, nebo se cítíme vyčerpaní a připadá nám, že už nemáme z čeho dávat ( 11, 12 ).

Při přípravě k našemu povolání se učíme věnovat pozornost potřebám klientů a často je obtížné soustředit se na vlastní potřeby. Je to dokonce považováno za sobecké. Přesto tu naše potřeby zůstávají a domnívám se, že jsou přítomny v samotné motivaci k práci, kterou děláme. Znalost sebe samých, našich motivů a potřeb zvyšuje pravděpodobnost, že dokážeme skutečně pomáhat. Pracovníci v pomáhajících profesích dokážou dávat jedině tehdy, když si uvědomují své vlastní potřeby a ty jsou víceméně uspokojeny. Můžeme dávat, protože cítíme, že máme co dát, a ne jen proto, že se toho klient dožaduje, nebo cítíme, že bychom měli ( 11 ).

### ***1.5.1 Motivace k výkonu profese sestry***

Motivace k výkonu profese zdravotní sestry stejně jako ostatní pomáhající profese, většinou přináší svým vykonavatelům zisk, který se měří nejen výší platu. Důvody k jejich výkonu nebývají pouze materiální, přesto jsou značně rozdílné.

Prvotní a základní pohnutkou pro výkon nejen profese sestry, je touha pomáhat lidem, která přináší pocit uspokojení, vnitřní harmonie a pocit potřeby ( 31 ).

Může se ale stát, že se touto motivací stane „spasitelský komplex“, Tento pojem představuje zvýšenou potřebu, dodat váhu své osobnosti prostřednictvím pomoci druhým a tím získat větší důležitost a smysl vlastní existence. Pomoc se pak stává manipulací, neoprávněným uplatňováním své moci nad ostatními ( 31 ).

Pokud sestra nachází ve své práci uspokojení, radost, dostatečnou seberealizaci a vyrovnanost, pak si zvolila správné povolání ( 10 ).

## **1.6 Management zdravotnických zařízení**

Otázkám řízení zdravotnických zařízení se dosud věnovala malá pozornost. Přitom jde o odvětví, jehož rozvoj se týká každého občana. Spektrum zdravotnických zařízení je velmi široké. Na jedné straně jsou zde velké fakulní nemocnice zaměstnávající tisíce pracovníků. Jejich majetek, výkony i náklady představují mnohamiliardové částky. Řada z nich v minulosti hospodařila s velkými ztrátami a jejich fungování muselo být zajišťováno mimořádnými dotacemi. Zdá se však, že s tímto způsobem řízení je konec. Napjatý státní rozpočet, zpřísnující se rozpočtová pravidla i vznikající konkurence ve zdravotnictví si vynucuje důslednější zavedení moderních manažerských metod ( 12, 22 ).

### ***1.6.1 Ošetrovatelský management po linii ošetrovatelské péče***

Hlavní postavou ošetrovatelského managementu by měla být hlavní sestra – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která v topmanagementu spolupracuje s lékaři a inženýry. Její postavení a vztah k pacientům určuje v nemocnici ošetrovatelskou

atmosféru. Ve středním managementu řídí vrchní sestry, spolupracuje s přednosty a primáři klinik a oddělení, kteří přes staniční sestry a lékaře mají šanci přímo zkvalitnit péči o pacienta. Na nich každodenně závisí, jak dokáží vést své týmy sester a lékařů. Sesterská profese má ve světě neustále se zvyšující prestiž. U nás se snažíme všechno velmi rychle dohnat. Navazujeme na tradici velkých osobností ošetrovatelství. Sylva Macharová o sestrách napsala: „Ošetřovatelka – sestra musí být pro nemocného oddanou a vlídnou bytostí a pro lékaře zručnou, vzdělanou a odpovědnou spolupracovnicí.“ Tyto nároky na sestru nám mohou připadat jednoduché a prosté, ale ve skutečnosti představují obrovskou dávku dřiny a sebezapření, která mnohdy není pochopena ani doceněna ( 20, 2, 9 ).

### ***1.6.2 Nedostatky v organizaci práce***

Náplň práce sestry prodělala v poslední době mnoho změn. Na sestru jsou kladeny neustále se zvyšující nároky administrativy („papírová byrokracie“), sestra se nemůže plně věnovat pacientům. Vážne spolupráce s lékaři, kteří často přesouvají některé činnosti na sestry. Dále sestry přebírají povinnosti mimo svoji specializaci, za nižší zdravotnický personál. Všeobecné sestry jsou vystaveny nadměrné psychické i fyzické zátěži. Práce všeobecných sester a ošetrovatelek patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce je stále závažnějším problémem i psychická zátěž ( 30, 37 ).

### ***1.6.3 Nemoci z povolání ve zdravotnictví***

Zdravotníci se pohybují v prostředí, kde se setkávají s infekčními chorobami, radioaktivním zářením a chemickými látkami. Musí zvládnout často velmi fyzicky náročnou manipulaci s pacientem a těžkými břemeny a jsou přetíženi i psychicky stresem a odpovědností za svěřené nemocné. Vliv všech rizikových faktorů na lidský

organismus je velice rozmanitý. Hlavní hrozbu zdraví a bezpečí sester v celé Evropské unii dnes podle prezidentky České asociace sester Hildy Vorlíčkové představují poranění jehlami a jinými ostrými předměty a riziko nákazy. Nejohroženější skupinou jsou všeobecné sestry, porodní asistentky, lékaři, laboranti, pomocný personál a uklízečky. Odhaduje se, že u zdravotnického personálu v Evropě dojde k 1 milionu poranění píchnutím jehlou každý rok. Přičemž 40 % z tohoto počtu představují sestry ( 30, 23 ).

Pracovníci ve zdravotnictví jsou ve velké míře postiženi i poruchami páteře a pohybového aparátu. Důvodem je nejen častá manipulaci s pacienty na lůžku, ale také nejrůznější manipulace v sesternách, kuchyních, údržbě nebo v prádelnách. Výsledkem jsou poranění zad, blokace a deformace páteře, tedy dlouhodobá a obtížně léčitelná onemocnění, často s trvalými následky ( 30, 16 ).

Stejně velkým problémem jako manuální náročnost je podle odborníků i psychika zdravotnických pracovníků. Často se zapomíná na velmi závažný problém, kterým je psychická zátěž, zejména na odděleních intenzivní péče nebo onkologii. Obdobně náročná jsou i oddělení geriatrická či léčebny dlouhodobě nemocných. Vysoké požadavky na práci, nutnost podávat maximální výkon i při nedostatku personálu, nízké finanční ohodnocení nebo nedostatečná prestiž oboru jsou stresory, které vedou k únavě a k pocitu přetrvávající vyčerpanosti. Dlouhodobá únava se stává chronickou, je spojená s hlubokým vyčerpáním a ztrátou výdrže. Dochází k psychickému strádání a vzniku psychických poruch a onemocnění ( 5, 23 ).

#### ***1.6.4 Nedostatek pomůcek ulehčujících práci sester, nedostatek personálu***

Problémem v České republice je doposud rovněž převládající praxe upřednostňování vybavenosti diagnostickými a léčebnými přístroji před výše uvedeným vybavením ulehčujícím práci a zvyšujícím bezpečnost. Ve většině zdravotnických zařízení chybí kvalitní lůžka a matrace, u kterých si sestra může upravit výšku při

manipulaci s pacientem. Chybí kvalitní pomůcky k manipulaci s pacientem, pomůcky ulehčující hygienu pacienta. Mnoho oddělení má i nedostatek pomůcek na jedno použití. Zdravotnickým pracovníkům neustále narůstá množství práce, vyžaduje se čím dál větší nárok na kvalitu péče o pacienta, ale sestřím se práce ulehčuje jen minimálně ( 30, 37 ).

Dalším významným problémovým místem jsou v České republice podhodnocené stavy ošetřujícího personálu. Ke zmírnění náročnosti práce sester je nutný jak dostatečný počet pomocného personálu, tak nezatěžování kvalifikovaných sester prací, která jim nepřínaleží. Nevyhovující je časté přetížení sester oproti praxi v zahraničí, kde každý dělá přesně určenou činnost, zatímco u nás sestry dělají všechno. Zastupují práci jiných kategorií i obslužných provozů. Na větší objem práce je u nás stanoven menší počet personálu. Kámen úrazu je, jako ostatně téměř všude, ve financích. Opatření ve vybavenosti i navýšení personálu totiž logicky závisí na výši volných finančních prostředků. Nemocnice mohou nalézt peníze v rámci hospodaření celého zařízení nebo v pojišťovnách. Záleží pak samozřejmě také na tom, jaké priority má management jednotlivých oddělení ( 11, 20 ).

## **1.7 Burn-out syndrom**

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy pracující v tzv. pomáhajících profesích. Práce v těchto oborech vyžaduje vysoké nasazení a obětování se pro druhé, nutnost přebírat odpovědnost za jiné a značnou psychickou, ale i fyzickou námahu. Zároveň jsou pro ni charakteristické nízké platové podmínky a malá prestiž ( 18 ).

Jak sestra pozná, že je ohrožena syndromem vyhoření? Pociťuje odpor k práci, obrovskou únavu, protože nemůže spát a je nevyspalá, má pocit selhání, že to nedokázala, zlost a vztek, pocit viny, znechucení a lhostejnost. Dále jde o negativismus, ztrátu pozitivního přístupu k pacientům, ztrátu náhledu na pacienta ve smyslu

individuální osobnosti, neschopnost koncentrace a neschopnost naslouchat jejich problémům, snaha o striktní dodržování pravidel, odpor ke změně ( 15, 16 ).

Syndrom vyhoření je dlouhodobě se rozvíjející proces, pomalu se plíží, až se rozvine do nečekaných rozměrů. Nejprve, i přes viditelné úspěchy, přestane sestru práce uspokojovat. Bude pociťovat únavu, bolesti hlavy, zažívací problémy. Mění se její přístup k pacientům, přestává být individuální, stává se odosobněný. Vyhýbá se navazování kontaktů s pacienty, ale i s kolegy, k nim se chová podrážděně, lhostejně, hledá příčiny jejich problémů v nich samotných ( 6 ).

Nespokojenost se posléze odrazí v kvalitě práce. Sice se snaží tomu zabránit zvýšeným pracovním nasazením, nebo naopak tím, že se začne svým povinnostem vyhýbat. Odosobnění v kontaktech s lidmi se dále prohlubuje, chová se k nim nepřátelsky, propadá nekontrolovaným emočním výbuchům, zvyšuje se počet konfliktů se spolupracovníky. Už necítí z práce žádné uspokojení, nevidí její smysl, zároveň nechce vidět spojení mezi svým psychickým stavem a špatnými pracovními výsledky. Trpí nízkým pracovním sebehodnocením, pociťuje bezmoc, smutek, strach, nechut', někdy i pocity křivdy. To vše přispívá k rozvoji deprese, ke zvýšení konzumace alkoholu, oslabení imunity, nemocem trávicího ústrojí či krevního oběhu. Určitou roli mohou hrát i osobní vlastnosti, jako nevyzrálost, pasivita, nejistota nebo pocit méněcennosti. Také prostředí přispívá významně k vyčerpání. Největším stresorem jsou však lidé, v tomto případě pacienti a kolegové. Špatné kolegiální vztahy a nedostatečná komunikace, pomoc spolupracovníků, jsou příčinou syndromu vyhoření. Pokud nejde o vyrovnanou osobnost, která má dokonce problém zvládat svoje emoce, může v náročných situacích v práci snadno selhat, být podrážděná, až se nakonec začne práci vyhýbat ( 15, 16, 18 ).

A jaká je z této situace pomoc? Udržovat rovnováhu mezi osobním a pracovním životem. Respektovat vlastní psychickou a fyzickou kondici a přizpůsobit jí i svůj pracovní rytmus. Nepřetěžovat se, delegovat úkoly i na jiné, a to i doma. Rozlišovat mezi důležitými věcmi a maličkostmi. Je důležité si vytyčit realistické pracovní i osobní cíle. Pracovat na sobě, prohlubovat si své znalosti, vědomosti a dovednosti, věnovat se svým koníčkům, které pomohou posílit optimismus. Dobré je také občas sama sebe



pochválit, stejně to většinou nikdo jiný neudělá. Nebát se udělat změnu, hlavně změnit svůj postoj k pacientům, myslet více na sebe a přestat brát zbytečné ohledy na ostatní. . V neposlední řadě je důležité pečovat o své tělo i duši. Nezapomínat na odpočinek, relaxaci, dovolenou, netrápit se zbytečnými dietami, dopřát si dostatek spánku, nezatěžovat se zbytečnými strastmi. Dobré je zakázat si úvahy typu, co by kdyby, zkrátka až se to stane, bude se to řešit, možná se to nikdy nestane, tak proč se s tím zbytečně zatěžovat. Sestra by měla sama sebe ujišťovat, jak důležitou práci vykonává a jaké pozitivní změny může přinášet životu pacientů. A pokud si uchová a bude rozvíjet smysl pro humor, její snaha se jen umocní ( 16, 18 ).

Pracovní prostředí zpravidla představuje značnou psychickou zátěž a funguje jako zdroj mnoha stresů. Mělo by proto být i v zájmu zaměstnavatele, aby předcházel stresovým situacím a věnoval pozornost prevenci vyhoření, protože jeho projevy se odrážejí i v postojích a způsobech chování pracovníků, ať už je to formou absencí v zaměstnání, sníženého pracovního nasazení, nižšího pracovního uspokojení nebo vysoké fluktuace zaměstnanců. Vyhoření má tedy i ekonomické důsledky ( 18, 23 ).

Preventivní opatření mohou spočívat ve vytvoření sociálně citlivého, stimulačního prostředí, které umožňuje další rozvoj. Neodmyslitelný je taktéž prvek ocenění. Manažeři a ostatní vedoucí pracovníci by měli dbát vůči podřízeným na přiměřené pracovní zatížení, respektovat prostor pro odpočinek, omezit administrativní činnosti a zřetelně vymezit pravomoc a náplň práce. Preventivní význam má i další vzdělávání pracovníků ( 23, 18 ).

## **1.8 Pracovní mobilita**

Evropská unie zaručuje, že lidé, kteří jdou pracovat do jiného členského státu, mají stejná práva jako každý jiný zaměstnanec, včetně sociálního zabezpečení a nároku na důchod. To vše nezávisle na tom, zda jsou vysláni svým zaměstnavatelem nebo zda se sami rozhodli přestěhovat se do jiné země. Tyto výhody zahrnují nemocenské dávky

a dávky v mateřství, odškodnění v případě pracovního úrazu, dávky v invaliditě, rodinné přídatky, dávky v nezaměstnanosti a starobní důchody ( 36 ).

Více než 15 milionů lidí nyní pracuje v jiné zemi EU, než odkud pochází. V roce 2005 zavedla EU jednodušší a jasnější postup pro uznávání odborné kvalifikace občanů získané v jiné členské zemi. To se týká takových povolání, jako jsou pracovníci ve zdravotnictví ( lékaři, zubaři, zdravotní sestry). Za účelem zvýšení pracovní mobility financuje EU kontaktní místo pro hledání pracovních příležitostí v Unii. Jde o portál Eures ( Evropské služby zaměstnanosti ), což je síť pracovních úřadů, které poskytují informace o pracovních příležitostech, zprostředkovávají kontakt mezi uchazeči o zaměstnání a zaměstnavateli a radí, jak získat další kvalifikaci či odborné vzdělání ( 36, 35 ).

### ***1.8.1 O sestry je v cizině zájem***

Již před několika lety se v sousedních státech projevila poptávka po českých všeobecných sestrách. Mnoho z nich situace využilo vzhledem k tomu, že v cizině jsou o poznání lépe finančně hodnoceny. Nyní pro ně bude situace ještě příznivější, neboť systém jejich vzdělávání bude odpovídat požadavkům Unie. Nepříliš velkorysé finanční podmínky českých všeobecných sester patří k problémům, které se diskutují léta, aniž by došlo k nějakému výraznějšímu zlepšení. Tím spíš lze očekávat, že mnohé z nich využijí možnosti pracovat v některé ze zemí Evropské unie. Obdobně jako porodní asistentky nebudou mít v budoucnu problémy s uznáním kvalifikace díky tomu, se již nebudou vzdělávat na středních zdravotnických školách, ale na vyšších zdravotnických školách a v bakalářských a magisterských programech vysokých škol. Tím pádem budou splňovat požadavky, uplatňované v rámci celé EU na základě speciální směrnice ( 36, 35, 34 ).

Zmíněná směrnice mimo jiné stanovuje povinnost členských států uznávat diplomy, osvědčení a obdobné doklady definované touto směrnicí. Problémy uplatnit se

v zahraničí by neměly mít ani všeobecné sestry a porodní asistentky, jejichž osvědčení této normě neodpovídá, protože ho získaly ještě před tím, než nabyly účinnosti. V současnosti je přesně stanovena nutná délka studia, poměr teoretické a praktické výuky, předměty, které musejí být její součástí, a rovněž forma klinické ošetrovatelské praxe. Jednotlivé státy mají právo povolit i jinou, než prezenční formu výuky s tím, že ale musí být dodržena její délka a úroveň ( 34, 36, 38 ).

Tím, že se nyní výrazně zvýší vzdělanostní úroveň českých všeobecných sester a porodních asistentek, pravděpodobně stoupne jejich společenská prestiž a zvýší se šance na důstojné uplatnění v rámci celé Unie. Rovněž se jim otevřou možnosti vykonávat typ práce, na jaký jsme zatím nebyli zvyklí, i když v zahraničí, zejména v některých členských státech EU, je již delší dobu rozšířený a dosti ceněný. Vychází z podstatně samostatnějšího a odpovědnějšího postavení včetně například vedení speciálních zdravotnických zařízení, jejichž chod mohou zajišťovat pouze kvalifikované sestry ( 36, 38 ).

Právě od míry samostatnosti a odpovědnosti se samozřejmě odvíjejí i platové podmínky. Logicky jsou nejlépe hodnoceny samostatně pracující sestry, dále sestry v privátních zařízeních v zaměstnaneckém poměru, zatímco v průměru nejnižší mzdu pobírají sestry zaměstnané ve státních zařízeních ( 34, 36 ).

## **1.9 Mnichovská deklarace**

Všeobecné sestry a porodní asistentky se stále častěji ocitají v popředí pozornosti jako klíčový zdroj zajištění strategií reformy zdravotnictví. Jako nejpočetnější skupina zdravotnických profesionálů se podílí na úspěchu při naplňování všech cílů zdravotnictví vytyčených pro 21. století. Aby sestry mohly dobře reagovat na výzvu zvýšení podpory zdraví, prevenci nemocí, rozvoj společenství, práci v multidisciplinárních týmech a rovnost přístupu k péči je nezbytné jejich vzdělávání a školení. Skupina expertů WHO připravila novou strategii vzdělávání v oborech

ošetřovatelství a porodní asistence, která se soustřeďuje na prvotní odborné vzdělávání, tj. na přípravu pro vstup do povolání ( 41, 42 ).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle**

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat příčiny fluktuace sester ve zdravotnických zařízeních. Práce byla orientována na názor sester, formou dotazníků. Tímto výzkumným šetřením jsme chtěly zjistit, proč sestry opouštějí svá pracoviště, nebo uvažují o odchodu ze zdravotnictví. Dále jsme chtěli zjistit, jaká opatření realizuje management nemocnice, aby zabránil nadměrné fluktuaci sester.

**CÍL: 1** Zmapovat problematiku fluktuace sester ve zdravotnických zařízeních.

**CÍL: 2** Zjistit příčiny fluktuace sester.

### **2.2 Hypotézy**

**HYPOTÉZA 1** Nepřetržitý provoz ovlivňuje fluktuaci sester.

**HYPOTÉZA 2** Fluktuaci sester ovlivňuje šíře nabídky pracovních míst na trhu práce.

**HYPOTÉZA 3** Vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních realizují opatření zabraňující fluktuaci.

## 3. Metodika

### 3.1 Metoda výzkumu

Pro důkladné vystihnutí dané problematiky byl sestaven dotazník pro sestry pracující ve zdravotnických zařízeních. U dotazníku byla provedena pilotáž k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a zda rozumějí obsahu všech otázek. Po vyhodnocení pilotní studie byl dotazník upraven.

Položky v dotazníku pro sestry byly rozděleny do několika celků:

- identifikační údaje – pohlaví, věk, vzdělání
- vztah k práci
- pracovní motivace
- vztahy na pracovišti
- flexibilita managementu

**Dotazník** obsahoval 35 otázek, z nichž bylo 26 uzavřených a 9 otevřených otázek. Dotazník byl anonymní a respondenti reflektovali na toto dotazníkové šetření dle dobrovolnosti.

Pro získání potřebných dat ke zpracování praktické části této bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. V rámci kvantitativního výzkumu byla použita technika dotazníku ( viz příloha č. 1 ). Dotazník byl sestaven z 26 uzavřených a 9 polootevřených otázek. Dotazník obsahoval 35 otázek.

V úvodu dotazníku je uvedeno, kdo a proč výzkum provádí, k čemu je dotazník určen a ujištění respondenta o jeho anonymitě, včetně poděkování za spolupráci.

Celkem bylo nabídnuto 150 dotazníků, vráceno bylo 134 dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy 89 %.

### **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 134 sester pracujících ve zdravotnických zařízení ve Strakonících, Českých Budějovicích, Praze, Plzni a některých menších městech. Výzkumné šetření probíhalo v období, od 3. února 2008 – do 31. března 2008.

Byly osloveny sestry pracující v nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků, vráceno jich bylo 23. Návratnost byla 76 %. Nemocnici České Budějovice jsem si vybrala proto, že se potýkají s nedostatkem personálu. Spolupráce byla dobrá.

Dále byly osloveny sestry pracující v nemocnici Strakonice, a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků, vráceno jich bylo 30. Návratnost byla 100 %. Nemocnici jsem si vybrala proto, že zde pracují a i naše nemocnice se potýká s nedostatkem personálu. Spolupráce byla velice dobrá.

Ve výzkumném souboru byly osloveny také sestry pracující ve fakultní nemocnici v Plzni. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků, vráceno jich bylo 26. Návratnost byla 86 %. Výběr nemocnice jsem zvolila proto, že není a.s. a nachází se ve větším městě, kde je větší možnost výběru zaměstnání.

Součástí výzkumného souboru byly sestry pracující ve všeobecné nemocnici Praha IKEM. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků, vráceno 27. Návratnost byla 90 %. Nemocnici v Praze jsem zvolila proto, že se domnívám, že mají nejvíce možností výběru pracovních příležitostí a zajímala mě míra a důvod fluktuace sester.

Ve výzkumném souboru byly osloveny i sestry pracující v nemocnicích Písek a.s., Tábor a.s., Pelhřimov, příspěvková organizace. Výzkum byl proveden se

souhlasem hlavních sester. Do každé nemocnice bylo distribuováno 10 dotazníků, vráceno bylo 28. Návratnost byla 93 %.

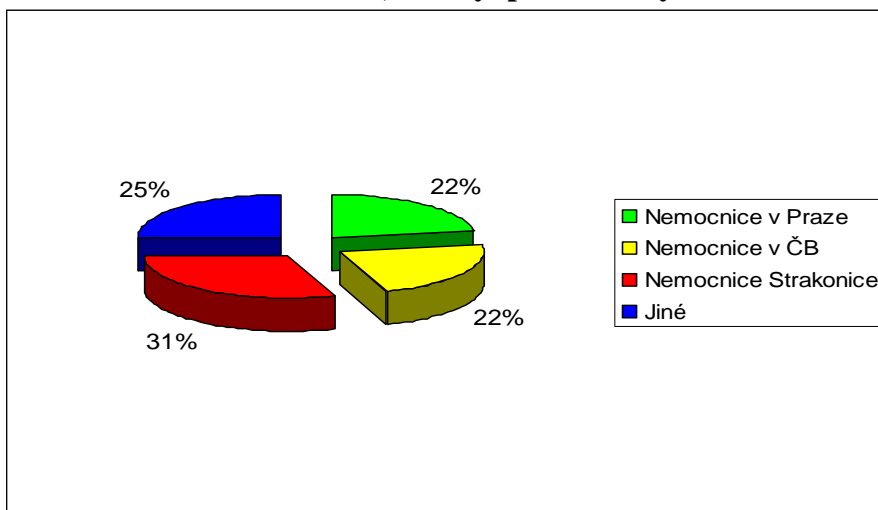


## 4. Výsledky

Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části výzkumného šetření interpretovány pomocí popisné statistiky a vyhodnoceny v grafech, které jsou vytvořeny v programu MS Excel. Ke každé otázce náleží příslušný graf.

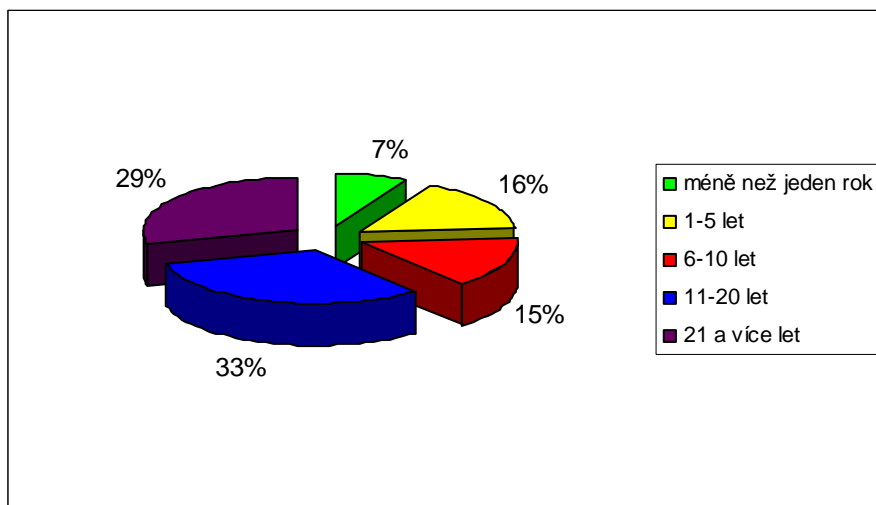
### 4.1 Popisná statistika pomocí grafů

**Graf 1: Nemocniční zařízení, kde byl proveden výzkum**



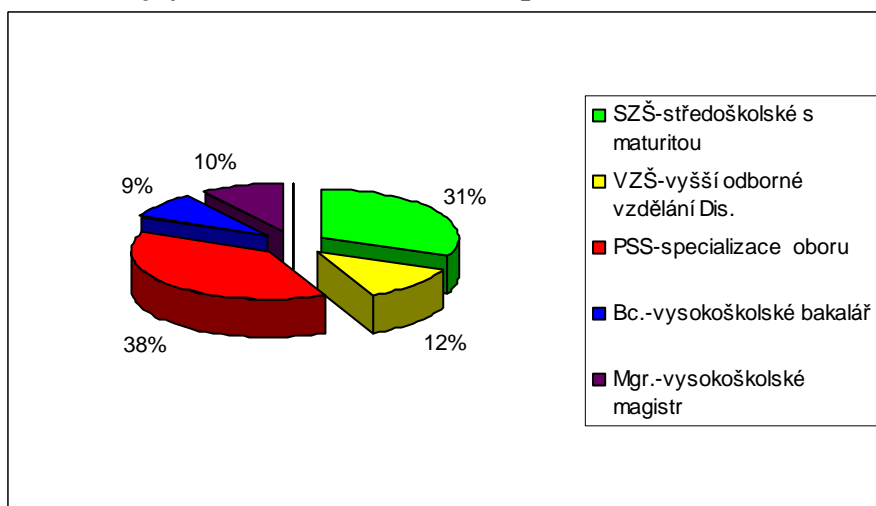
Z výzkumného souboru 134 ( 100 % ) sester pracuje 22 % (30) sester v nemocnicích v Praze, 22 % (30) sester v nemocnici České Budějovice, 31 % (40) v nemocnici Strakonice, 25 % (34) tvořily sestry z Plzně, Písku, Pelhřimova a Tábora.

**Graf 2: Délka odborné praxe respondentů**



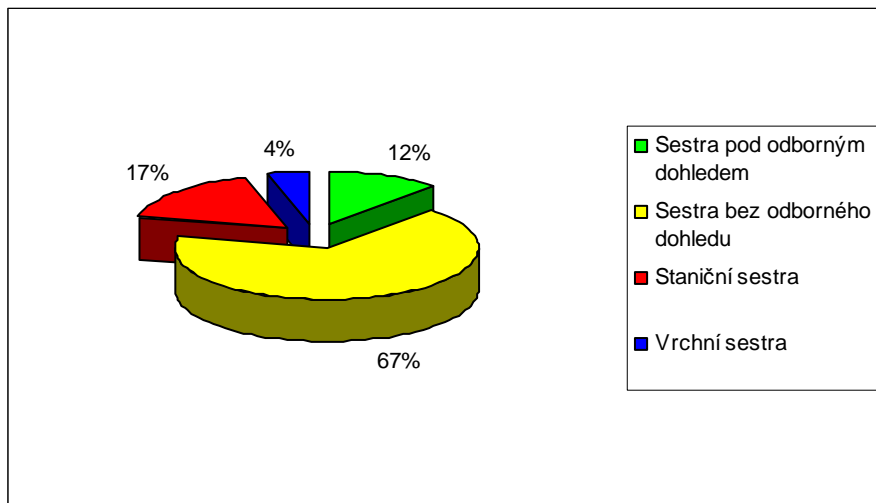
Graf 2 znázorňuje délku odborné praxe respondentů. 7 % (10) respondentů uvedlo, že délka jejich odborné praxe je méně jak jeden rok, 16 % (22) dotazovaných sester pracuje ve zdravotnictví 1 – 5 let. 15 % (20) respondentů uvedlo, že délka jejich odborné praxe je mezi 6 a 10 lety a 33 % (43) sester pracuje ve zdravotnictví mezi 11 - 20 lety. 29% (39) dotazovaných pracuje ve zdravotnictví déle než 21 let.

**Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



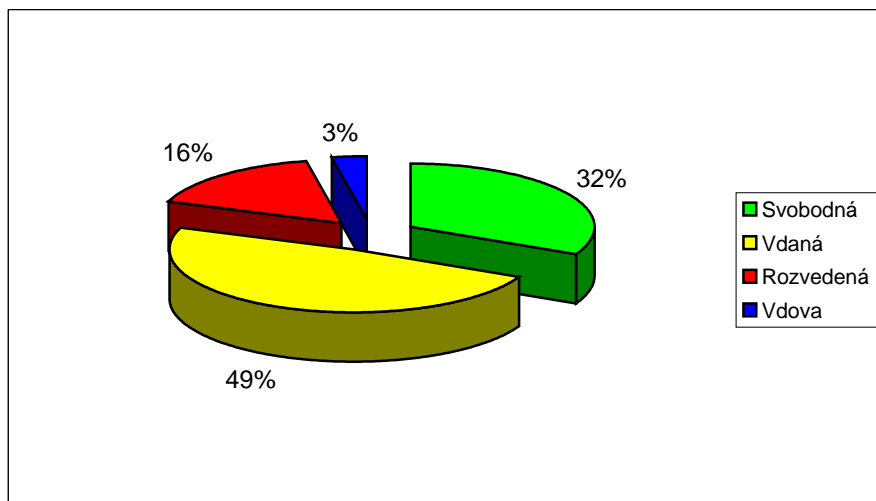
Ze 134 respondentů ( 100 % ), 31 % (42) respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 12 % (16) dotázaných označilo, vyšší odborné vzdělání Dis., 38 % (51) specializaci v oboru, 9 % (12) vystudovalo vysokoškolské bakalářské studium, 10 % (13) respondentů označilo vysokoškolské magisterské studium.

**Graf 4: Pracovní zařazení respondentů**



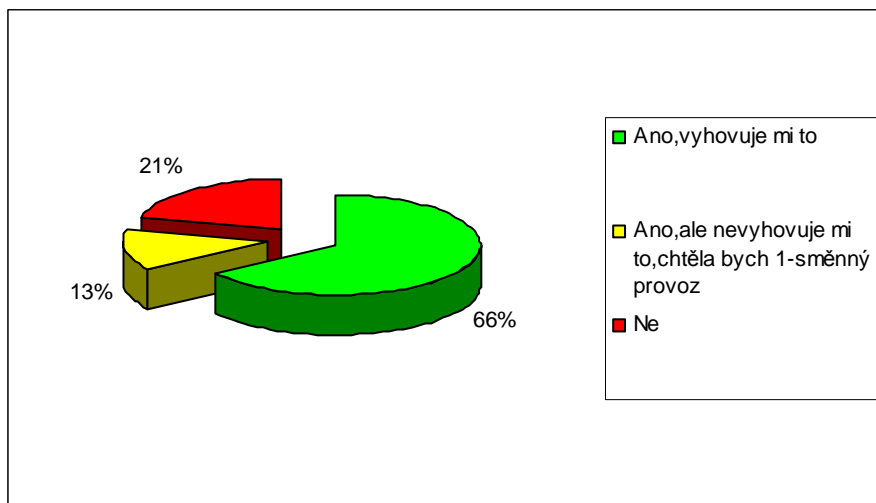
Na otázku „jaké je vaše pracovní zařazení“ 67 % (16) respondentů odpovědělo, že pracuje bez odborného dohledu, 17 % (89) zastává funkci staniční sestry, 12 % (23) respondentů pracuje pod odborným dohledem, 4 % (6) výzkumného souboru tvoří vrchní sestry.

**Graf 5: Rodinný stav respondentů**



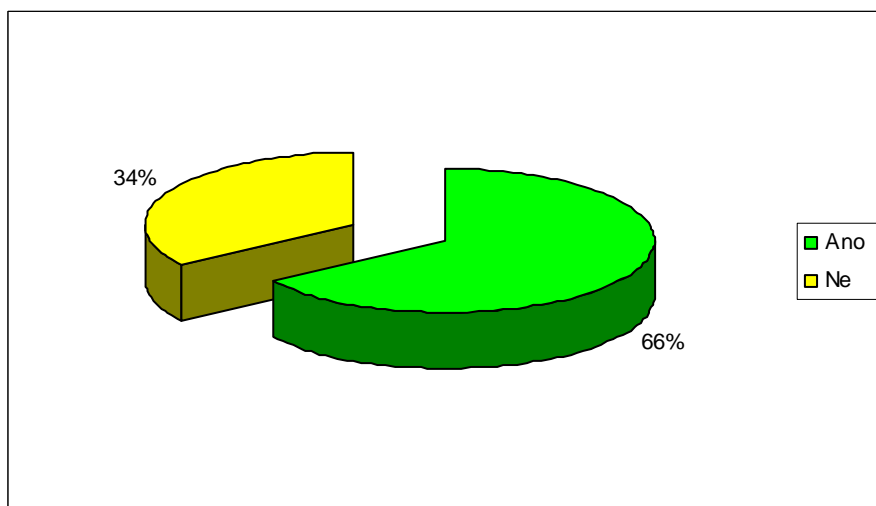
Výzkumný soubor tvoří 32 % (43) svobodných respondentů, 49 % (65) žijí v manželském vztahu, 16 % (22) respondentů jsou rozvedení, 3 % (4) ovdovělých.

**Graf 6: Zda pracuje respondent ve směném provozu**



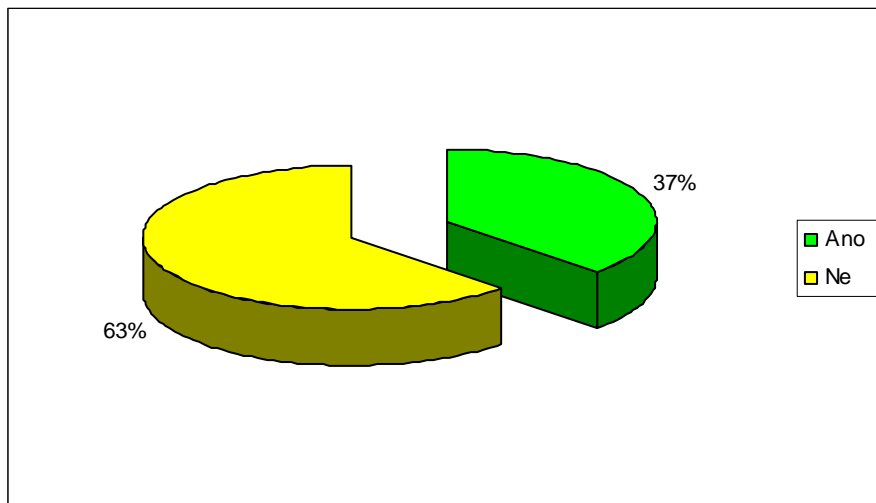
66 % (74) respondentů z výzkumného souboru, pracuje ve směném provozu a označili ho jako vyhovující, 13 % (15) odpovědělo, že pracuje ve směném provozu, ale práce na směny jim nevyhovuje, 21 % (24) dotázaných pracuje na jednu směnu.

**Graf 7: Možnost respondentů zvolit si oddělení, kde chtějí pracovat**



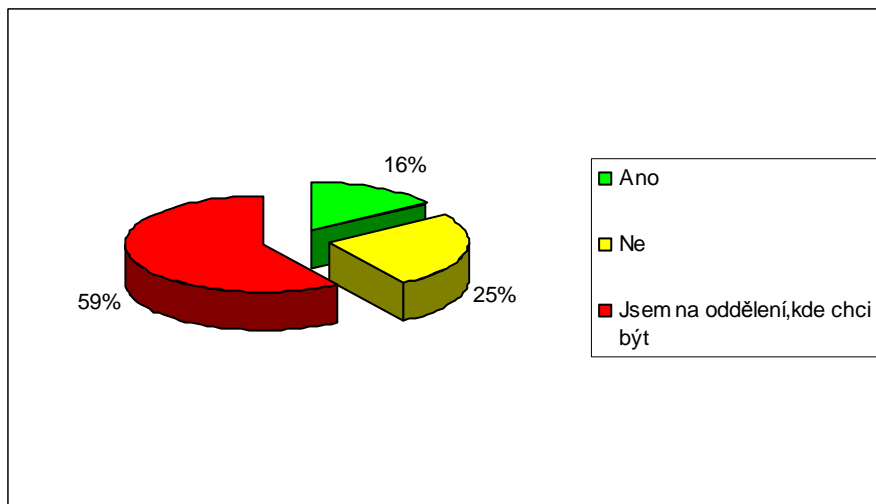
Ze 134 respondentů (100 %), si 66 % (88) z výzkumného souboru mohlo zvolit oddělení na kterém chtějí pracovat, 34 % (46) dotazovaných, nemělo možnost volby.

**Graf 8: Spokojenost respondenta s oddělením, na kterém pracuje**



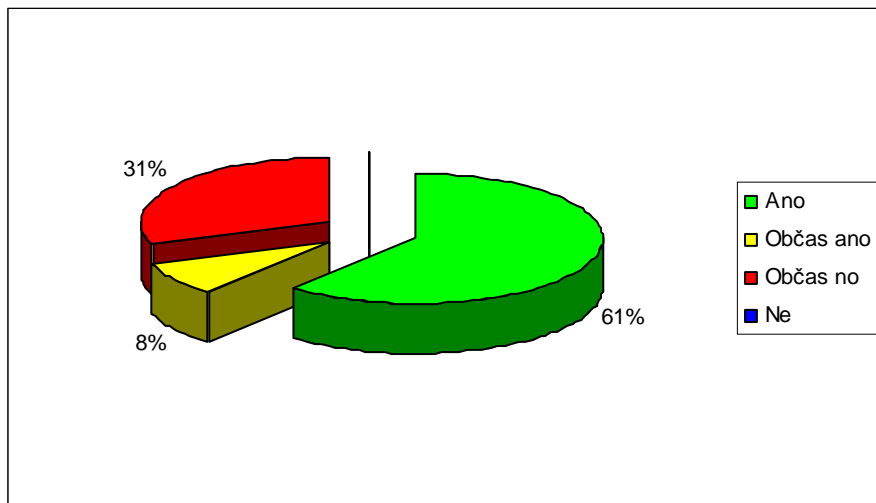
Z výzkumného souboru se 63 % (35) respondentů cítí spokojeno s oddělením, na kterém pracují, 37 % (59) respondentů se cítí nespokojeno a chtěli by pracovat na jiném oddělení.

**Graf 9: Názor respondentů, zda mají možnost přejít na jimi vybrané oddělení**



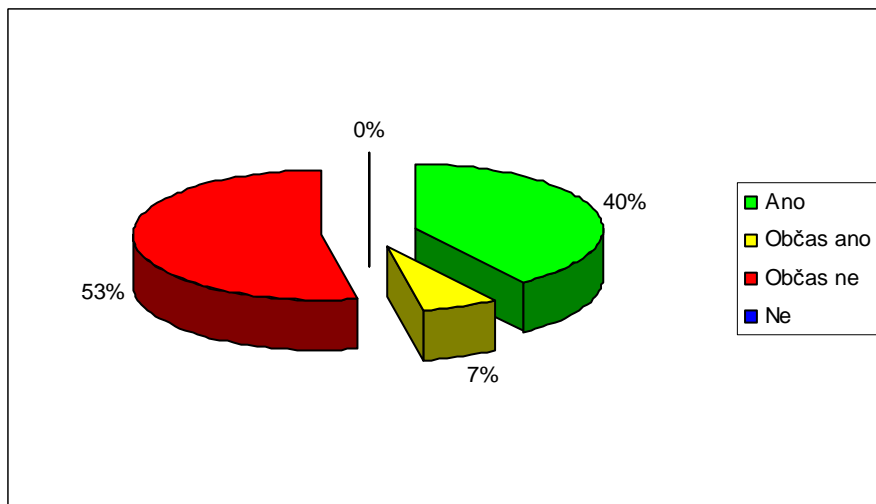
Graf znázorňuje, možnosti respondentů, pracovat na oddělení, které si vybrali. Ze 134 respondentů ( 100 % ), 16 % (21) odpovědělo, že má možnost přejít na oddělení dle svého výběru, 25 % (34) dotázaných nemá možnost přejít na oddělení, kde by chtěli pracovat, 59 % (79) respondentů je spokojeno se svým oddělením a o práci na jiném oddělení nemají zájem.

**Graf 10: Těší respondentů péče o nemocné**



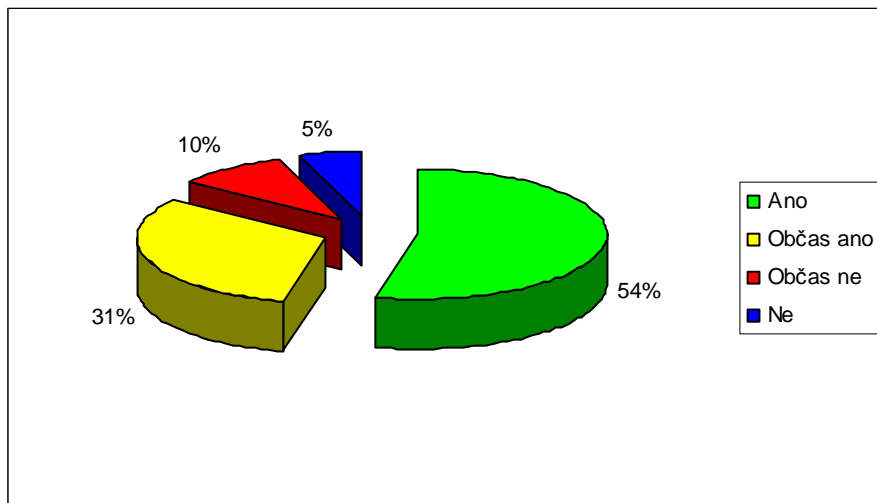
Z výzkumného souboru 61 % (82) sester odpovědělo, že péče o nemocné je těší, 8 % (11) respondentů odpovědělo, že je péče o pacienty těší jen občas, 31 % (41) odpovědělo, že péče o nemocné je občas netěší.

**Graf 11: Trpělivost respondentů při práci s nemocnými**



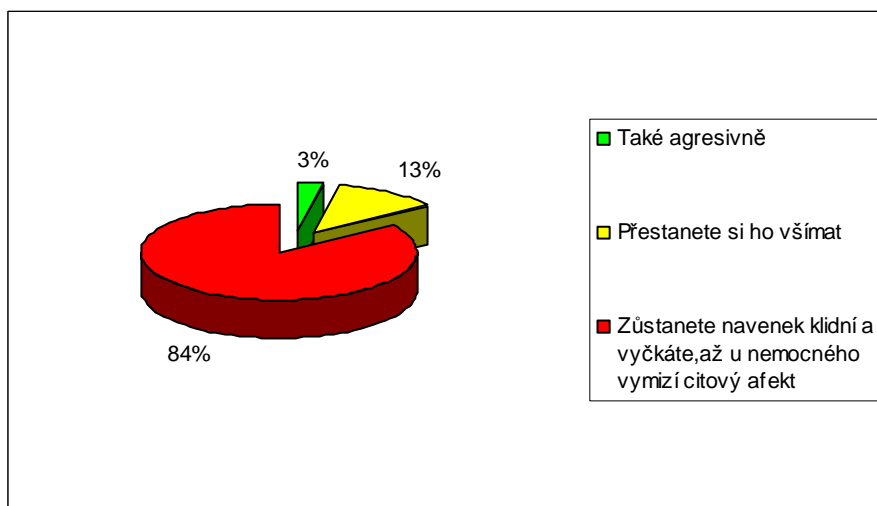
Graf 11 znázorňuje trpělivosti respondentů při práci s nemocnými, 40 % (54) odpovědělo, že má vždy dostatek trpělivosti, 7 % (9) odpovědělo občas ano, 53 % (71) odpovědělo, že občas, při práci nemají dostatek trpělivosti s nemocnými.

**Graf 12: Usiluje respondent o navázání kontaktu s uzavřeným pacientem**



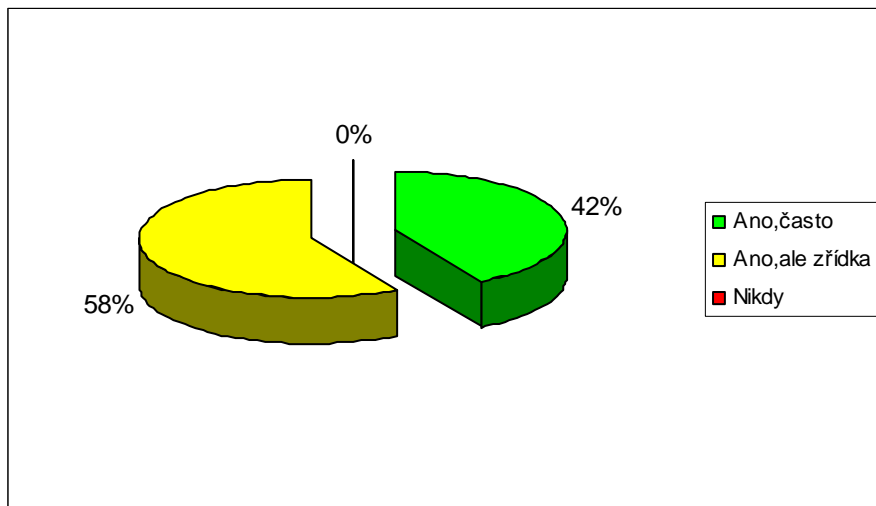
Z výzkumného souboru 54 % (72) respondentů odpovědělo, že se snaží o navázání kontaktu s uzavřeným pacientem, 31 % (42) odpovědělo, že se snaží občas, 10 % (13) dotázaných odpovědělo občas ne, 5 % (7) respondentů se o navázání kontaktu s uzavřeným pacientem nesnaží.

**Graf 13: Jak reagují respondenti na agresivní jednání klienta**



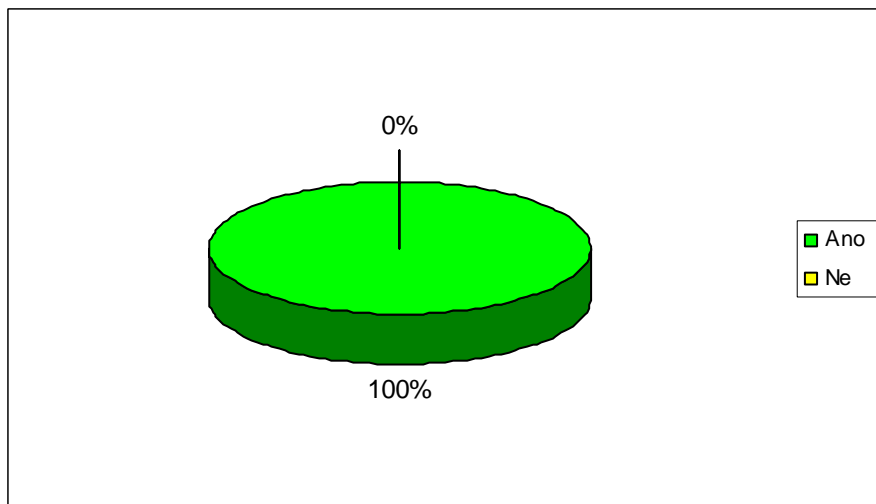
3 % (4) respondentů, odpovědělo, že na agresivní jednání klienta reaguje také agresivně, 13 % (17) dotázaných řeší situaci tím, že si přestane klienta všímat, 84 % (113) respondentů zůstanou navenek klidní a vyčkají, až u nemocného vymizí citový afekt.

**Graf 14: Jak často je respondent oceněn ze strany klienta**



Ze 134 zdravotníků ( 100 % ), odpovědělo 42 % (56), že je nemocný oceněn často. 58 % (78) odpovědělo, že jsou oceněni, ale zřídka.

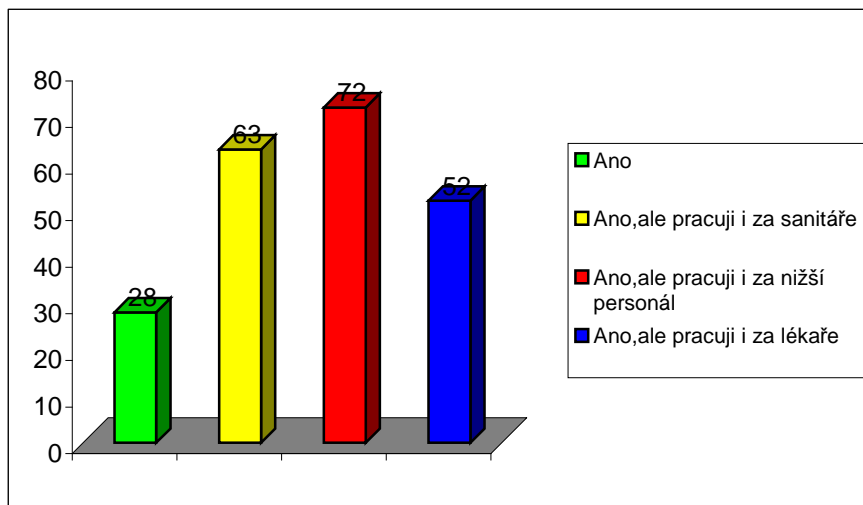
**Graf 15: Zda pozitivní motivace od klienta povzbudí respondenta**



Ze 134 respondentů ( 100 % ), všichni ( 100 % ) odpověděli, že uznání, pochvala, nebo úsměv nemocného, je potěší a povzbudí v práci a péči o nemocné.

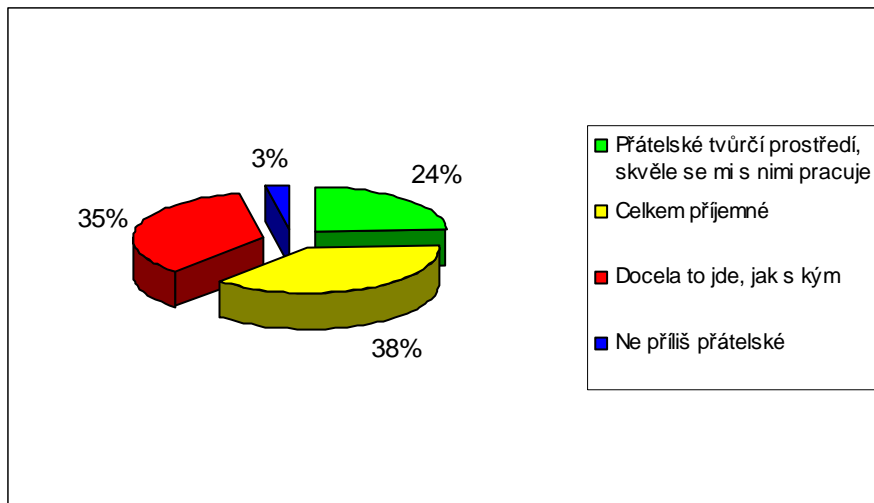


**Graf 16: Nejčastěji vykonává respondent práce za: (možnost více odpovědí)**



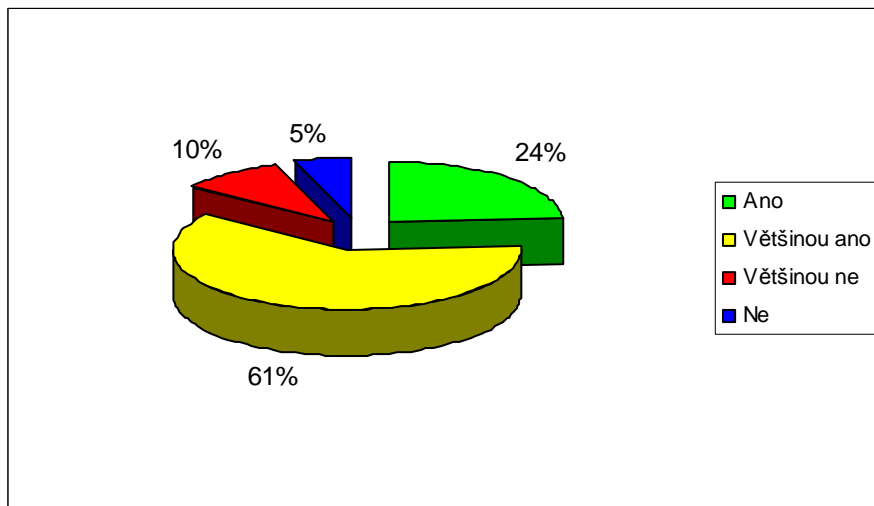
Z výzkumného souboru 28 x respondenti odpověděli, že vykonávají pouze výkony, které jsou v jejich kompetenci. 63 x odpověděli, že pracují i za sanitáře, 72 x označili, že pracují za nižší personál, 52 x označili, že vykonávají činnosti za lékaře.

**Graf 17: Pracovní kolektiv respondentů**



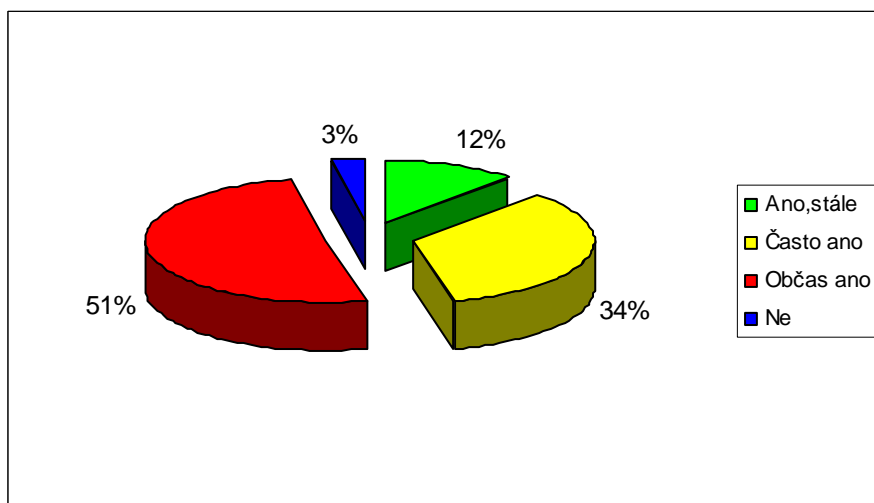
24 % (32) respondentů odpovědělo, že pracují v tvůrčím prostředí, kde se jim skvěle pracuje. 38 % (51) dotazovaných odpovědělo, že pracovní prostředí je celkem příjemné. 35 % (47) odpovědělo, docela to jde, jak s kým. 3 % (4) respondentů uvedlo, že pracují v ne příliš přátelském kolektivu.

**Graf 18: Názor respondentů, zda je na jejich oddělení dostatek pomůcek k práci**



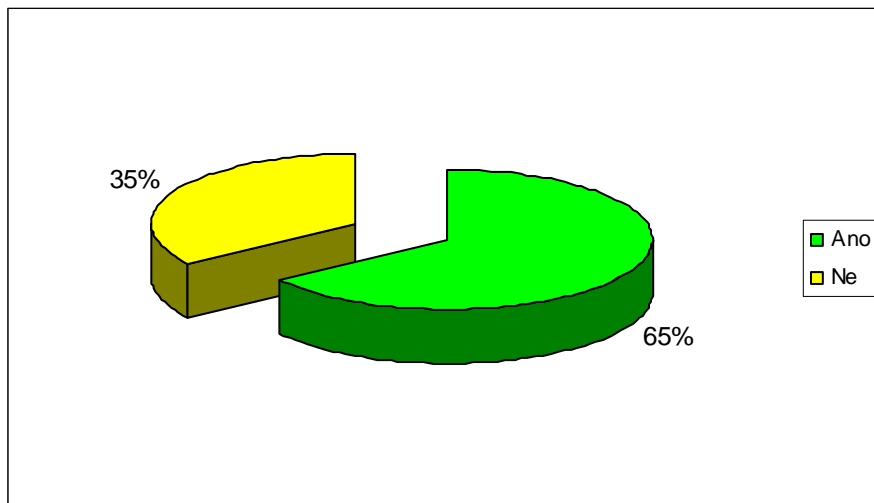
Z výzkumného souboru 24 % (32) respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je vždy dostatek pomůcek, 61 % (82) odpovědělo, že většinou je na jejich oddělení dostatek pomůcek. 10 % (13) se domnívá, že na jejich oddělení většinou není dostatek pomůcek. 5 % (7) dotazovaných odpovědělo, že na jejich oddělení není dostatek pomůcek.

**Graf 19: Zda respondenti pocít'ují únavu**



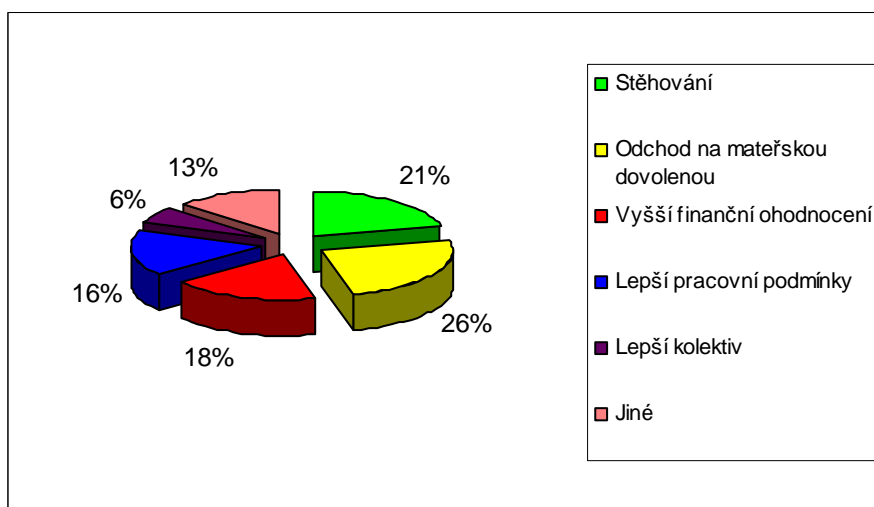
12 % (16) respondentů odpovědělo, že se cítí stále unavení. 34 % (46) sester odpovědělo, že se cítí často unavení. 51 % (68) odpovědělo, že se cítí unavení občas, 3 % (4) respondentů odpovědělo, že se unavení necítí.

**Graf 20: Zda respondent změnil zaměstnání**



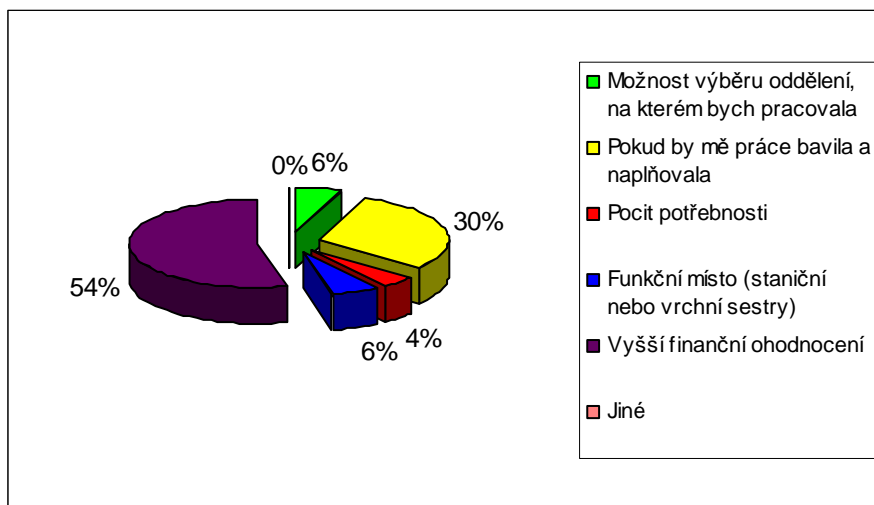
Z výzkumného souboru 65% (84) respondentů odpovědělo, že již změnili zaměstnání. 35 % (45) respondentů odpovědělo, že ještě svoje zaměstnání nezměnilo

**Graf 21: Příčiny fluktuace, dle názoru respondentů**



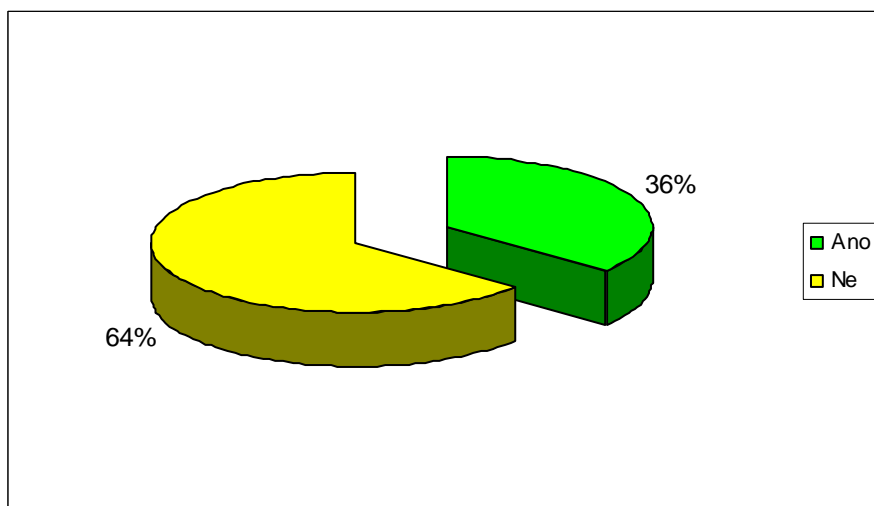
Z 85 respondentů ( 100 % ), kteří změnili místo, 21% (32) udává důvod stěhování, 26 % (38) odpovědělo, že důvodem byl odchod na mateřskou dovolenou, místo bylo již obsazené. 18 % (28) z důvodu lepšího finanční ohodnocení. 16 % (25) označilo důvod svého odchodu, špatnými pracovními podmínkami. 6 % (9) změnili místo kvůli špatnému kolektivu. 13 % (20) z jiných důvodů. ( neshody s nadřízeným, práce mě nebavila )

**Graf 22: Možnosti snížení fluktuace, dle názoru respondentů**



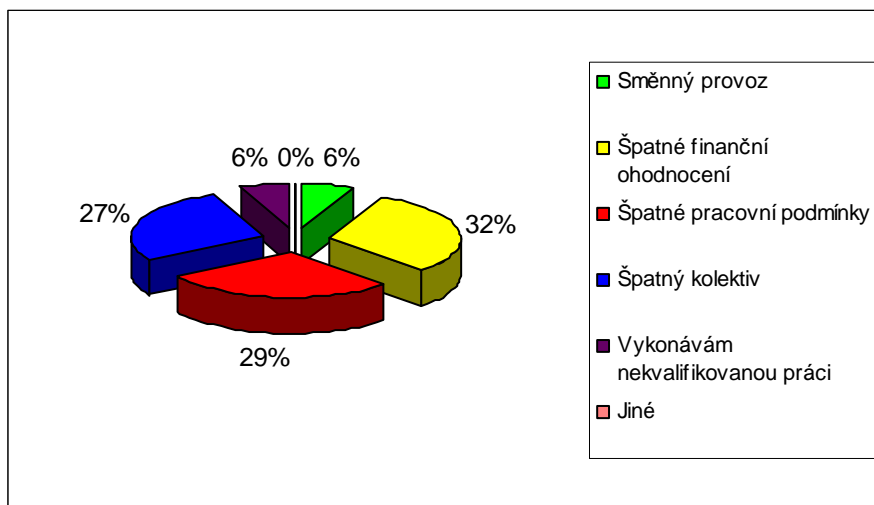
Z 85 respondentů ( 100 % ), 6 % ( 8 ) by zabránila v odchodu možnost výběru oddělení, na kterém by chtěli pracovat. 30 % ( 40 ) by zabránilo v odchodu, pokud by je práce bavila a naplňovala. 4 % ( 6 ) by zabránil v odchodu pocit potřeby. 6 % ( 8 ) by zabránilo v odchodu funkční místo ( staniční nebo vrchní sestry ). 54 % ( 72 ) by zabránilo v odchodu lepší finanční ohodnocení.

**Graf 23: Přemýšlí respondent o odchodu ze zaměstnání**



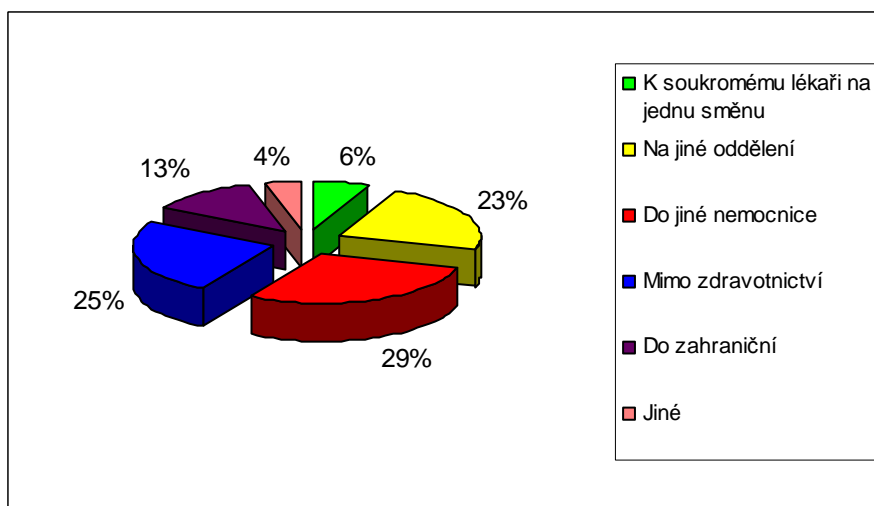
Z výzkumného souboru 36 % ( 48 ) respondentů odpovědělo, že přemýšlí o odchodu ze zaměstnání, 64 % ( 86 ) o odchodu nepřemýšlí.

**Graf 24: Důvody fluktuace z pohledu respondenta**



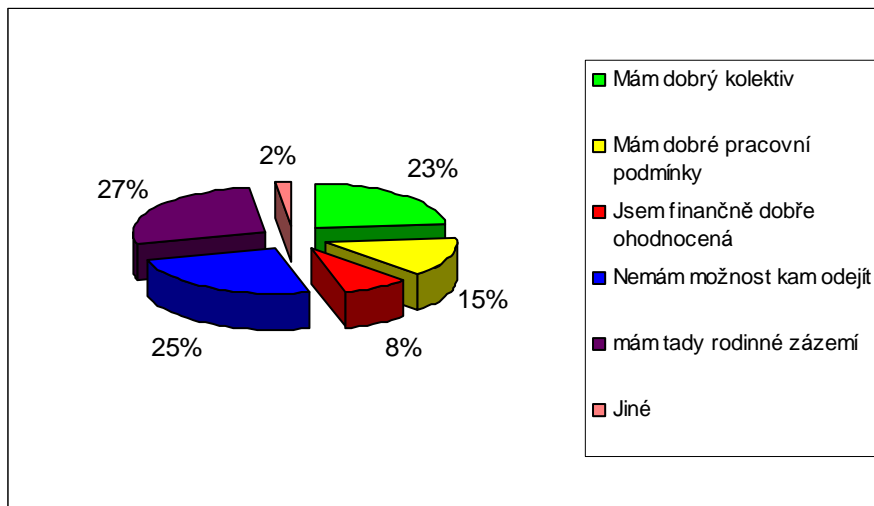
Z 48 respondentů, kteří uvažují o odchodu, 6 % (3) dotázaných, udává důvod odchodu směnný provoz. 32 % (15) respondentů uvažuje o odchodu z důvodu špatného finančního ohodnocení. 29 % (14) označilo jako důvod špatné pracovní podmínky. 27 % (13) pracuje ve špatném kolektivu. U 6 % (3) respondentů vykonává nekvalifikovanou práci a proto uvažuje o odchodu ze zaměstnání.

**Graf 25: Změna zaměstnání, dle výběru respondenta**



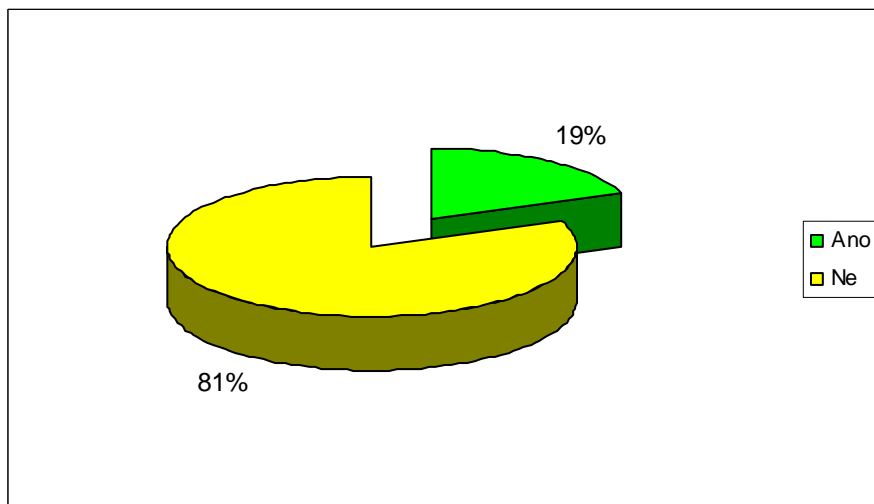
Ze 48 respondentů ( 100 % ), 6 % (3) by chtělo odejít na jednu směnu do ambulance lékaře. 23 % (11) by chtělo odejít na jiné oddělení. 29 % (14) by chtělo odejít do jiné nemocnice. 25 % (12) by chtělo odejít mimo zdravotnictví. 13 % (6) by chtělo odejít do zahraničí.

**Graf 26: Důvody zabraňující odchodu ze zaměstnání z pohledu respondenta**



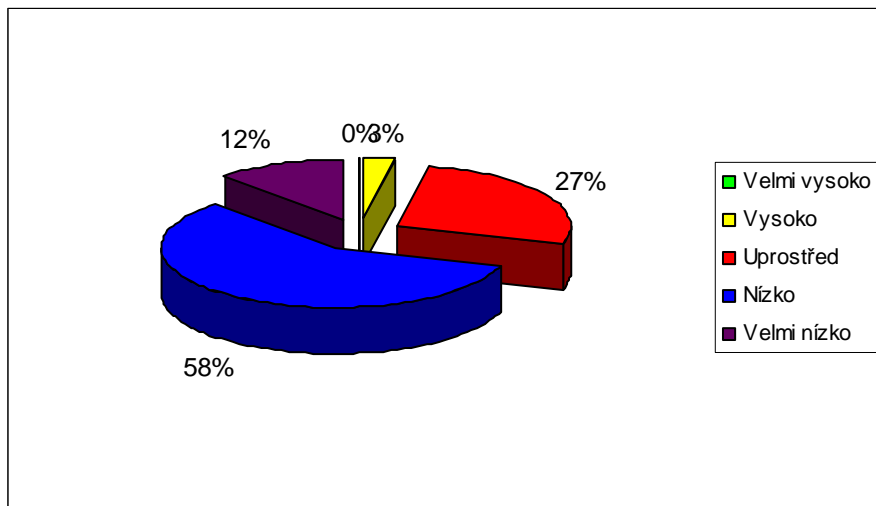
Z 86 respondentů ( 100 % ), kteří odpověděli, že neuvažují o odchodu ze zaměstnání, 23 % (11) odpovědělo, že má dobrý kolektiv. 15 % (7) má dobré pracovní podmínky. 8 % (4) je finančně dobře ohodnoceno. 25 % (12) neuvažuje o odchodu, protože nemají kam jít. 27 % (13) respondentů neuvažuje o odchodu, z důvodu rodinného zázemí

**Graf 27: Má respondent dostatek pracovních příležitostí ke změně zaměstnání**



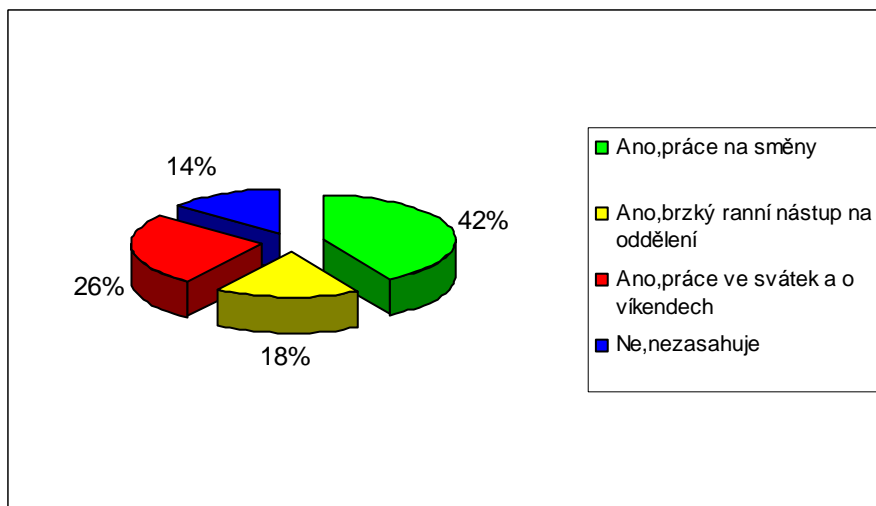
19 % (9) respondentů se domnívá, že po odchodu ze zaměstnání bude mít dostatek pracovních příležitostí. 81 % (39) dotázaných odpovědělo, že po odchodu ze zaměstnání nebude mít dostatek pracovních příležitostí.

**Graf 28: Prestiž povolání zdravotní sestry, v porovnání s ostatními povoláními, dle názoru respondenta**



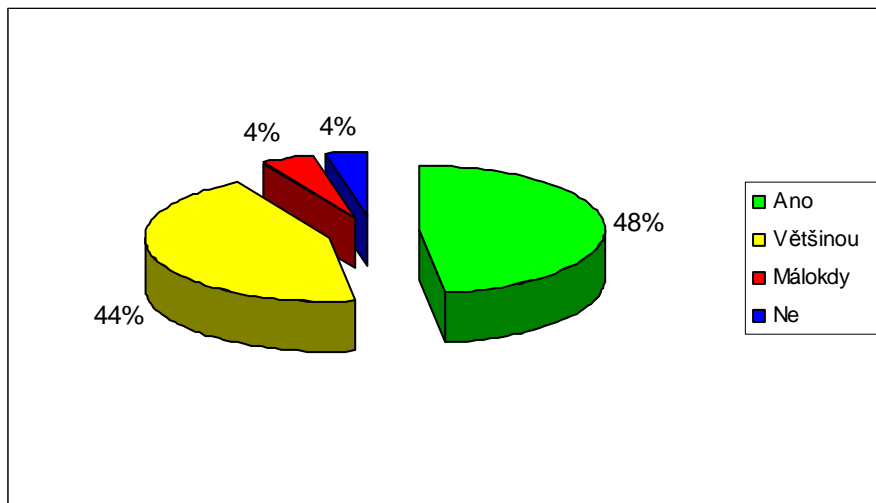
Z výzkumného souboru se 3 % (4) respondentů domnívá, že prestiž povolání sestry je vysoko. Dle názoru 27 % (36) dotazovaných se prestiž sestry pohybuje uprostřed, 58 % (78) respondentů si myslí, že prestiž povolání sestry je nízko a 12 % (16) dokonce označilo, že prestiž povolání sestry je velmi nízko.

**Graf 29: Zda narušuje profese sestry soukromý život respondentů**



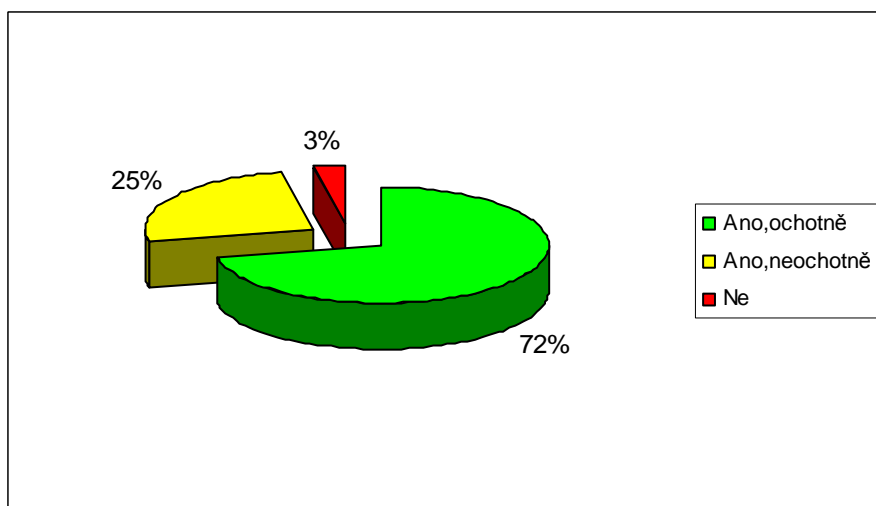
42 % (56) respondentů odpovědělo, že soukromý život jim narušuje práce na směny. 18 % (24) odpovědělo, brzký ranní nástup na oddělení. 26 % (35) narušuje soukromý život práce ve svátek a o víkendech. 14 % (19) odpovědělo, že jim profese do soukromého života nezasahuje.

**Graf 30: Respektuje nadřízený požadavky respondenta ohledně služeb**



Z výzkumného souboru, 48 % (64) odpovědělo, že nadřízený požadavky respektuje. 44 % (59) respondentů odpovědělo, většinou požadavky respektuje. 4 % (6) respondentů odpovědělo, že je nadřízený respektuje málokdy. 4 % (5) odpovědělo, že nadřízený jejich požadavky nerespektuje.

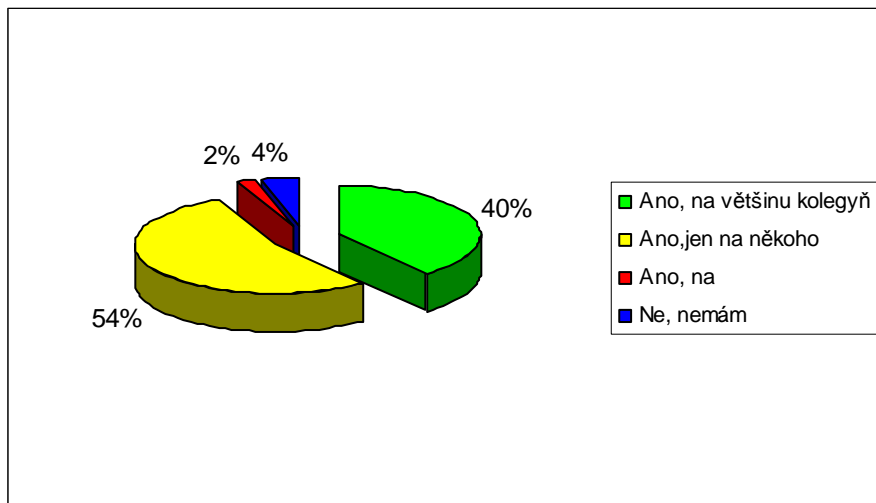
**Graf 31: Zda vymění nadřízený respondentovi službu**



72 % (96) respondentů nemá problém s výměnou služby, nadřízený jim ochotně službu vymění. 25 % (34) odpovědělo, ano vymění, ale neochotně. 3 % (4) dotázaných, odpovědělo, že jim nadřízený službu nevymění.

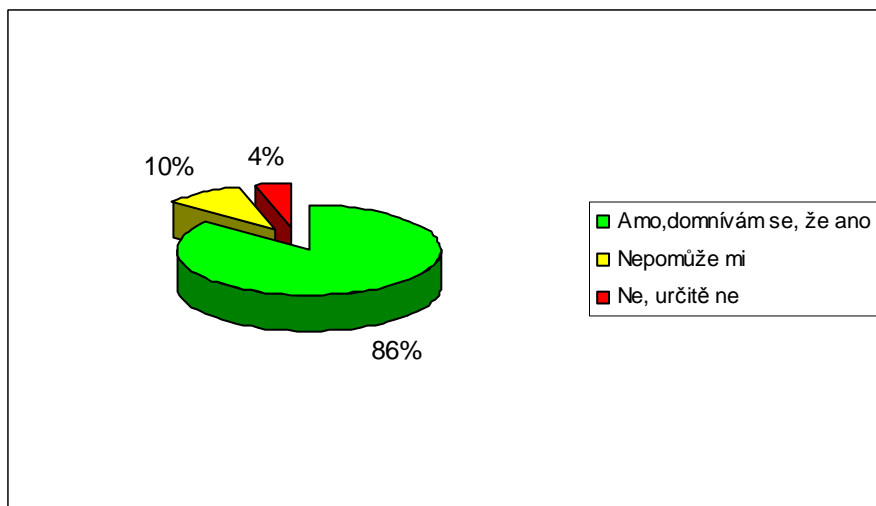


**Graf 32: Má se respondent na koho obrátit**



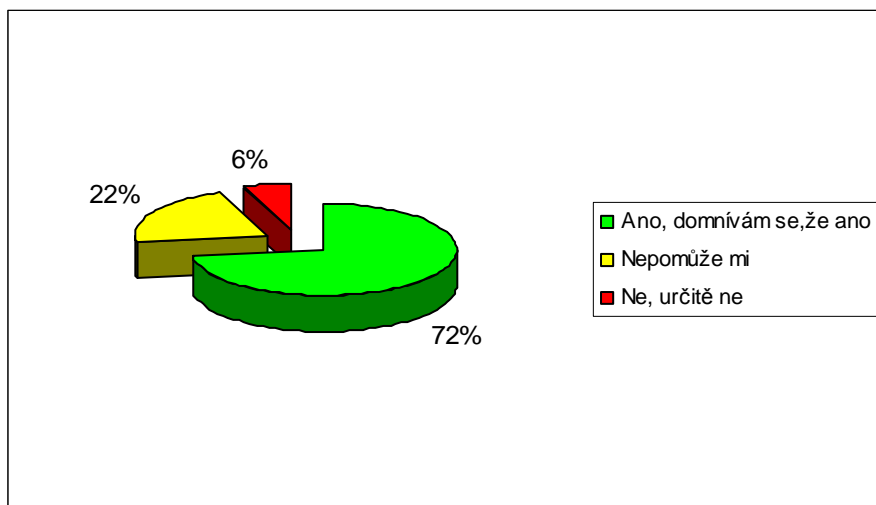
40 % (53) respondentů se domnívá, že se může obrátit na většinu kolegyň. 54 % (72) odpovědělo, že se mohou obrátit jen na někoho. 2 % (3) respondentů odpovědělo, že pouze na kamarádku. 4 % (6) dotázaných odpovědělo, že se nemá na koho obrátit.

**Graf 33: Názor respondentů, zda se mohou obrátit s problémem na staniční sestru**



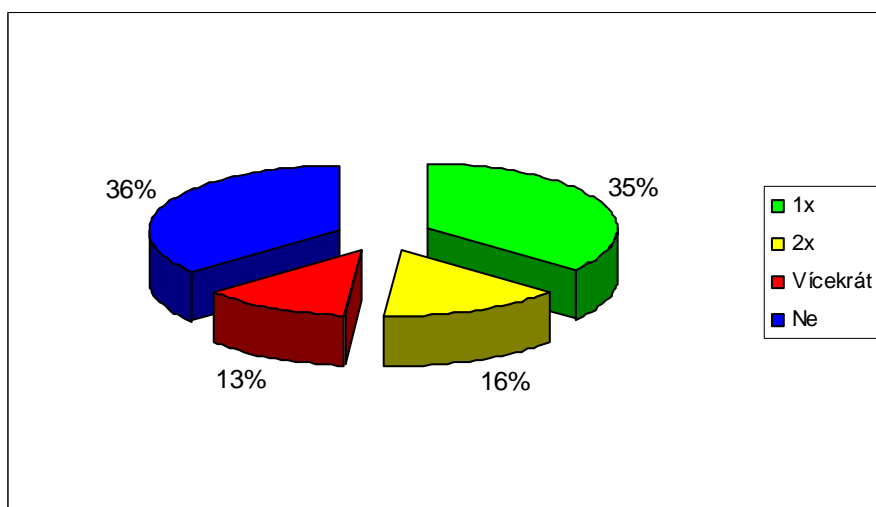
Z výzkumného souboru 86 % (115) respondentů se domnívá, že se mohou obrátit na staniční sestru. 10% (13) odpovědělo, že jim staniční sestra nepomůže. 4 % (6) dotázaných odpovědělo, ne, nemohu se na ni obrátit.

**Graf 34: Názor respondentů, zda se mohou obrátit s problémem na vrchní sestru**



Ze 134 respondentů ( 100 % ), 72 % (97) odpovědělo, ano domnívám se, že ano. 22 % (29) odpovědělo, nepomůže mi. 6 % (3) odpovědělo, ne, určitě ne.

**Graf 35: Kolikrát respondent změnil zaměstnání**



Ze 134 respondentů ( 100 % ), 35 % (48) změnilo zaměstnání 1x, 16 % (21) 2x, 13 % (17) vícekrát, 36 % (48) zaměstnání ještě nezměnilo.

## 5. Diskuse

Struktura dotazníků, použitých při našem výzkumu, byla rozdělena do pěti částí. První část tvořily identifikační otázky. V druhé části jsme se zaměřili na problematiku nepřetržitého provozu, zda ovlivňuje fluktuaci sester. Třetí část dotazníku, byla zaměřena na syndrom vyhoření u zdravotních sester. Ve čtvrté části jsme zkoumali šíři nabídky pracovních míst na trhu práce a její vliv na fluktuaci sester. V páté části byly zjištěny informace, jaká opatření realizují vedoucí pracovníci zabraňující fluktuaci ve zdravotnických zařízeních.

Výzkumný soubor tvořilo 22 % sester z nemocnice v Praze ( viz graf 1 ), 22 % sester z nemocnice České Budějovice, 31 % z nemocnice Strakonice, 25 % tvořily sestry z Plzně, Písku, Tábora a Pelhřimova. Nejvyšší zastoupení ( 33 % ), měly sestry pracující mezi 11-20 lety ve zdravotnictví ( viz graf 2 ), 29 % dotazovaných pracuje ve zdravotnictví déle jak 20 let. 16 % sester uvedlo, že pracují ve zdravotnictví 1-5 let, 15 % uvedlo, že délka jejich odborné praxe je mezi 6-10 lety, u 7 % respondentů délka odborné praxe ještě nepřesáhla jeden rok.

Nejvyšší dosažené vzdělání u 38 % sester ( viz graf 3 ), byla specializace v oboru, ve kterém pracovaly, označilo ji nejvíce respondentů s délkou odborné praxe mezi 6- 20 lety. Sestry s odbornou praxí nad 20 let, označily jako nejvyšší dosažené vzdělání ( 31 % ), středoškolské s maturitou. Sestry s praxí od 1-6 let z 12 % označilo, vyšší odborné vzdělání Dis. 10 % označilo vysokoškolské studium magisterské. 9 % označilo vysokoškolské studium bakalářské.

Pracovní zařazení respondentů z 67 % ( viz graf 4 ), je zařazení bez odborného dohledu. 17 % pracuje ve funkci staniční sestry, 4 % ve funkci vrchní sestry. 12 % respondentů s odbornou praxí do jednoho roku, pracuje pod odborným dohledem.

Cílem práce bylo zmapovat problematiku fluktuace sester ve zdravotnických zařízeních ( C1 ) a zjistit příčiny fluktuace sester ( C2 ).

Hypotézy, které byly stanoveny. Nepřetržitý provoz ovlivňuje fluktuaci sester ( H1 ), dále fluktuaci sester ovlivňuje šíře nabídky pracovních míst na trhu práce ( H2 )

a vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízení realizují opatření zabraňující fluktuaci ( H3 ).

K ověření první hypotézy jsme použily otázky týkající se problematiky směného provozu. Ve směném provozu pracuje 79 % sester ( viz graf 6 ) a 13 % jich uvedlo, že jim práce na směny vadí. Sestry se domnívají, že jim práce narušuje soukromí života, ze 42 % práce na směny ( viz graf 29 ), 18 % sester vadí brzký ranní nástup na pracoviště. Víme, že ošetřovatelství je pře feminizované, 49 % sester je vdaných ( viz graf 5 ), z toho usuzujeme, že mají povinnosti k rodině či k dětem a školky a školy nejsou k tomuto časovému harmonogramu přizpůsobeny. Stejně problémy řeší i 16 % rozvedených a 3 % ovdovělých respondentů ( viz graf 5 ). Tento problém se týká hlavně respondentů z praxí do 20 let, u nichž se předpokládá nižší věk dětí a z toho vyplývající povinnosti. 26 % respondentů narušuje soukromý život, práce ve svátek a o víkendech ( viz graf 29 ), protože nemohou trávit volný čas se svou rodinou a přáteli. U 4 % sester nadřazený buď nerespektuje, nebo u 4 % respektuje málo kdy, požadavky ohledně služeb ( viz graf 30 ), čímž značně omezuje možnosti respondenta a jeho soukromý život. 25 % respondentů má problém s výměnou služby, nadřazený ji vymění neochotně a 3 % ji nevymění vůbec ( viz graf 31 ).

První hypotéza, že nepřetržitý provoz ovlivňuje fluktuaci sester, se potvrdila. Požadavky na práci přesčas a o víkendech zasahují rodinný život sester. Dle názoru H. Haškovcové se sestry často dostávají do konfliktu rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím netrpěla alespoň částečně rodina a naopak určité nároky rodiny není snadné uspokojit, aniž by tím netrpěla profese ( 10 ). Upřednostnění potřeb druhých, před svými může vzbudit pocity viny a výčitky vzhledem k nedostatku času tráveného s rodinou. Náročný životní styl sester také bere čas a energii na koníčky. Domníváme se ale, že nepřetržitý provoz by nemusel být příčinou zvýšené fluktuace sester, kdyby management nemocnic projevil více vstřícnosti, nebo umožnil sestřám, v rámci možností, větší flexibilitu, například úpravu pracovní doby, nebo snížení pracovního úvazku na dobu nezbytně nutnou.

K potvrzení, nebo vyvrácení druhé hypotézy jsme položili otázky týkající se spokojenosti v zaměstnání, dostatku pracovních příležitostí a prestiže povolání zdravotní sestry.

Zaměstnání již změnilo 65 % respondentů ( viz graf 20 ), u 26 % důvodem odchodu, byl nástup na mateřskou dovolenou ( viz graf 21 ), Hawkins uvádí ve své knize, že se jedná o fluktuaci přirozenou ( 11 ), problémem je však rovněž přefeminizované zdravotnictví, kdy i tato přirozená fluktuace způsobuje velké provozní problémy, zvláště na menších odděleních, kde je minimální počet sester. 18 % sester označilo jako důvod odchodu špatné finanční ohodnocení ( viz graf 21 ), tento důvod označily většinou sestry z Prahy a Plzně, kde dle našeho názoru, mají možnost výběru pracovat v jiné nemocnici, kde budou lépe finančně ohodnoceny, nebo mají v blízké lokalitě dostatek pracovních příležitostí, lépe finančně ohodnocených, než je práce ve zdravotnictví. Pouze 19 % sester se domnívá, že pokud se rozhodne změnit zaměstnání, bude mít dostatek příležitostí ( viz graf 27 ). Těchto 19 % se týká pouze sester z Prahy 11 %, Plzně 5 % a Českých Budějovic 3 % , ostatní respondenti z menších nemocnic 81 %, nemají, dle svého názoru dostatek pracovních příležitostí ( viz graf 27 ). Důvodem je rodinné zázemí, které brání 27 % respondentů v odchodu ( viz graf 26 ) a 25 % sester odpovědělo, že nemají možnost jiné pracovní příležitosti ( viz graf 26 ). 64 % sester odpovědělo, že o odchodu ze zaměstnání nepřemýšlí ( viz graf 23 ), je to podle našeho názoru ovlivněno nedostatkem pracovních příležitostí na trhu práce v menších městech a vyplývá to i ze struktury respondentů, kteří tuto odpověď označily. 36 % odpovědělo, že o odchodu ze zaměstnání uvažují ( viz graf 23 ), týká se to respondentů, kteří mají dostatek pracovních příležitostí ve větších městech.

Ze 48 sester, které odpověděly, že uvažují o odchodu, 6 % respondentů označilo jako důvod, směný provoz ( viz graf 24 ), 32 % vadí špatné finanční ohodnocení, 29 % si stěžuje na špatné pracovní podmínky. Sestry nejčastěji uváděly, že jim chybí kvalitní pomůcky k manipulaci s pacientem, pomůcky ulehčující hygienu pacienta a pomůcky na jedno použití. J. Šimek ve své knize uvádí, že v České republice doposud převládá praxe upřednostňování vybavenosti diagnostickými a léčebnými přístroji před výše uvedeným vybavením ulehčujícím práci a zvyšující bezpečnost, nejen pro sestry, ale i

pro pacienty ( 30 ). 27 % označilo jako důvod svého odchodu špatný kolektiv. Vztahy na pracovišti, a tedy i vztahy mezi sestrami, svým způsobem také ovlivňují fluktuaci sester. Tyto vztahy mohou mít mnoho podob, od dobrých až vynikajících po problematické, špatné až vysloveně nepřátelské. Mohou se objevovat i specifické formy násilí, tzv. mobing či bossing ( 19 ). 6 % respondentů, uvažuje o odchodu proto, že vykonávají i nekvalifikovanou práci. Nejčastěji sestry uvažují o odchodu do jiné nemocnice 29 % ( viz graf 25 ), tuto odpověď označily nejčastěji sestry, které pracují ve špatných pracovních podmínkách ( viz graf 24 ). 23 % uvažuje o odchodu na jiné oddělení ( viz graf 25 ), většina označila jako důvod špatný kolektiv ( viz graf 24 ). 25 % by chtělo odejít mimo zdravotnictví ( viz graf 25 ), důvodem dle názoru respondenta je většinou špatné finanční ohodnocení ( viz graf 24 ). 13 % sester uvažuje o odchodu do zahraničí ( viz graf 25 ), kde nejčastějším důvodem byly špatná finanční stránka, ale také špatné pracovní podmínky a vykonávání nekvalifikovaných výkonů ( viz graf 24 ). 6 % respondentů, by chtělo odejít do ambulance na jedno směnný provoz ( viz graf 25 ), tyto procenta, jsou shodná s 6 % respondentů, kteří jako důvod odchodu zvolily směnný provoz ( viz graf 24 ).

56 % respondentů, by neopustilo své zaměstnání pokud by byli lépe finančně ohodnoceny ( viz graf 22 ). P. Hawkins ve své knize uvádí, že čím větší je rozdíl mezi množstvím sil, které práci věnujeme, tím větší může být frustrace ( 11 ). 30 % respondentů, by neopustilo své zaměstnání, pokud by je práce bavila a naplňovala. 4 % pokud by měli pocit potřeby.

Druhá hypotéza, že fluktuaci sester ovlivňuje šíře nabídky pracovních míst na trhu práce, se potvrdila. Fluktuace sester je mnohem vyšší ve větších městech, kde mají podle našeho názoru sestry možnost odejít na jiné pracoviště, do jiné nemocnice, či mimo zdravotnictví. V menších městech je fluktuace sester nižší. Důvodem je podle našeho názoru a dle výsledků výzkumu malá možnost pracovních příležitostí na trhu práce. Nemocnice v menším městě je pouze jedna a do nejbližší jiné nemocnice se nevyplatí, ať z finančních důvodů, nebo z rodinných důvodů, dojíždět. V ambulancích lékařů, nebo na poliklinikách jsou místa obsazena většinou trvale. Pracovních příležitostí mimo zdravotnictví s lepším finančním ohodnocením, nebo lepšími

pracovními podmínkami je velice málo. Sestry i přes velkou nespokojenost v zaměstnání nemají kam odejít.

K ověření třetí hypotézy, že vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních realizují, nebo nerealizují opatření zabraňující fluktuaci jsme použili otázky týkající se vstřícnosti managementu ke svým zaměstnancům a syndromu vyhoření.

Jedním ze základních předpokladů úspěchu jakékoli organizace, je zdravá organizační kultura. Ta přináší jako vedlejší produkt dobrou pracovní atmosféru ( 20 ). Přesto 34 % sester si nemělo možnost zvolit oddělení, kde by chtělo pracovat ( graf 7 ). 37 % respondentů se cítí nespokojeno a chtěli by pracovat na jiném oddělení ( graf 8 ), ale 25 % dle názoru respondentů to není umožněno ( graf 9 ). Nadřízený neumožní přesun na jiné oddělení ani z důvodu, že 35 % sester pracuje v ne příliš přátelském kolektivu a 3 % dokonce v kolektivu nepřátelském ( graf 17 ). 54 % sester se ve svém pracovním týmu může obrátit jen na někoho, 2 % pouze na kamarádku a 4 % sester se nemá na koho obrátit ( graf 32 ). Jaro Křivohlavý ve své knize uvádí, že jestliže prožijeme jednu třetinu života v práci, chceme aby se nám tam líbilo, abychom se mohli realizovat, do práce se těšit, být v ní respektováni a ne neustále schazováni, ignorováni nebo podceňováni. To lze změnit i projeveným zájmem nadřízených a opravdovou spoluprací. Znamená to vyjít vstříc třeba i v maličkostech ( 18 ). 10 % respondentů se domnívá, že pokud se obrátí na staniční sestru s problémem nepomůže jim a 4 % odpovědělo určitě mi nepomůže ( graf 33 ). Na otázku, zda jim pomůže vrchní sestra 22 % respondentů se domnívá, že jim nepomůže a 6 % odpovědělo určitě nepomůže ( graf 34 ). Podle knihy „ Supervize v pomáhajících profesích“ ( 11 ) je třeba změnit myšlení a jednání manažerů, chce to novou filosofii, která je postavena na přesvědčení, že v moderním ošetrovatelství je sestra důležitější než vybavení oddělení nebo špičková technika. Management by se měl naučit vnímat sestry jako investici, kterou je nutno budovat a zhodnocovat a proto by se měli zajímat o jejich skutečné potřeby, problémy, ambice i starosti. 4 % respondentů odpovědělo, že nadřízený jen málokdy respektuje jejich požadavky na služby a 4 % sester odpovědělo, že nadřízený jejich požadavky nerespektuje ( graf 30 ). Na otázku zda nadřízený umožní výměnu služby, 25 % sester odpovědělo, že neochotně a 3 % sester odpovědělo, že jim výměnu služby nadřízený

neumožní ( graf 31 ). Management by se měl starat i o prostředí, kde sestry tráví tolik času, vytvářet dobré zázemí pro práci. 10 % sester většinou nemá na svém pracovišti dostatek pomůcek, 5 % odpovědělo, že na jejich oddělení není dostatek pomůcek ( graf 18 ). Sestry většinou vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonovým i emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným, sestry více vydávají než dostávají, emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak byl očekáván. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k syndromu vyhoření. 31 % sester odpovědělo, že je péče o nemocné občas netěší ( viz graf 10 ). Na otázku zda se snaží navázat kontakt z uzavřeným pacientem 5 % sester odpovědělo nesnažím se. 10 % respondentů se občas nesnaží, 31 % se snaží jen občas ( graf 12 ). Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, nežli je tomu u většiny jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí. Na otázku jak reagujete na agresivní jednání nebo jinak nepříjemné chování nemocného, 3 % odpovědělo, že reagují také agresivně a 13 % dotázaných řeší situaci tím, že si přestanou klienta všímat ( graf 13 ). 12 % respondentů se cítí stále unavení ( graf 19 ). Podle mého názoru k tomu přispívá narušení spánkového rytmu u směného režimu, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu. Z důvodu nedostatku nižšího personálu, sestry často velmi zatěžují páteř při zvedání a manipulaci s nemocnými, 63 x, označily sestry, že pracují za sanitáře a 72 x, za nižší personál ( graf 17 ), přesto 58 % sester odpovědělo, že za svoji péči jsou od nemocných oceněni jen zřídka. Ale 100 % sester by povzbudilo a potěšilo v práci pochválení, poděkování, nebo úsměv nemocného ( graf 15 ). Domníváme se, že taková morální odměna bývá mnohdy pro další práci silnějším stimulem než odměna materiální. A její účinek příjemně pocítujeme ještě dlouho potom, co se nám takové odměny dostalo. Dle etického kodexu sester je povolání sestry z hlediska vlastní odborné přípravy i profesionálního výkonu velmi náročné. Od sestry se očekává, že ovlivní prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Přesto pouze 3 % respondentů se domnívá, že prestiž



povolání sestry je vysoko. 27 % sester se domnívá, že prestiž tohoto povolání je uprostřed, 58 % sester odpovědělo, že nízko a 12 % se domnívá, že velmi nízko.

Třetí stanovená hypotéza, že vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních realizují opatření zabraňující fluktuaci se nepotvrdila. Náročnost práce ve zdravotnictví zmírnit nelze, neustále narůstá, protože jsou kladeny stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry. Nezanedbatelné jsou právní a etické tlaky na ošetrovatelský personál. Ke zmírnění náročnosti práce sester je nutný jak dostatečný počet pomocného personálu, tak nezatěžování kvalifikovaných sester prací, která jim nepřináleží. Reálným problémem, se kterým se může v budoucnu vedení našich nemocnic potýkat, bude nedostatek a fluktuace personálu. Management by se měl zabývat nejen spokojeností pacientů, ale i spokojeností sester. Pravidelně vyhodnocovat práci sester, oceňovat je a pochválit co za pochvalu stojí. Jistě by se našlo pozitivní spojení mezi nízkou fluktuací a spokojeností sester.

## 6. Závěr

Práce „, Problematika fluktuace sester“ měla za cíl zmapovat problematiku zdravotních sester ve zdravotnických zařízeních a zjistit příčiny fluktuace sester. Tento cíl se nám podařilo splnit pomocí dotazníků, které byly orientovány na názory sester. Podařilo se nám získat dostatek materiálu pro posouzení a porovnání fluktuace a jeho příčin.

První stanovená hypotéza, že nepřetržitý provoz ovlivňuje fluktuaci sester, se nám potvrdila. Navazující druhá hypotéza, že fluktuaci sester ovlivňuje šíře nabídky pracovních míst na trhu práce se nám také potvrdila. Třetí hypotéza, že vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních realizují opatření zabraňující fluktuaci se nám nepotvrdila, neboť názor sester je opačný.

Ve výzkumném šetření jsme zmapovali několik oblastí souvisejících s problematikou fluktuace sester. První oblast se týkala nepřetržitého provozu, druhá oblast syndromu vyhoření, ve třetí oblasti jsme se zabývali šíří nabídky pracovních míst na trhu práce a čtvrtá oblast hodnotila management nemocnic. Při výzkumu jsme vycházeli z její teoretické části. Přínos práce vidím především v získání názorů sester, týkajících se příčin fluktuace. Přesto, že náročný směnný provoz, práce ve svátek a o víkendech zvyšuje fluktuaci sester, její hlavní příčinou podle názoru sester je špatná politika managementu nemocnic.

Z výsledků nám tedy vyplynulo, že fluktuace sester ve zdravotnických zařízeních by se mohla snížit, pokud by management nemocnic poskytl sestřím možnosti větší flexibility pracovní doby, umožnil sestřím pracovat na oddělení, které by je zajímalo a uspokojovalo. Podle názoru sester je jedním ze základních předpokladů úspěchu jakékoli organizace zdravá organizační kultura, která přináší pozitivní motivaci, posílení týmové práce a sestry by se cítily dobře.

Práce může posloužit jako podnět pro zamyšlení staničnicím sestřím, vrchním sestřím, nemocničnímu managementu i studentům ošetrovatelských oborů. Mohou se

díky této práci přesvědčit o pozitivěch vstřícnějšího přístupu k sestřám, uvědomit si nedostatky a zhodnotit oblasti, ve kterých by mohlo dojít ke zlepšení.

## 7. Seznam literatury

1. ANN, R., SHARONN, E. *Repertorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 2004 ISBN 80-247-0932-5.
2. BARBARA, A., WORKMAN, C., BENNETT, L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 2007 ISBN 80-247-1714-X.
3. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210- 0404.
4. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 přeprac. a doplněné vydání. Praha: Grada. 2005 ISBN 80-7013-416-X.
6. ČECHOVÁ, V. *Speciální psychologie*. 1 vyd. Brno: IDV PZ, 2003. 135 s. ISBN 80-7013-386-4.
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo – teoria*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'ství – teorie*. Přel. V. Tóthová. 1. České vydání Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. GULÁŠOVÁ, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s.8-9. ISSN 1210-0404.

10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
11. HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 233 s. ISBN 80-7254-329-6.
13. JURÁSKOVÁ, D., PACOVSKÝ, V. *Vysokoškolsky vzdělané sestry. Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s. 39. ISSN 1210-0404.
14. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDV PZ 1992. ISBN 80-7013-123-3.
15. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. SZÚ, 2 rozšířené vydání, Praha 2003. ISBN 80-7071-231-1.
16. KOČMANOVÁ, A. *Syndrom vyhoření. Sestra*. PRAHA: 2005, roč. 15, č. 12, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
17. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
18. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
19. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

20. MARRY ELLEN GROHAR- MURRAY, HELEN, R., DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.
21. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. Díl systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2003. ISBN 80-246-0428-0.
22. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
23. NOVOTNÁ, H., HLAVÁČOVÁ, M. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
24. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 50 s. ISBN 80-7013-420-8.
25. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1503-1.
26. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
27. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
28. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998 50 s. ISBN 57-856-98.
29. STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností*. 1 vyd. Brno: IDV PZ 2001 86s. ISBN 80-7013-329-5.

30. ŠIMEK, J. Image sestry – Sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000, s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5.
31. ŠULISTOVÁ, J. Touží sestry po moci? *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 11, s.20-21 ISSN 1210-0404.
32. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1 vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
33. UNIVERSUM. *Všeobecná encyklopedie*. 1 vyd. Praha: Odeon, 2000. ISBN 80- 207-1063-9 ( 3 Díl ).
34. VONDRÁČEK, L. *České ošetřovatelství 13.: Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2003.74 s ISBN 80-7013-388-0.
35. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1 vyd. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1198-2.
36. VOROSOVÁ, G., MESÁROŠOVÁ, J. Vzdělávání sester v období vstupu do EU. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, 18 s. ISSN 1210-0404.
37. ZOCHOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁM, J. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-247-2068-5.
38. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

39. Anon: Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*, částka 9. <http://www.mzd.cz/index.php?kategorie = 205>, únor 2007.
40. Anon. *Činnosti zdravotnických pracovníků*. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb.
41. Anon. Strategické dokumenty WHO pro všeobecné sestry a porodní asistentky I. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-21-7.
42. Anon. Strategické dokumenty WHO pro všeobecné sestry a porodní asistentky II. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7.



## **8. Klíčová slova**

OŠETŘOVATELSTVÍ

MOTIVACE

FLUKTUACE

VŠEOBECNÁ SESTRA

MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

PRACOVNÍ MOBILITA

BURN-OUT SYNDROM

ETICKÝ KODEX SESTER

## **Key words**

NURSING

MOTIVATION

TURNOVER

GENERAL NURSE

MANAGEMENT OF HEALTH CARE FACILITIES

OCCUPATIONAL MOBILITY

BURN-OUT SYNDROME

NURSES' CODE OF ETHICS

## 9. Přílohy

### 9.1 PŘÍLOHA 1 – dotazník

*Vážené kolegyně,*

jsem studentkou 3. ročníku Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši bakalářskou práci na téma „Problematika fluktuace sester“. Tímto Vás prosím o laskavé vyplnění dotazníku, který bude využit při zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte, nebo vypište.

Děkuji Lenka Pavlíková

#### 1. V jaké nemocnici pracujete?

- .....
- Nemocnice Praha
- Nemocnice Č Budějovice
- Nemocnice Strakonice

#### 2. Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- Méně než jeden rok
- 1rok – 5let
- 6let – 10let
- 11let – 20let
- 21let a více

#### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VZŠ
- PSS
- Bc
- Mgr.
- Jiné

#### **4. Pracujete jako?**

- Sestra s odborným dohledem
- Sestra bez odborného dohledu
- Staniční sestra
- Vrchní sestra

#### **5. Váš stav?**

- Svobodná
- Vdaná
- Rozveden
- Vdova

#### **6. Pracujete ve směném provozu?**

- Ano, vyhovuje mi to
- Ano, nevyhovuje mi to, chtěla bych do jednosměnného provozu
- Ne

#### **7. Měla jste možnost zvolit si oddělení, kde chcete pracovat?**

- Ano
- Ne

#### **8. Chtěla by jste pracovat na jiném oddělení?**

- Ano
- Ne

#### **9. Máte možnost přejít na oddělení, které chcete?**

- Ano
- Ne

#### **10. Těší Vás ošetřovat nemocné?**

- Ano
- Občas ano
- Občas ne
- Ne

**11. Máte při práci s nemocnými vždy dostatek trpělivosti?**

- Ano
- Občas ano
- Občas ne
- Ne

**12. Usilujete o navázání kontaktu i tehdy, když je nemocný uzavřený a nejeví o nic zájem?**

- Ano
- Občas ano
- Občas ne
- Ne

**13. Jak reagujete na agresivní jednání nebo jinak nepříjemné chování nemocného?**

- Také agresivně
- Přestanete si ho všímat
- Zůstanete navenek klidní a vyčkáte, až u nemocného vymizí citový afekt

**14. Ocenil někdy některý nemocný Vaši práci?**

- Ano
- Ne

**15. Potěšilo nebo dokonce povzbudilo Vás jeho uznání, pochvala nebo úsměv?**

- Ano
- Ne

**16. Vykonáváte na Vašem oddělení výkony, které jsou v kompetenci Vaší profese?**

- Ano
- Ano, ale pracuji i za sanitáře
- Ano, ale pracuji i za nižší personál
- Ano, ale pracuji i za lékaře
- Ne

**17. Jaký je Váš pracovní kolektiv?**

- Přátelské, tvůrčí prostředí, skvěle se s nimi pracuje
- Celkem příjemné
- Docela to jde, jak s kým
- Ne příliš přátelské

**18. Je na Vašem oddělení dostatek pomůcek a materiálu k práci?**

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne

**19. Cítíte se unavená?**

- Ano, stále
- Často ano
- Občas ano
- Ne

**20. Změnila jste již místo?**

- Ano
- Ne

**21. Z jakého důvodu jste změnila místo?**

- Stěhování
- Odchod na mateřskou dovolenou
- Vyšší finanční ohodnocení
- Lepší pracovní podmínky
- Lepší kolektiv
- Jiné-----

**22. Co by Vám zabránilo v odchodu ze zdravotnictví?**

- Výběr oddělení
- Pokud by mě práce bavila a naplňovala
- Pocit potřeby
- Funkční místo ( staniční, nebo vrchní sestry )
- Vyšší finanční ohodnocení
- Jiné-----

**23. Přemýšlíte o odchodu? ( pokud ne přejděte na otázku č. 28 )**

- Ano
- Ne

**24. Z jakých důvodů, by jste odešla?**

- Směnný provoz
- Špatné finanční ohodnocení
- Špatné pracovní podmínky
- Špatný kolektiv
- Vykonávám nekvalifikovanou práci
- Jiné-----

**25. Kam by jste šla?**

- K soukromému lékaři na jednu směnu
- Na jiné oddělení
- Do jiné nemocnice
- Mimo zdravotnictví, kam-----
- Do zahraničí
- Jiné-----

**26. Proč jste neodešla?**

- Mám dobrý kolektiv
- Mám dobré pracovní podmínky
- Jsem finančně dobře ohodnocená
- Nemám možnost, kam odejít
- Mám tady rodinné zázemí
- Jiné-----

**27. Kdyby, jste opustila dosavadní místo, máte podle Vašeho názoru dostatek pracovních příležitostí?**

- Ano
- Ne

**28. Domníváte se, že prestiž zdravotní sestry je na žebříčku povolání?**

- Velmi vysoko
- Vysoko
- Uprostřed
- Nízko
- Velmi nízko

**29. Narušuje Vám Vaše profese soukromý život?**

- Ano, práce na směny
- Ano, brzký nástup na oddělení
- Ano, práce ve svátek a o víkendech
- Ne, nezasahuje

**30. Respektuje Váš nadřízený Vaše požadavky ohledně služeb?**

- Ano
- Většinou
- Málokdy
- Ne

**31. Umožní Vám Váš nadřízený výměnu služby?**

- Ano, ochotně
- Ano, neochotně
- Ne

**32. Pokud máte nějaký problém, máte se na koho obrátit?**

- Ano, na většinu z kolektivu
- Ano, na někoho z kolektivu
- Ano, na -----
- Ne, nemám

**33. Pokud se vyskytne nějaký problém, můžete se obrátit na staniční sestru?**

- Ano, domnívám se, že ano
- Nepomůže mi
- Ne, určitě ne

**34. Pokud se vyskytne nějaký problém, můžete se obrátit na vrchní sestru?**

- Ano, domnívám se, že ano
- Nepomůže mi
- Ne, určitě ne

**35. Změnila jste již zaměstnání?**

- 1x
- 2x
- Vícekrát, kolikrát?-----
- Ne



## **9. 2 PŘÍLOHA 2 – Etický kodex sester**

### **ETICKÝ KODEX PRO SESTRY**

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

#### **Etická pravidla zdravotní péče**

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

#### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci**

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

