

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Pracovní spokojenost zdravotních sester
pracujících v agenturách domácí péče**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Romana Ľuptáčiková

Vedoucí práce: Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D., MBA, LL.M.

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Romana Čupráčková
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Pracovní spokojenost všeobecných sester v ADP
Cíl práce:	Zmapovat pracovní spokojenost a faktory ji ovlivňující u všeobecných sester pracujících v ADP

Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D., MBA, LL.M.
vedoucí diplomové práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Pracovní spokojenost je jedním z důležitých faktorů ovlivňujících setrvání zaměstnance nejen u konkrétního zaměstnavatele, ale v oboru jako takovém. Na pracovní spokojenost působí mnoho vlivů, které se dají zkoumat pomocí standardizovaného dotazníku a díky tomu porovnávat s údaji získanými v jiných zařízeních, jiných krajích či dokonce jiných zemích. V současné době je i v médiích velmi diskutován nedostatek zdravotních sester jak u lůžek (tedy v nemocnicích) tak v komunitní péči. Na základě výše zmíněného dotazníku lze tedy stanovit rizikové oblasti negativně ovlivňující pracovní spokojenost, ale také to, s čím jsou naopak sestry spokojené a na tyto oblasti se při stabilizaci personální situace zaměřit.

Klíčová slova

pracovní spokojenost; faktory pracovního prostředí; domácí zdravotní péče; motivace; McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)

Abstract

Work satisfaction is one of the important factors influencing employee retention not only with a particular employer but in the industry as such. There are many influences on work satisfaction that can be researched using a standardized questionnaire to compare with data obtained from other facilities, other regions or even other countries. Nowadays, the lack of nurses, both in beds (in hospitals) and in community care, is widely discussed in the media. Based on the above mentioned questionnaire, it is possible to identify risk areas that negatively affect job satisfaction, but also what the nurses are satisfied with and focus on these areas in stabilizing the personal situation.

Key words

job satisfaction; factors of working environment; home care; motivation; McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 4. prosince 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji: Mgr. Radce Filipčíkové, Ph.D., MBA, LL.M., vedoucímu mé diplomové práce za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a příjemnou spolupráci.

Paní Markétě Linkové za pomoc se statistickým zpracováním sebraných dat, její obětavost, trpělivost a příjemnou spolupráci.

Všem sestrám za účast a spolupráci v dotazníkovém šetření

Obsah

Úvod.....	10
Cíl práce	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Domácí péče.....	12
1.1.1 Definice domácí péče.....	13
1.1.2 Cíl domácí péče	13
1.1.3 Historie domácí zdravotní péče v ČR.....	14
1.1.4 Agentury domácí péče	15
1.1.5 Rozsah domácí péče a její druhy	16
1.1.6 Koncepce domácí péče	17
1.1.7 Právní předpisy vztahující se k poskytování domácí péče v ČR	18
1.2 Pracovní spokojenost	19
1.2.1 Teoretické vymezení motivace	20
1.2.2 Zdroje motivace	20
1.2.3 Pracovní motivace.....	21
1.2.4 Pracovní motivace ve zdravotnictví.....	22
1.2.5 Teorie a modely vztahující se k pracovní spokojenosti.....	23
1.2.6 Výzkumy pracovní spokojenosti u všeobecných sester.....	25
1.2.7 Nástroje měření pracovní spokojenosti.....	27
2 Výzkumná část.....	29
2.1 Cíl výzkumu	29
2.2 Hypotézy	29
2.3 Metodologie výzkumu	30
2.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
2.5 Zpracování získaných dat.....	30
2.6 Výsledky výzkumu.....	31
2.6.1 Demografická data	32
2.6.2 Interpretace výsledků k hypotéze 1	37
2.6.3 Interpretace výsledků k hypotéze 2	40
2.6.4 Interpretace výsledků k hypotéze 3	42
2.6.5 Interpretace výsledků k hypotéze 4	44
2.6.6 Interpretace výsledků k hypotéze 5	46
2.6.7 Interpretace výsledků k hypotéze 6	48
3 Diskuze	50

4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	55
	Závěr	57
	Seznam použité literatury	59
	Přílohy.....	64

Seznam grafů

Graf 1: Je vaše zařízení akreditováno?	32
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	33
Graf 3: Pracovní zařazení	34

Seznam tabulek

Tabulka 1: Cronbach alfa	31
Tabulka 2: Věk respondentů	35
Tabulka 3: Délka praxe ve zdravotnictví	35
Tabulka 4: Délka praxe v domácí péči	36
Tabulka 5: Pracovní spokojenost dle akreditace/certifikace	37
Tabulka 6: Pracovní spokojenost dle délky praxe ve zdravotnictví	40
Tabulka 7: Pracovní spokojenost dle délky praxe v domácí péči	42
Tabulka 8: Pracovní spokojenost dle vzdělání	44
Tabulka 9: Pracovní spokojenost dle věku	46
Tabulka 10: Pracovní spokojenost dle pracovního zařazení	48

Seznam použitých zkratek

ADP	agentura domácí péče
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
MMSS	McCloskey/Mueller Satisfaction Scale
např.	například
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

Úvod

Starost o seniory a chronicky nebo dlouhodobě nemocné je stále více přesouvána do domácího prostředí. Tento trend bude v budoucnu stále více rozšiřován, a to vzhledem k tlaku nejen rodin, ale hlavně pojišťoven a strategii ve vývoji zdravotnictví všeobecně. Oblast domácí péče si tedy bezesporu zaslouží velkou pozornost. Česká společnost se dlouhodobě v rámci možností odklání od čistě institucionální péče a stále více seniorů může trávit život ve svém přirozeném domácím prostředí. Ne vždy je samozřejmě možné se pobytu v ústavním zařízení vyhnout. Šance zůstat doma ale rostou s přibývajícím škálou nejrozumnějších pomůcek a zařízení usnadňující péči o nemocné či nemohoucí v domácím prostředí.

Všeobecné sestry se významně podílí na procesu péče o nemocné. Je to zejména proto, že tvoří nejpočetnější profesní skupinu ve zdravotnictví. Práce ve zdravotnictví je náročná nejen po psychické, ale i po fyzické stránce. V současné době jsou na pracovníky kladeny obrovské nároky z mnoha oblastí – kvalitní péče o pacienty, vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, dodržování standardů, příprava nebo probíhající akreditace pracovišť, další vzdělávání a odborná příprava pracovníků atd.

Často diskutovaným problémem ve zdravotnictví je nedostatek zdravotních sester, který je o to výraznější, že obyvatelstvo dle demografických údajů stárne a tedy se zvyšují a do budoucna ještě budou zvyšovat požadavky na rozsah i množství poskytované péče. Pracovní spokojenost zaměstnance je jedním ze základních předpokladů pro podání maximálního výkonu a zároveň pro loajálnost k zaměstnavateli. Jen spokojený zaměstnanec zůstane v práci a odvede kvalitní výkon, tím se omezí fluktuace a sníží se náklady na zaškolování nových pracovníků. Zdravotnické zařízení pak může zajišťovat kvalitní péči, která se odrazí jak zpětně na spokojenosti zaměstnanců tak hlavně na spokojenosti klientů, kteří zdravotní péči potřebují. Je tedy nezbytné, aby top manažeri zdravotnických zařízení budovali organizační kulturu s důrazem na kolegiální atmosféru pracovního prostředí, definovali postupy v personálním managementu s jasně definovanými kompetencemi a zodpovědností a používali v řídicí praxi motivační techniky týkající se podpory odborného růstu a vzdělávání i efektivní komunikace založené na vzájemné vazbě. Motivování je důležitým aspektem dobrého pracovního výkonu a má hodně společného s tím, jak se zachází s jednotlivci a s jejich vztahem

k tomu, co dělají. Dotýká se bezprostředně toho, jak jsou lidé angažováni na pracovním výkonu a na dosažení svých cílů.

Cíl práce

V této diplomové práci je zjišťována pracovní spokojenost všeobecných sester poskytujících domácí péči. Práce se skládá ze dvou nosných částí. První, teoretická část, je východiskem pro praktickou výzkumnou část. Je zde zpracován současný stav řešení problematiky doma i v zahraničí, pojednává o organizaci domácí péče a jejím rozsahu, o pracovní motivaci a také o jednotlivých faktorech pracovní spokojenosti. Informace jsou čerpané z publikací a vědeckých studií renomovaných domácích a zahraničních autorů. V druhé, praktické části diplomové práce, je popsána realizace výzkumu, statistické vyhodnocení získaných údajů. Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a byl použit standardizovaný dotazník MMSS. Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat pracovní spokojenost a faktory jí ovlivňující u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Obsah práce může přispět k pochopení pracovní motivace a výkonnosti.

1 Současný stav problematiky

Významnou součást lidského života představuje práce a tedy pracovní život (Güler et al., 2003). Spokojenost člověka s jeho pracovním životem ovlivňuje jeho celkovou spokojenost se životem. Pracovní spokojenost je ovlivněna mnoha faktory, které jsou středem pozornosti odborníků z různých oblastí jako např. sociální psychologie, sociologie a další.

1.1 Domácí péče

Domácí zdravotní péče je neustále se vyvíjející obor a zaměřuje se zejména na udržení a podporu zdraví jednotlivců, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti u lidí po úrazech či po skončení hospitalizace nebo na zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a smrti u nemocných v terminálním stavu (Hanzlíková, 2007).

V současné době roste snaha o rozšíření možností poskytovat odbornou zdravotní péči v domácím prostředí nemocných a také snaha zapojovat do péče o své blízké i rodinné příslušníky – sestra agentury domácí péče nejčastěji poskytuje podporu rodinným příslušníkům a edukuje je v péči o své blízké. Což má nejen pozitivní psychické účinky, ale též nezměrné ekonomické výhody. Základem úspěchu je komplexnost služeb a zvýšení compliance klienta a jeho rodiny při poskytování domácí zdravotní péče. (Rabenseiferová, 2010).

Faktory, které ovlivňují rozvoj domácí zdravotní péče jsou zejména vzrůstající ekonomický tlak, stárnutí populace, vzrůstající poptávka po domácí péči ze strany veřejnosti, rozvoj moderních technologií umožňujících poskytování domácí zdravotní péče, ale také politické faktory.

Domácí zdravotní péče je nedílnou součástí života ve všech nejen evropských zemích. V dnešním uspěchaném světě se nemohou lidé starat o své blízké tak, jak bylo v minulosti běžné. Problematika zdravotně postižených a sociálně znevýhodněných jedinců či celých skupin by měla být nedílnou součástí v procesu humanizace a demokratizace současné společnosti. Zároveň je ale nutné zdůraznit, že poskytování domácí zdravotní péče je závislé především na fungování rodiny pacienta. Pokud rodina neplní své funkce, jsou možnosti domácí péče značně omezené.

1.1.1 Definice domácí péče

Domácí zdravotní péče je v naší republice evidována v odbornosti 925. Domácí péči indikuje praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost anebo ošetřující lékař lůžkového oddělení na dobu maximálně dvou týdnů od ukončení hospitalizace. Tato péče je určena pacientům se širokým spektrem diagnóz bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské či politické orientace i pacientům v terminálním stádiu života. Indikující lékař určuje obsah, rozsah a frekvenci návštěv v rámci poskytované péče.

„Domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní).“ (Kalvach, 2011).

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“ (Jarošová, 2006)

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je domácí zdravotní péče specifikována jako *„zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.“*

1.1.2 Cíl domácí péče

Obecně je cílem domácí zdravotní péče udržení, podpora či navrácení zdraví, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání nevyléčitelně nemocných v přirozeném prostředí, v němž dlouhodobě žijí, a snížení potřeby ústavní zdravotní péče. (Kalvach, 2011).

- Pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jeho sociálním prostředím, zachovat kvalitu života nebo umožnit klientům v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí

- Zajistit komplexní péči v koordinaci s dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními
- Vést klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví
- Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav nemocného
- Eliminovat vliv nákaz v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení a iatropatogenního poškození na zdravotní stav klientů (Bicková, et al., 2010)

1.1.3 Historie domácí zdravotní péče v ČR

První zmínky o poskytování domácí péče na našem území se objevují již počátkem 12. století, kdy veškerá ošetrovatelská péče byla zajišťována zejména prostřednictvím různých řeholních řádů (např. Řád svatého ducha, Řád Johanitek apod.), které poskytovali své služby buď v kláštorech nebo přímo v domácnostech nemocných. (Jarošová, 2006).

V 18. století se začali stavět různé útulky a zakládali se spolky pro ochranu a na pomoc postiženým a potřebným. V období osvíceného absolutismu se upevňovala charitativní i odborná péče o pacienty. Později byla snaha podporovat sociální i odbornou péči určenou všem obyvatelům, aniž by se rozlišovalo, z jakého prostředí pocházejí.

V době první republiky došlo k mnoha změnám i ve zdravotnictví a péči o potřebné vůbec. Za významné pomoci Alice Masarykové vznikl Československý červený kříž, jehož členové se věnovali nejen péči o nemocné, ale i vzdělávání zdravotníků a ostatních pečujících osob. V období mezi dvěma světovými válkami byly postupně formulovány tři základní oblasti sociálně zdravotní péče – ošetrovatelská, sociální a lidovévychovná (Jarošová, 2006). 2. světová válka však budování sociálního systému přerušila. Po válce docházelo k postupnému oživení sociální politiky. Československý červený kříž dále vzdělával ošetrovatelky i samaritánky, ošetrovatelskou a zdravotní službu zajišťovaly Ústavy národního zdraví.

Později stát převzal fondy sociálního, důchodového, nemocenského a úrazového pojištění a sociální péče se tak stala zcela závislou na státních úradech. Až v 70. letech 20. století se pečovatelská služba stává důležitou a společensky významnou, a to díky tomu, že ji začalo řídit Ministerstvo práce a sociálních věcí (Matoušek, 2007).

Po takzvané sametové revoluci v roce 1989 nastalo v naší republice mnoho změn v různých oblastech života, tedy i v oblasti sociálních a zdravotních služeb. První zkušenosti s domácí péčí přinesl experiment Ministerstva zdravotnictví ČR ve spolupráci s Českou katolickou charitou. Ale zásadní nárůst počtu poskytovatelů domácí péče přinesl zákon č. 160/1992Sb, který umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení. Otevřením státních hranic bylo možné navázat spolupráci mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními po celém světě. V roce 1996 proběhl První světový kongres domácí péče. Asociace domácí péče ČR se stala jednou ze zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče.

Postupně se do péče o spoluobčany začali zapojovat nestátní neziskové organizace, církve a různá občanská sdružení, čímž vznikla potřeba právně upravit a reformovat sociální i zdravotní služby. Na základě této potřeby vznikla tzv. „Bílá kniha v sociálních službách“, která měla za cíl vytvořit platformu a strategickou základnu pro sociální služby. Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., později upraven zákonem č. 206/2006 Sb.) přinesl dlouho očekávané změny.

1.1.4 Agentury domácí péče

Domácí zdravotní péči v ČR zajišťují agentury domácí péče (ADP). Agentury začaly vznikat po roce 1992 na základě zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, kde je domácí péče formulována jako zvláštní ambulantní péče. Rozsah poskytování péče je upraven ve sbírce zákonů č. 55/2000 Sb. Mohou být zakládány fyzickými osobami (zdravotní sestry, lékaři), které splňují zákonem určené podmínky, humanitárními organizacemi nebo církevními sdruženími – to jsou agentury nestátního typu. Vznikají ale také agentury při státních nemocnicích či poliklinikách. ADP mohou zajišťovat také pečovatelskou službu, která je poskytována za plnou nebo částečnou úhradu.

Pro založení a fungování agentury domácí péče je nezbytná registrace k výkonu činnosti na krajském úřadě, smlouvy se zdravotními pojišťovnami a smlouvy či dohody s praktickými lékaři v regionu působení ADP. Zajištění provozu předpokládá zpracování koncepce agentury, vymezení působnosti, výběr pracovníků, zajištění financování, propagaci a reklamu (Domácí péče, 2000).

1.1.5 Rozsah domácí péče a její druhy

Každý občan České republiky, u kterého dojde ke změně zdravotního stavu v takové míře, že nelze tento stav zvládnout s pomocí laiků (zejména rodinných příslušníků), má nárok na poskytování domácí zdravotní péče. Požadavek na poskytnutí domácí péče vyhotovuje ošetřující lékař na základě zhodnocení zdravotního stavu a sociální situace jednotlivce. Indikována je tedy zejména u lidí, kteří jsou částečně či plně závislí na pomoci druhé osoby a zároveň je u nich potřeba zajistit následnou zdravotní péči nebo doléčení z důvodu chronických či akutních onemocnění. Nejen díky současným životním podmínkám a zvyšování průměrného věku se poskytování péče stále rozšiřuje. Úkolem celé společnosti by mělo být zajištění takových podmínek pro domácí péči, které odpovídají současným možnostem systému zdravotní a sociální péče. Domácí péče je vysoce kvalifikovaná odborná péče, která umožňuje zkrácení pobytu pacienta na nemocničním lůžku. Výhodou domácí péče je širší rozsah služeb, než kdyby byl pacient hospitalizován a snížení možnosti vzniku nákaz, které vznikají v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení.

Dle Jarošové (2007) lze poskytování domácí zdravotní péče rozdělit do pěti forem, které se mohou volně prolínat.

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Jedná se o specializovanou péči určenou pacientům v pooperačním či poúrazovém stavu, při dekompenzaci kardiovaskulárních a neurologických chronických onemocnění. U těchto pacientů je prováděna zejména léčba akutní bolesti a odborné ošetření ran. Dále také rehabilitace, zajištění dietního a pitného režimu. Tato forma péče je krátkodobá, poskytuje se v rozsahu dnů až týdnů.

Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je určena hlavně chronicky nemocným pacientům, u nichž je nutné pravidelně a dlouhodobě zajišťovat zdravotní péči kvalifikovanou osobou. Nejčastěji tuto službu vyhledávají pacienti po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, s úplným či částečným ochrnutím a s dalšími chronickými chorobami. Tato forma domácí péče je poskytována v rozsahu měsíců až let.

Preventivní domácí péče

Tato forma domácí péče je určena především pacientům, u kterých ošetřující lékař doporučí pravidelné kontroly jejich aktuálního zdravotního stavu. Tato forma poskytování péče není v ČR příliš rozšířena. Byla by vhodná u rizikových skupin obyvatel, např. u seniorů, kde by se pravidelně kontrolovali základní fyziologické funkce a v případě zhoršení zdravotního stavu by byl okamžitě kontaktován ošetřující lékař, který by určil následný postup.

Hospicová péče

Posláním domácí hospicové péče je zmírnění fyzického a psychického utrpení umírajícího a jeho blízkých. Pacientovi jsou podávány léky tlumící bolest, příjem tekutin a živin je často zajišťován parenterálními vstupy, dostatek kyslíku je zajišťován oxygenoterapií. Pracovníci domácích hospiců se díky svým odborným znalostem snaží zajistit také emocionální podporu pacienta a celé jeho rodiny. Při poskytování této péče může být překročena obvyklá ošetrovací doba 3 hodin denně – pro tuto potřebu byl zaveden tzv. signální kód péče o umírajícího člověka (Kalvach, 2011).

Domácí péče „ad hoc“ (jednorázová)

Tento způsob poskytování domácí péče je indikován tam, kde není potřeba pravidelné péče. Jedná se většinou o jednorázové výkony, např. odběry krve, jednorázová aplikace injekčních léků.

1.1.6 Koncepce domácí péče

Domácí zdravotní péče je poskytována multioborovým týmem zdravotníků (lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeut, sociální pracovník a další), kteří poskytují odbornou a specializovanou péči, dle svých odborností (Jarošová, 2007). Tým je složen z pracovníků s dlouholetou praxí a koordinován dispečinkem agentury domácí péče. Dle informací z Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) naprostou většinu pracovníků agentur domácí péče tvoří všeobecné zdravotní sestry. Nejnovější údaje ÚZIS z roku 2017 uvádějí, že v domácí péči bylo zaměstnáno 89 lékařů, 56 fyzioterapeutů, 1767 všeobecných sester, 159 sociálních pracovníků a 118 ostatních odborných pracovníků ve zdravotnictví (ÚZIS, 2018).

Zdravotními pojišťovnami je ze zdravotního pojištění hrazena domácí zdravotní péče na základě indikace ošetřujícího lékaře na předepsaném formuláři. Návštěvy sester jsou rozděleny na 4 typy návštěv lišící se časovým rozsahem na 15, 30, 45 a 60 minut. Maximální frekvence péče je 3 hodiny denně na jednoho pacienta. Domácí péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění, úhrada je poskytována za výkony, které naordinoval lékař a mají charakter zdravotní péče. Jejich výčet je uveden v „Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů“ a to včetně bodových hodnot. Péče ale může být hrazena také přímou platbou (pokud není klient pojištěn, či za výkony nehrazené zdravotní pojišťovnou), granty či sponzorskými dary (Marková, 2009).

Domácí sociální péče je poskytována pečovatelskou službou a je určena pro zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni zajistit si běžné věci životní potřeby. Pečovatelská služba je dle platných právních norem poskytována za úhradu klientem. Nejčastěji se jedná o pomoc při stravování, oblékání či hygieně.

1.1.7 Právní předpisy vztahující se k poskytování domácí péče v ČR

Domácí zdravotní péče je definována v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění takto: *„Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení...“*

Další zákony a zákonné normy vztahující se k domácí zdravotní péči:

- Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře, farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících vyhláškách.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů.

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění (úhrada sociální péče a pomoci v rámci domácí péče).
- Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

1.2 Pracovní spokojenost

Pracovní spokojenost je komplexním a multifaktoriálním jevem (Hayes, Bonner et al., 2010), je to pojem složitý a obtížně definovatelný (Haroková, Gurková, 2012). Vyjadřuje celkovou spokojenost zaměstnance s prací anebo postoj k různým aspektům souvisejícím s prací (Lu, Barribal et al., 2012). Globální přístup neboli celkový dojem ze zaměstnání se ve výzkumu využívá k zjištění celkového postoje k práci, zatímco výzkum jednotlivých aspektů pracovního života přináší zjištění, které konkrétní části práce produkují spokojenost či nespokojenost (Lu, Barribal et al., 2012). Pochopení jednotlivých faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost, jsou důležité jak pro zaměstnance, tak pro manažery a zaměstnavatele.

První odborné studie, které se zaměřují na otázky spokojenosti v práci, se začali objevovat ve 30. letech 20. století. To souviselo s orientací na problémy člověka a s uplatněním psychologie v pracovním procesu. V 50. – 60. letech na tuto etapu navazovali studie, pro které jsou příznačná teoretická rozpracování dané problematiky a formování ucelených teorií. Většina z nich navazovala na dnes již klasické dílo A. H. Maslowa „Motivation and Personality“ z roku 1954. K nejznámějším patří práce Herzberga rozlišující hygienické vlivy a motivační faktory, práce McGregora definující známou teorii X a Y či práce Adamse, který vyslovil teorii rovnosti (Plamínek, 2015).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje pracovní spokojenost a pracovní výkon lidí je motivace (Grohar-Murray, Dicroce, 2003). Motivace je schopna ovlivnit chování jednotlivců ale také skupin, aby dobrovolně odváděli přiměřený výkon (Škrlovi, 2003).

1.2.1 Teoretické vymezení motivace

Termín motivace pochází z latinského slova *moveo, are*, což znamená hýbat, pohybovat. Motivace je mnohoznačný koncept, který je těžké definovat, protože nemůže být přímo pozorována. Motivace může pobízet jedince k určitému chování, ale může mít i vliv na přetrvávání daného chování. Motivaci již definovalo mnoho autorů. Většina z nich za její základ považuje dynamiku. Motivace podle těchto autorů se zaměřuje na popis vnitřní nebo zevní síly, která vytváří směr, intenzitu a výdrž v chování či dělání. Tureckiová (2004) uvádí, že motivace je vnitřní proces, který vyjadřuje touhu, vůli nebo ochotu vyvinout jisté úsilí k dosažení cíle nebo potřebného výsledku. Motivace je tedy iniciována pocitem nedostatku, neuspokojenými potřebami a vnitřním rozporem, které se každý člověk svým chováním a konáním snaží odstranit a dostat se tak do rovnováhy. Stav rovnováhy představuje vlastně cíl motivace a nastane v době, kdy člověk pociťuje, že uspokojil své aktuální potřeby. Motivací v pracovním procesu se zabývá např. Webbová (2007) a definuje ji jako speciální úsilí, které představuje vnitřní touhu nebo ochotu zaměstnanců, aby obětovali další čas a energii k dosažení cílů organizace. Během pracovního života si každý člověk vytváří vztah k práci a pracovní činnosti. Pracovní motivace je ovlivňována životními cíli, osobnostními rysy a vlastnostmi jedince, ale mohou ji ovlivnit také vnější činnosti, kdy jednotlivé organizace (zaměstnavatelé) můžou poskytovat prostředí vhodné pro seberealizaci jedince, ale mohou ho též omezovat.

Motivace se nedá nijak měřit a není možné ji ani nijak pozorovat. Podle odborníků se dá pouze odvodit ze změn, které nastávají v chování člověka.

1.2.2 Zdroje motivace

Za základní zdroje motivace se považují potřeby, zájmy, hodnoty a návyky. Potřeby se v odborné literatuře charakterizují jako pociťovaný nedostatek něčeho, co je pro konkrétního jedince důležité. Společné pro všechny bytosti jsou potřeby biologické a fyziologické (např. dýchání, příjem potravy), obvykle označované jako primární

potřeby, které uspokojuje každá živá bytost. Sekundární potřeby jsou typické jen pro člověka a jde o sociální, společenské a psychohygienické potřeby. Jejich odstraňování je individuálně odlišné. Důležitým zdrojem motivace je také zájem, který je chápán jako zaměření pozornosti člověka na oblast, která ho přitahuje. Realizace zájmové činnosti rozšiřuje poznávání a aktivizuje člověka. Dalším zdrojem motivace jsou hodnoty a ideály, které ovlivňují každou činnost – tedy i pracovní – a každý člověk jim přisuzuje různou důležitost. Na rozdíl od potřeb jsou návyky opakované a zautomatizované činnosti člověka v dané situaci. Jejich existence je podmíněná výchovou a sebevýchovou. Může jít o návyky – stereotypy pozitivní (např. pracovitost), ale také negativní (např. alkoholismus).

Motivace je tedy všeobecně chápána jako proces, jehož hlavním východiskem je neuspokojená potřeba, která u daného jedince vyvolává určité napětí. Toto napětí nutí člověka k tomu, aby konkrétní neuspokojenou potřebu co nejdříve a co nejkvalitněji uspokojil.

1.2.3 Pracovní motivace

V kontextu pracovního procesu je důležité poznat podstatu pracovní motivace, kterou dynamizují také zdroje motivace, které na rozdíl od mimopracovní motivace souvisí s pracovní činností – jsou to pracovní podmínky a obsah vykonávané práce. Pracovní motivaci je možné definovat také jako proces ovlivňování pracovníka ke konkrétní činnosti, která vede k uspokojení potřeb pracovníka a současně ke splnění cílů organizace.

Nakonečný (1992) rozlišuje vnitřní a vnější motivy práce. Zde se uplatňují tyto dva základní postoje: postoj k práci jako k instrumentální utilitární aktivitě (práce je pouhým prostředkem k uspokojení potřeb jedince – potřeba peněz, potřeba kontaktu) a postoj k práci jako zdroji seberealizace (práce sama je uspokojením – potřeba činnosti, snaha mít moc). Pracovní činnost je tedy iniciována kombinací obou motivů.

Podle Tureckiové patří mezi základní faktory působící na pracovní motivaci a zároveň nástroje motivování zaměstnance (Tureckiová, 2004)

- Rozšiřování či obohacování obsahu práce dle schopností pracovníka

- Možnost jednotlivých pracovníků angažovat se na cílech organizace od zapojení do fáze příprav až po dosažení vytyčených cílů
- Delegování odpovědnosti za jednotlivé výkony
- Efektivní komunikace mezi vedením organizace a zaměstnanci, snaha o získání zpětné vazby od zaměstnanců
- Poskytování informací o dění v organizaci, aby bylo zaměstnancům jasné, co se od nich očekává
- Umožnění profesního i osobního růstu všech zaměstnanců
- Nastavení spravedlivého systému odměn, který je založen na hodnocení pracovního výkonu

1.2.4 Pracovní motivace ve zdravotnictví

Zdravotnictví je pro společnost nepostradatelné. Práce zdravotní sestry je fyzicky a emočně náročná, vyžaduje odborné vzdělání a profesionalitu. Významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu poskytované péče, je právě pracovní spokojenost pracovníků ve zdravotnictví (Seifert, Vojtíšková, 2010). Z toho je zřejmé, že eliminování faktorů pracovní nespokojenosti zvyšuje kvalitu poskytované péče (Plachá, 2015).

Hayes rozděluje faktory ovlivňující pracovní spokojenost na intra-personální (osobní), kam řadí věk, zázemí a strategie zvládání, dále inter-personální (vztahy mezi kolegy nebo vztahy mezi zdravotníky a pacienty) a extra-personální (vnější) (Hayes, Bonner et al., 2010).

Nejdůležitějšími inter-personálními faktory ovlivňující pracovní spokojenost zdravotních sester patří autonomie a interakce při činnostech v péči o pacienty. Interakce mezi spolupracovníky je založená zejména na vzájemné důvěře, respektu a sdílení znalostí, dovedností a zkušeností, což napomáhá k dosažení optimální péče o pacienta (Hayes, Bonner et al., 2010).

Mezi extra-personální faktory patří zejména počet zaměstnanců, podpora dalšího vzdělávání ze strany vedení zdravotnického zařízení. Také možnost kariérního postupu, flexibilita rozpisu služeb či dostatek volna na odpočinek přispívá k duševní i fyzické pohodě a pracovní spokojenosti zdravotních sester (Hayes, Bonner et al., 2010).

Pracovní prostředí má přímý vliv na pracovní spokojenost, a tedy prostředí podporující správnou ošetrovatelskou praxi je pozitivně spojeno s pracovní spokojeností a také je prediktorem kvalitní péče o pacienta (Choi, Flynn et al., 2012). Naopak negativně ovlivňuje pracovní spokojenost na příklad tolerování špatné práce některého ze zaměstnanců, špatná nebo nedostatečná organizace práce či konflikty s dalšími poskytovateli péče nejen v multioborovém týmu ale i mezi jednotlivými odděleními, nemocnicemi a dalšími zařízeními.

1.2.5 Teorie a modely vztahující se k pracovní spokojenosti

Práce je důležitou součástí života, a proto je zřejmé, že ovlivňuje životní spokojenost a kvalitu života (Vinopal, 2011). Podle Gurkové existuje vztah mezi pracovní a životní spokojeností – čím více jsou lidé spokojeni v práci, tím je vyšší také jejich životní spokojenost (Gurková, Žiaková a kol, 2013). V souvislosti s životní a pracovní spokojeností je zmiňováno několik teorií. Jedna z nich – teorie vedlejších efektů – uvádí, že uspokojení v jedné oblasti života může ovlivnit spokojenost v dalších oblastech (Vinopal, 2011). Některé teorie předpokládají negativní vztah mezi pracovní a životní spokojeností, kdy nespokojenost v jedné oblasti je nahrazována budováním spokojenosti v oblasti jiné. Existuje i hypotéza, že pracovní a životní spokojenost na sobě nejsou nijak závislé (Mlčák, Slíva, 2005).

Nejvýznamnější teorie pracovní motivace:

Teorie pracovní motivace dle Maslowa, která vychází z hierarchického uspořádání lidských potřeb do pěti tříd

- Potřeby fyziologické: potřeba spánku, potravy...
- Potřeba jistoty bezpečí: fyzické a emocionální bezpečí, stabilita...
- Potřeba sounáležitosti: interakce s druhými lidmi
- Potřeba úcty: být respektován, potřeba úspěchu
- Potřeba seberealizace: sebeuplatnění

Maslow předpokládá, že práce, která uspokojí většinu těchto potřeb, by mohla být zdrojem větší spokojenosti pracovníka (Shafritz et al., 2012). Někteří autoři ale poukazují na to, že každý jedinec může mít své priority rozděleny jinak, že někteří jedinci touží i po věcech, které nutně nepotřebují k přežití ale z důvodu prestiže a také na to, že se potřeby jedinců v průběhu života mění (Armstrong, Taylor, 2015).

Teorie motivace dle Alderfera vychází z Maslowovy teorie, ale na základě nových poznatků autor zredukoval potřeby do tří stupňů:

- Potřeba existence: materiální a fyziologické potřeby, potřeba bezpečí
- Potřeba vztahů: interakce s druhými lidmi, uspokojení z emocionální podpory, úcta projevovaná členy pracovního týmu
- Potřeba růstu: potřeba ocenění, seberealizace, osobní růst a rozvoj (Jankelová, Moricová, 2017).

Teorie motivace dle Vrooma uvádí, že motivaci k provádění určité činnosti ovlivňuje velikost očekávání reálného dosažení cíle a samotná přitažlivost či hodnota tohoto cíle.

Teorie spravedlnosti dle Adamse se zakládá na principu sociálního srovnávání pracovníků ve skupinách. Každý na základě srovnávání sebe sama s výsledky ostatních členů týmu získává subjektivní dojem spravedlnosti či nespravedlnosti.

Teorie motivace dle Portera a Lawlera je postavena na očekávání. Vychází se z toho, že hodnota cíle a pravděpodobnost jeho dosažení vede k vynaložení určitého úsilí, tedy motivace.

McGregorova teorie pracovní motivace X a Y rozlišuje dvě protikladná stanoviska manažerů ke svým podřízeným a z nich plynoucí způsob ovlivňování pracovníků. Teorie X ukazuje pracovníka jako člověka, který nerad pracuje, snaží se jí vyhnout a nelze tedy od něj očekávat vyšší samostatnou aktivitu. Takový pracovník musí být nadřazeným k práci podněcován odměnou nebo trestem a musí být kontrolován. Oproti tomu teorie Y vidí pracovníka jako přirozeně aktivního, tvořivého, identifikovaného s pracovními cíli skupiny. V tomto případě je ovlivňování jedince zaměřeno na povzbuzování samostatnou práci, oceňováním výsledků či vytvářením podmínek pro osobní růst (Mládková, Jedinák, 2009). Autoři Grohar-Murray a Dicroce (2009) popsali všeobecnou sestru z pohledu této teorie jako jedince typu Y, poukázali však také na to, že povýšení do role manažera první linie jako odměna nemusí všechny sestry vnímat pozitivně.

Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace rozlišuje dva druhy faktorů (tzv. motivátorů), které ovlivňují motivaci. První skupinu tvoří faktory motivující (vnitřní faktory) k nimž patří úspěch, uznání, odpovědnost apod. Všechny tyto faktory podporují lidskou touhu být nejlepší ve svém oboru. Druhou skupinu tvoří faktory udržovací

(vnější nebo také hygienické) kam patří např. plat, pracovní podmínky, jistota zaměstnání (Pauknerová, 2012). Na platnost této teorie v ošetrovatelství poukázali Grohar-Murray a Dicroce, kdy podle nich byly faktory jako odpovědnost či uznání klíčové pro pracovní spokojenost všeobecných sester (Grohar-Murray, Dicroce, 2003).

Mnoho autorů hledalo odpověď na otázku, jak správně motivovat ošetrovatelský personál. Škrlovi (2003) uvádí, že za vytvoření vhodného prostředí na oddělení z velké části odpovídá sestra manažerka. Nejprve by se měla přesvědčit, zda jsou uspokojeny faktory udržovací, tedy základní potřeby z první skupiny Herzbergovy teorie.

Z dotazníkového průzkumu motivačních faktorů u nelékařských zdravotnických pracovníků, který prováděla Universita Karlova v Praze, vyplynulo, že jsou nejvíce motivováni spokojeností pacientů. Dále to jsou mezilidské vztahy a uznání za dobře odvedenou práci. Naopak jako nejméně motivující byly označeny zaměstnanecké výhody, povýšení, možnost stravování či bezpečnost práce (Jirkovská et al., 2012).

1.2.6 Výzkumy pracovní spokojenosti u všeobecných sester

V posledních desetiletích je zaznamenán zvýšený zájem o sledování pracovní spokojenosti všeobecných sester. Největším problémem, který zintenzivnil zájem o tuto problematiku je nedostatek sester v kontextu strukturálních změn zdravotnictví, jejich předčasný odchod z profese a také mezinárodní migrace (Gurková, Soósová a kol, 2012). Odchody zkušených sester zvyšují náklady na nábor a zaškolení nových pracovníků, negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče a tím i spokojenost pacientů a také zvyšuje pracovní nespokojenost ošetrovatelského personálu.

Ve zdravotnictví se pracovní spokojenost a motivace studuje již od 30. let 20. století. Jednou z prvních rozsáhlých studií byla Nahmova studie již z roku 1940 (Wild, 2006), která zjistila, že proměnné jako je délka pracovní doby, vztah k managementu, rovnováha mezi osobním a pracovním životem, plat či příležitost k pracovnímu postupu odlišují spokojenou všeobecnou sestru od nespokojené.

V roce 2001 publikoval svou studii Hartl, který zjišťoval pracovní spokojenost u sester, které v současnosti již o pacienty nepečují a u sester, které se ošetrovatelské profesi stále věnují. Z výsledků této studie vyplynulo, že spokojenější jsou sestry pracující na klinikách fakultních nemocnic a ty, které pracují na plný úvazek. Méně spokojené jsou

sestry pracující na noční či denní a noční směny oproti těm, které pracují pouze na denní směny (Vévoda a kol., 2013).

Ani v České republice nejsou výzkumy pracovní spokojenosti všeobecných sester novinkou. Dlouhodobě se tomuto tématu věnují např. Ivanová, Vévoda, Marečková či Bártlová (Vévoda a kol., 2013).

Dotazník založený na principech Herzbergovy dvoufaktorové motivační teorie vytvořili v roce 2004 čeští autoři Vévoda, Ivanová, Nakládalová a Marečková. O rok později prošel dotazník pilotním výzkumem a roku 2006 byl distribuován do 25 českých nemocnic. Zpracování dotazníku probíhalo v letech 2007 – 2008 a z původního počtu 10791 dotazníků se vrátilo 3081 (tedy 28,6%) dotazníků. Z hodnocení vyplynulo, že z osobních priorit jsou nejvýše hodnoceny mzda, péče o pacienty a jistota pracovního místa. Z faktorů, které subjektivně byly uspokojeny, se nejčastěji objevovaly image zařízení, péče o pacienty a vztahy s přímým nadřízeným. Mezi osobními prioritami a faktory subjektivně uspokojenými byly největší rozdíly v položkách mzda, jistota pracovního místa a uznání osobních výsledků (Vévoda a kol., 2013).

Následně v roce 2011 provedla Ivanová a kol. šetření pomocí tazatelského archu s cílem ukázat trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester v ČR. Během šetření proběhlo 1992 tazatelských rozhovorů, z kterých vyplynulo, že nejvýše jsou stále ceněny proměnné, jako je plat, jistota pracovního místa a péče o pacienty. Reálně byly nejvíce saturovány oblasti péče o pacienty, spolupráce s jinými profesemi a image zdravotnického zařízení. Dalším cílem bylo stanovit faktory prostředí, které nejvíce ovlivňují fluktuaci všeobecných sester. Výsledek prokázal, že většina všeobecných sester je v zaměstnání spokojena (91%), ale pokud by se objevila zajímavá nabídka/příležitost zvažovalo by odchod 35% z nich. Bylo tedy prokázáno, že jedním z významných prvků pro stabilizaci pracovníků je vytváření prostředí, ve kterém se jim bude spokojeně pracovat (Ivanová a kol., 2012).

V roce 2008 provedla Lískovcová kvantitativní výzkum, kde jedním z cílů bylo zjistit vliv spokojenosti zaměstnanců na hospodářské výsledky zdravotnického zařízení. Pracovní spokojenost byla hodnocena tři měsíce před plánovanými změnami a následně tři měsíce po provedených změnách ve zdravotnickém zařízení. Z výsledků vyplynulo, že před provedením změn bylo spokojeno 31% dotazovaných, ale po provedených změnách to bylo 71%. Zároveň bylo prokázáno, že zlepšení pracovní spokojenosti

kladně ovlivnilo i hospodářské výsledky nemocnice., protože se zaměstnanci více zajímali o chod nemocnice a o dodržování nastavených standardů (Lískovcová, 2008).

U nelékařských zdravotnických pracovníků v jedné ze středočeských nemocnic prováděla Jirkovská sociologický výzkum v roce 2010. Cílem výzkumu bylo analyzovat motivující faktory a faktory pracovní spokojenosti. Jako nejvíce motivující faktory byly označeny spokojenost pacientů, mezilidské vztahy na pracovišti, uznání za odvedenou práci a péče o pacienty. Jako nejméně motivující byly hodnoceny zaměstnanecké výhody (benefity), povýšení, možnost stravování na pracovišti a bezpečnost práce. Pracovní spokojenost byla kladně nejvíce ovlivněna v položkách pracovní doba, interakce s nadřízenými, náplň práce a péče o pacienty. Nejmenší spokojenost byla identifikována u benefitů, výše platu, povýšení a možnost podílet se na řízení a rozhodování (Jirkovská et al., 2012).

1.2.7 Nástroje měření pracovní spokojenosti

Mezi nejčastěji užívané nástroje měření pracovní spokojenosti v oblasti ošetrovatelství je používána McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS). Lze jej použít v různých geografických i kulturních prostředích, ale také v různých klinických odvětvích.

Dotazník MMSS byl vytvořen počátkem 90. let 20. století. Jeho vzniku předcházela dlouholetý výzkum jeho autorů. Již v roce 1974 se McCloskey zaměřil na identifikaci a rozřazení podnětů a motivujících faktorů, které ovlivňují setrvání na pracovišti u všeobecných sester. Výzkumný vzorek byl tvořen sestrami, které právě podaly výpověď ve svém současném zaměstnání. Ve výzkumu bylo zjišťováno, které faktory by změnili jejich rozhodnutí odejít. Ze získaných odpovědí autoři vytvořili tři kategorie motivátorů – bezpečí, sociální a psychologické faktory. Teoretickým východiskem pro rozřazení odpovědí a jejich sestavení do kategorií byla Maslovova teorie potřeb. První verze MMSS obsahovala celkem 36 otázek rozřazených do výše zmíněných tří kategorií. V první studii autoři zjistili, že psychologická oblast, kam byla zařazena autonomie a pracovní uznání, byla tou nejdůležitější oblastí, která by ovlivnila setrvání na pracovišti. Dotazník byl později revidován. Aktuální verze MMSS je z roku 1990 a zahrnuje 31 otázek, které jsou rozděleny do osmi subškál:

- spokojenost s vnějšími odměnami: plat, dovolená, sociální výhody

- spokojenost s plánováním: pracovní doba, flexibilita pracovní doby, plánování víkendů, možnost pracovat více dní za sebou, volné víkendy a kompenzace za práci o víkendu
- spokojenost s rovnováhou rodiny a práce: možnost pracovat na částečný úvazek, podpora péče o děti, délka mateřské a rodičovské dovolené
- spokojenost se spolupracovníky: vztahy s lékaři a sestrami
- spokojenost s možnostmi interakce: spolupráce v týmu, sociální kontakty s kolegy v práci a mimo pracoviště, metoda poskytované péče
- spokojenost s profesionálními příležitostmi: možnost publikování či účasti na výzkumu, spolupráce s fakultou ošetřovatelství a účast ve výborech organizace
- spokojenost s chválou a uznáním: spolupráce s nadřízeným, uznání od nadřízených a kolegů, míra pozitivní zpětné vazby
- spokojenost s kontrolou a odpovědností: kompetence, pracovní podmínky, účast na organizačních rozhodnutích, kontrola nad děním na pracovišti, kariérní postup

Každá z položek dotazníku je hodnocena na Likertově stupnici, kde 1 je úplná spokojenost a 5 úplná nespokojenost (hodnocení jako ve škole, které je pro dotazované srozumitelnější). Při hodnocení se vypočítává skóre jednotlivých subškál a celkové skóre. Nižší skóre ukazuje na vyšší pracovní spokojenost. Vnitřní konzistence daného nástroje (tzv. Cronbach alfa), která udává spolehlivost testu měřícího lidské vlastnosti je pro jednotlivé subškály v rozsahu 0,52 až 0,84. Celkové skóre je 0,89 (Gurková, Soosová a kol., 2012).

2 Výzkumná část

Výzkum je jedním z pilířů vědeckého poznání. Je to tvůrčí a poznávací činnost a týká se jakéhokoli oboru vědy. Snaží se odhalit příčiny, vlastnosti a podmínky zákonitostí konkrétních jevů v přírodě či lidské společnosti (Kutnohorská, 2009).

2.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření předkládané diplomové práce je zmapovat pomocí standardizovaného dotazníku pracovní spokojenost a faktory jí ovlivňující u všeobecných zdravotních sester pracujících v agenturách domácí péče a jejím srovnáním ve vybraných proměnných jako jsou např. akreditace/certifikace zdravotnického zařízení, délka praxe, dosažené vzdělání. V závěru práce bude vytvořeno konkrétní doporučení vztahující se ke zvýšení pracovní spokojenosti.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u všeobecných sester pracujících v akreditovaných nebo certifikovaných agenturách domácí péče oproti všeobecným sestrám pracujícím v neakreditovaných/necertifikovaných zařízeních.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u respondentů s delší praxí ve zdravotnictví.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti není ovlivněna délkou praxe v domácí péči.

Hypotéza 4: Předpokládáme, že míra pracovní spokojnosti bude vyšší u všeobecných sester s vyšším vzděláním.

Hypotéza 5: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti není ovlivněna věkem.

Hypotéza 6: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u všeobecných sester pracujících v terénu oproti všeobecným sestrám ve vedoucích funkcích.

2.3 Metodologie výzkumu

Základním předpokladem získání relevantních výsledků je použití adekvátní metody respektive nástroje měření. S ohledem na charakter tohoto šetření byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Pro získání dat byl použit standardizovaný dotazník McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS), který mohl být použit na základě získání oprávnění k jeho použití (Příloha A). Tento standardizovaný dotazník je nejčastěji používaným dotazníkem pro zjišťování pracovní spokojenosti v ošetrovatelství v různých klinických oborech péče i různých kulturních a demografických prostředích (Tourangeau et al., 2006). Pro účely této diplomové práce byl dotazník doplněn o otázky, zaměřené na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a v domácí péči, aktuální pracovní zařazení, a zda je agentura domácí péče, ve které dotazovaní pracují, akreditována/certifikována u některé ze společností, které mají oprávnění akreditace či certifikace udělovat. Standardizovaný dotazník MMSS je podrobněji popsán v teoretické části této diplomové práce.

2.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry pracující v agenturách domácí péče. Dotazník byl zveřejněn na webových stránkách www.vyplnto.cz a odkaz na tento dotazník byl distribuován prostřednictvím webových stránek sdružujících nelékařský zdravotnický personál. Dotazník na webových stránkách si otevřelo celkem 123 respondentů, pro neúplnost či nedokončené vyplnění bylo 10 dotazníků vyřazeno z hodnocení. Návratnost dotazníků byla 91,9%.

2.5 Zpracování získaných dat

Spokojenost všeobecných sester byla vyhodnocována podle pokynů k dotazníku McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. Data z vyplněných dotazníků byla přenesena do programu Microsoft Excel 2016, kde byla data následně čištěna a upravována. Demografická data zde byla zpracována do tabulek a grafů.

Pro další zpracování dat byl použit statistický software pro sociální vědy IBM SPSS Statistics 22. Zde bylo provedeno kódování proměnných a úpravy v SPSS. Data byla hodnocena pomocí popisné statistiky – průměr, medián, modus, směrodatná odchylka apod.

Před statistickou analýzou jsme zjišťovali reliabilitu pomocí Cronbach alfa. Tato statistická metoda zjišťuje míru nebo stupeň vnitřní konzistence a její spolehlivost. Hodnoty Cronbach alfa jsou v rozmezí 0 až 1, přičemž hodnoty od 0,7 a více znamenají vysokou konzistenci a reliabilitu zkoumané škály.

Na zjištění závislosti mezi pracovní spokojeností všeobecných sester a vybranými socio–demografickými proměnnými byl použit Pearsonův korelační koeficient, který je nejpoužívanější v sociálních vědách. Tento koeficient měří sílu lineární závislosti mezi dvěma veličinami. Nabývá pouze hodnot od -1 do 1. Jsou-li dané veličiny na sobě nezávislé, je mezi nimi korelace nulová. Čím je hodnota blíže 1 nebo -1, tím je silnější korelace neboli vztah mezi zkoumanými veličinami. V rámci našeho výzkumu bylo hodnoceno nejen celkové skóre pracovní spokojenosti ale také jednotlivé subškály MMSS.

Rozdíly v celkové pracovní spokojenosti mezi skupinami respondentů byly hodnoceny pomocí dvouvýběrového t-testu. Tento test patří mezi nejznámější parametrické testy významnosti. Často se používá k porovnání, zda výsledky měření na jedné skupině respondentů se významně liší od výsledků druhé skupiny (Hanzl, 2012).

Všechna data byla posuzována na 95 % intervalu spokojenosti, což je standard pro sociálně vědní výzkumy.

2.6 Výsledky výzkumu

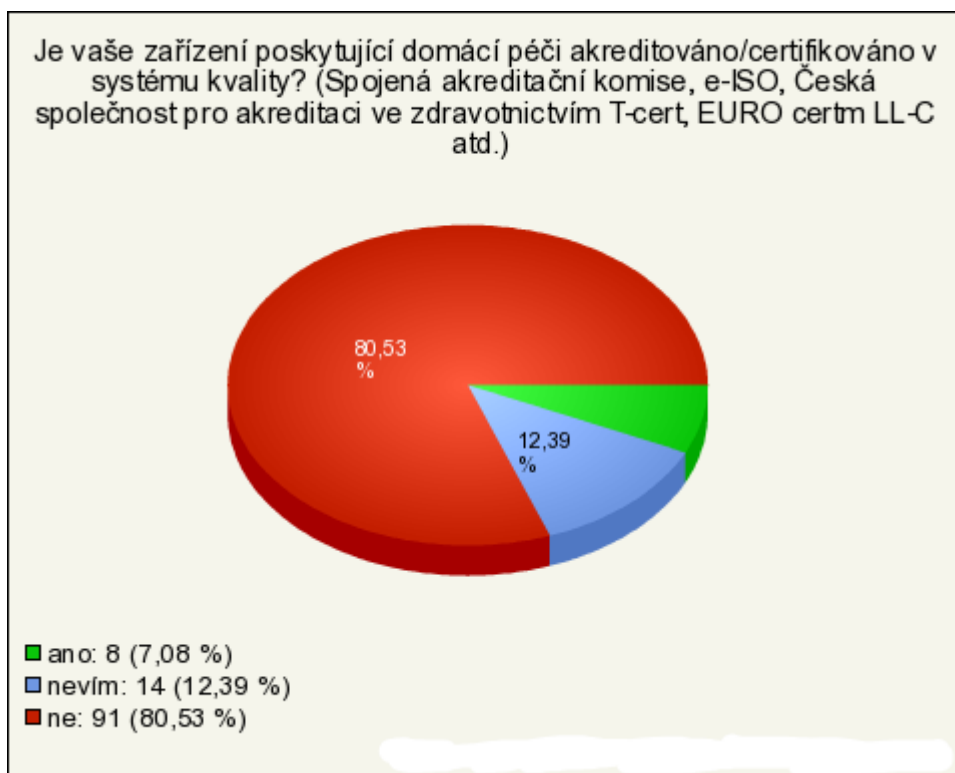
K hodnocení veřejného dotazníkového šetření bylo využito celkem 113 dotazníků, které respondenti odpověděli kompletně a bylo tedy možné je zařadit do výzkumu. Všichni respondenti pracovali v agenturách domácí péče.

Tabulka 1: Cronbach alfa

Cronbach's Alpha	N of Items
0,875	30

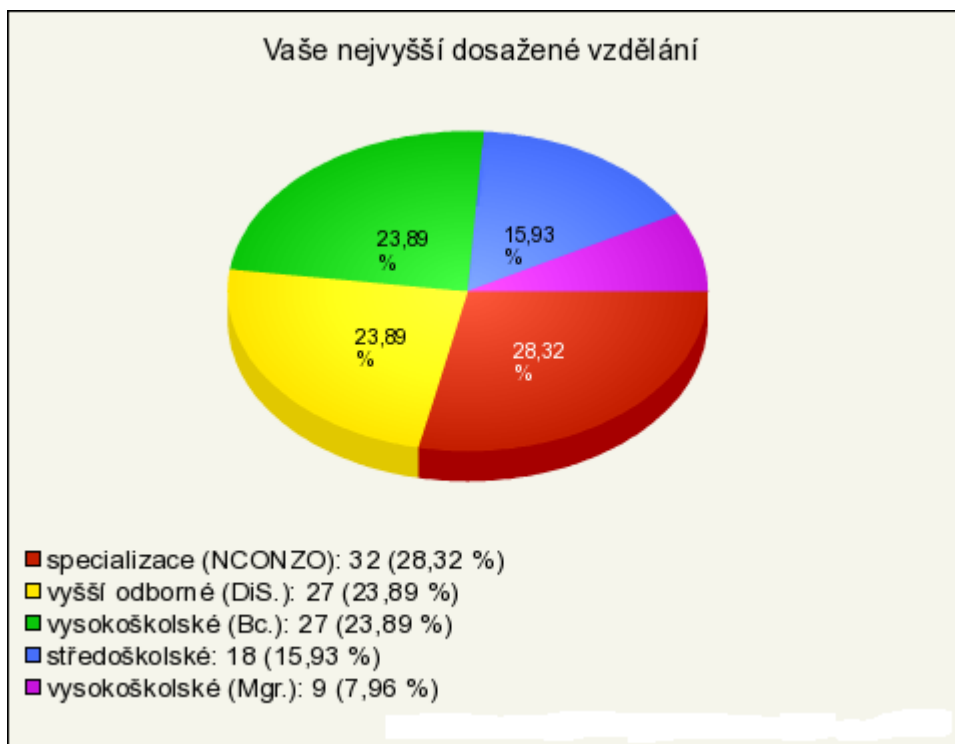
Vnitřní konzistence MMSS byla hodnocena prostřednictvím Cronbachova alfa. Jak uvádí tabulka 4, celkové skóre má vysokou míru vnitřní konzistence a můžeme proto dotazník bezpečně použít.

2.6.1 Demografická data



Graf 1: Je vaše zařízení akreditováno?

Na otázku zda je zařízení poskytující domácí péči akreditováno/certifikováno v systému kvality bylo možno odpovědět pouze uzavřenými otázkami. Již v otázce bylo zmíněno několik názvů autorizačních společností, abychom předešli nesprávnému pochopení otázky. Celkem 8 respondentů zvolilo odpověď ano, 91 respondentů ne a 14 respondentů nevědělo, zda je zařízení domácí péče, ve kterém pracují akreditováno či certifikováno některou z autorit.



Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Otázka týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání byla uzavřená s možností výběru odpovědí. Středoškolské vzdělání jako své nejvyšší dosažené vzdělání označilo 18 respondentů, specializaci 32 respondentů, vyšší odborné a první stupeň vysokoškolského vzdělání (tedy bakalářské) zvolilo u každé možné odpovědi shodně 27 respondentů a ukončené vysokoškolské vzdělání s uděleným titulem magistr označilo za své nejvyšší dosažené vzdělání celkem 9 respondentů.



Graf 3: Pracovní zařazení

Graf 3 ukazuje pracovní zařazení respondentů. Byla to opět uzavřená otázka s výběrem ze dvou možností. Na vedoucí pozici pracuje 14 respondentů a jako sestra v terénu pracuje 99 respondentů.

Otázka pohlaví nebyla do výzkumu později zařazena. Z celkového počtu respondentů se výzkumu účastnil pouze 1 muž. Nebylo tedy s touto otázkou dále pracováno z důvodu malého zastoupení proměnných.

Tabulka 2: Věk respondentů

Statistická poloha	Hodnota
Průměr:	42.51
Minimum:	28
Maximum:	55
Medián:	43
Modus:	42

Otázka na věk respondentů byla otevřená a nastavena tak, aby respondenti vyplnili konkrétní číselnou hodnotu. Lze tak získat podrobnější přehled věkového zastoupení, než při vyplňování věkových kategorií. Průměrný věk respondentů byl 42 a půl roku, nejmladší respondentce bylo 28 let a nejstarší 55 let. Medián byl ve zkoumaném vzorku velmi blízko průměru a to 43. Modus, tedy nejčastěji opakovaná hodnota byl 42.

Tabulka 3: Délka praxe ve zdravotnictví

Statistická poloha	Hodnota
Průměr:	22.81
Minimum:	7
Maximum:	36
Medián:	24
Modus:	28

Délka praxe ve zdravotnictví byla stejně jako otázka na věk doplňována respondenty konkrétní číselnou hodnotou. Respondenti z našeho výzkumu pracují ve zdravotnictví v průměru 22,81 let. Nejkratší délka praxe ve zdravotnictví byla 7 let, naopak nejdelší celých 36 let. Medián, tedy hodnota přesně uprostřed všech uvedených, je 24 a modus je 28 let.

Tabulka 4: Délka praxe v domácí péči

Statistická poloha	Hodnota
Průměr:	4,94
Minimum:	1
Maximum:	11
Medián:	5
Modus:	6

Tabulka 4 ukazuje odpovědi na otázku na délku praxe v domácí péči. Otázka byla stejně jako dvě předchozí otázky respondenty doplňována konkrétní číselnou hodnotou. Průměrná délka praxe v domácí péči byla 4,94 let. S tím se shoduje také medián, který byl 5 let a modus, který byl 6 let. Jako nejkratší délka praxe v domácí péči byl uveden 1 rok a nejvyšší počet let praxe v domácí péči byl uveden 11 let.

2.6.2 Interpretace výsledků k hypotéze 1

Tabulka 5: Pracovní spokojenost dle akreditace/certifikace

Je vaše zařízení poskytující domácí péči akreditováno/certifikováno v systému kvality? (Spojená akreditační komise, e-ISO, Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictvím T-cert, EURO cert, LL-C atd.)		N	Mean
spokojenost s vnějšími odměnami	Ano	8	2,1250
	Ne	91	1,8755
spokojenost s plánováním	Ano	8	1,5208
	Ne	91	1,7729
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Ano	8	1,9375
	Ne	91	1,8297
spokojenost se spolupracovníky	Ano	8	1,8750
	Ne	91	2,0989
spokojenost s možnostmi interakce	Ano	8	1,7813
	Ne	91	2,5440
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Ano	8	3,3750
	Ne	91	4,7308
spokojenost s chválou a uznáním	Ano	8	1,6875
	Ne	91	2,3022
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Ano	8	2,2250
	Ne	91	2,8286
Celková spokojenost	Ano	8	2,0542
	Ne	91	2,5524

Z hodnocení byly vyřazeny odpovědi respondentů, kteří nevěděli, zda je jejich zařízení akreditováno či certifikováno v programu kvality. Hodnocení pracovní spokojenosti jak celkové, tak v jednotlivých subškálách MMSS u respondentů z agentur domácí péče, které jsou akreditované/certifikované a respondentů pracujících v agenturách domácí péče které nejsou akreditované/certifikované ukazuje tabulka 5. Nejprve byla hodnocena shoda rozptylu na základě Leveneho testu a t-testu, kde jsme zjišťovali ve kterých oblastech pracovní spokojenosti je statisticky významný rozdíl (Příloha B). Vybrané oblasti se statisticky významnými rozdíly jsou: spokojenost s možnostmi interakce, spokojenost s profesionálními příležitostmi, spokojenost s chválou a uznáním, spokojenost s kontrolou a odpovědností a celková spokojenost. Do hodnocení jsme zařadili i subškálu spokojenost s plánováním, kde stanovená hladina statistické významnosti byla překročena pouze o 0,007. Dá se tedy říci, že pokud bychom snížili požadavky na kvalitu spolehlivosti měření, byla by i tato subškála hodnocena jako statisticky významná. V tabulce 5 je pak uvedeno průměrné hodnocení získané z vyplněných dotazníků. Spokojenost se hodnotila na Likertově škále, kde 1 bylo nejlepší hodnocení (tedy největší spokojenost) a 5 bylo hodnocení nejhorší. Z toho vyplývá, že čím nižší číslo je uvedeno, tím je větší spokojenost v hodnocené oblasti.

Celková spokojenost byla větší v agenturách domácí péče, které jsou akreditované/certifikované (hodnocení 2,05) oproti neakreditovaným/necertifikovaným zařízením (hodnocení 2,55). **Hypotézu 1 jsme potvrdili.**

V jednotlivých subškálách zmíněných výše byly vždy spokojenější všeobecné sestry pracující v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče. V subškále spokojenost s kontrolou a odpovědností bylo hodnocení 2,23 u všeobecných sester pracujících v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče oproti hodnocení 2,83 u všeobecných sester pracujících v neakreditovaných/necertifikovaných agenturách domácí péče. V subškále spokojenost s chválou a uznáním bylo hodnocení 1,69 u všeobecných sester pracujících v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče oproti hodnocení 2,30 u všeobecných sester pracujících v neakreditovaných/necertifikovaných agenturách domácí péče. V subškále spokojenost s profesionálními příležitostmi bylo hodnocení 3,38 u všeobecných sester pracujících v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče oproti hodnocení 4,73 u všeobecných sester pracujících v neakreditovaných/necertifikovaných agenturách domácí péče. V subškále spokojenost s možnostmi interakce bylo hodnocení 1,78 u

všeobecných sester pracujících v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče oproti hodnocení 2,54 u všeobecných sester pracujících v neakreditovaných/necertifikovaných agenturách domácí péče. V subškále spokojenost s plánováním bylo hodnocení 1,52 u všeobecných sester pracujících v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče oproti hodnocení 1,77 u všeobecných sester pracujících v neakreditovaných/necertifikovaných agenturách domácí péče. (Hodnoty v textu jsou zaokrouhlovány na dvě desetinná místa.)

2.6.3 Interpretace výsledků k hypotéze 2

Tabulka 6: Pracovní spokojenost dle délky praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví		
spokojenost s vnějšími odměnami	Pearson Correlation	-,278**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	113
spokojenost s plánováním	Pearson Correlation	-,117
	Sig. (2-tailed)	,216
	N	113
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Pearson Correlation	-,048
	Sig. (2-tailed)	,612
	N	113
spokojenost se spolupracovníky	Pearson Correlation	-,016
	Sig. (2-tailed)	,864
	N	113
spokojenost s možnostmi interakce	Pearson Correlation	,115
	Sig. (2-tailed)	,226
	N	113
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Pearson Correlation	,115
	Sig. (2-tailed)	,225
	N	113
spokojenost s chválou a uznáním	Pearson Correlation	-,063
	Sig. (2-tailed)	,508
	N	113
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Pearson Correlation	-,083
	Sig. (2-tailed)	,381
	N	113
Celková spokojenost	Pearson Correlation	-,062
	Sig. (2-tailed)	,513
	N	113

V tabulce 6 je zpracováno hodnocení pracovní spokojenosti jak celkové tak v jednotlivých subškálách MMSS vzhledem k délce praxe ve zdravotnictví. Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsme zjišťovali, zda existuje signifikantní statistická významnost mezi proměnnými. V celkové spokojenosti nebyl statisticky významný vztah. **Hypotézu 2 jsme nepotvrdili.**

Statisticky významný vztah mezi proměnnými je pouze v subškále spokojenost s vnějšími odměnami. Pearsonův koeficient nám v této subškále ukazuje, že čím déle pracují všeobecné sestry ve zdravotnictví, tím více jsou spokojeny s vnějšími odměnami. Zřejmě je to podmíněno zejména díky výši platu, který ve státem zřizovaných zařízeních stoupá s lety praxe. Na tento standard často reflektují také soukromá zařízení, právě proto, aby si udrželi zkušené sestry.

2.6.4 Interpretace výsledků k hypotéze 3

Tabulka 7: Pracovní spokojenost dle délky praxe v domácí péči

Délka praxe v domácí péči		
spokojenost s vnějšími odměnami	Pearson Correlation	-,285**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	113
spokojenost s plánováním	Pearson Correlation	-,114
	Sig. (2-tailed)	,229
	N	113
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Pearson Correlation	-,001
	Sig. (2-tailed)	,989
	N	113
spokojenost se spolupracovníky	Pearson Correlation	-,076
	Sig. (2-tailed)	,425
	N	113
spokojenost s možnostmi interakce	Pearson Correlation	,180
	Sig. (2-tailed)	,056
	N	113
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Pearson Correlation	,215*
	Sig. (2-tailed)	,022
	N	113
spokojenost s chválou a uznáním	Pearson Correlation	,015
	Sig. (2-tailed)	,873
	N	113
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Pearson Correlation	-,173
	Sig. (2-tailed)	,067
	N	113
Celková spokojenost	Pearson Correlation	-,036
	Sig. (2-tailed)	,704
	N	113

Celková pracovní spokojenost i pracovní spokojenost v jednotlivých subškálách MMSS vzhledem k délce praxe v domácí péči je zpracována v tabulce 7. Opět jsme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu zjišťovali, zda existuje signifikantní statistická významnost mezi proměnnými. V celkové spokojenosti nebyl zjištěn statisticky významný vztah. **Hypotézu 3 jsme potvrdili.**

Statisticky významný vztah mezi proměnnými je v subškále spokojenost s vnějšími odměnami. Pearsonův koeficient nám v této subškále ukazuje, že čím déle pracují všeobecné sestry v domácí péči, tím více jsou spokojeny s vnějšími odměnami. V subškále spokojenost s profesionálními příležitostmi je také statisticky významný vztah, Pearsonův korelační koeficient nám však ukazuje, že vztah mezi proměnnými je negativní – tzn., že čím delší praxi respondent v domácí péči má, tím menší je spokojenost s profesionálními příležitostmi.

2.6.5 Interpretace výsledků k hypotéze 4

Tabulka 8: Pracovní spokojenost dle vzdělání

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání		
spokojenost s vnějšími odměnami	Pearson Correlation	-,106
	Sig. (2-tailed)	,266
	N	113
spokojenost s plánováním	Pearson Correlation	-,040
	Sig. (2-tailed)	,671
	N	113
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Pearson Correlation	,162
	Sig. (2-tailed)	,086
	N	113
spokojenost se spolupracovníky	Pearson Correlation	-,030
	Sig. (2-tailed)	,751
	N	113
spokojenost s možnostmi interakce	Pearson Correlation	-,166
	Sig. (2-tailed)	,078
	N	113
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Pearson Correlation	-,160
	Sig. (2-tailed)	,091
	N	113
spokojenost s chválou a uznáním	Pearson Correlation	,111
	Sig. (2-tailed)	,242
	N	113
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Pearson Correlation	-,398**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	113
Celková spokojenost	Pearson Correlation	-,194*
	Sig. (2-tailed)	,040
	N	113

Míru pracovní spokojenosti jak celkovou tak v jednotlivých subškálách posuzovanou s ohledem na nejvyšší dosažené vzdělání ukazuje tabulka 8. Signifikantní statistická významnost byla zaznamenána u celkové spokojenosti a v subškále spokojenost s kontrolou a odpovědností. Na základě Pearsonova korelačního koeficientu je možné zjistit, že celková spokojenost je kladně ovlivněna dosaženým vzděláním – tzn., že čím vyšší má všeobecná sestra vzdělání, tím je spokojenější. **Hypotézu 4 jsme potvrdili.**

V subškále spokojenost s kontrolou a odpovědností lze také zjistit kladné ovlivnění pracovní spokojenosti dosaženým vzděláním. Všeobecné sestry s vyšším vzděláním jsou spokojenější v subškále spokojenosti s kontrolou a odpovědností. Sestry s vyšším vzděláním jsou často ve vedoucích funkcích, mají tedy větší odpovědnost zejména za chod zařízení.

2.6.6 Interpretace výsledků k hypotéze 5

Tabulka 9: Pracovní spokojenost dle věku

Věk		
spokojenost s vnějšími odměnami	Pearson Correlation	-,290**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	113
spokojenost s plánováním	Pearson Correlation	-,125
	Sig. (2-tailed)	,186
	N	113
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Pearson Correlation	-,065
	Sig. (2-tailed)	,496
	N	113
spokojenost se spolupracovníky	Pearson Correlation	-,007
	Sig. (2-tailed)	,945
	N	113
spokojenost s možnostmi interakce	Pearson Correlation	,138
	Sig. (2-tailed)	,145
	N	113
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Pearson Correlation	,142
	Sig. (2-tailed)	,133
	N	113
spokojenost s chválou a uznáním	Pearson Correlation	-,060
	Sig. (2-tailed)	,527
	N	113
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Pearson Correlation	-,081
	Sig. (2-tailed)	,395
	N	113
Celková spokojenost	Pearson Correlation	-,054
	Sig. (2-tailed)	,572
	N	113

Míru pracovní spokojenosti (celkovou i v jednotlivých subškálách) hodnocenou vzhledem k věku respondentů ukazuje tabulka 9. U celkové pracovní spokojenosti nebyl zaznamenán signifikantní statistický rozdíl, proto **hypotézu 5 můžeme potvrdit**.

Signifikantní statistický rozdíl byl zaznamenán v subškále spokojenost s vnějšími odměnami. Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu můžeme z tabulky 9 zjistit, že čím vyšší věk respondentů, tím větší spokojenost v této subškále.

2.6.7 Interpretace výsledků k hypotéze 6

Tabulka 10: Pracovní spokojenost dle pracovního zařazení

Vaše pracovní zařazení		N	Mean
spokojenost s vnějšími odměnami	sestra v terénu	99	2,0101
	vedoucí pozice	14	1,5714
spokojenost s plánováním	sestra v terénu	99	1,8030
	vedoucí pozice	14	1,5357
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	sestra v terénu	99	1,8333
	vedoucí pozice	14	2,2857
spokojenost se spolupracovníky	sestra v terénu	99	2,1162
	vedoucí pozice	14	1,8929
spokojenost s možnostmi interakce	sestra v terénu	99	2,5581
	vedoucí pozice	14	2,0357
spokojenost s profesionálními příležitostmi	sestra v terénu	99	4,6793
	vedoucí pozice	14	3,9286
spokojenost s chválou a uznáním	sestra v terénu	99	2,2879
	vedoucí pozice	14	2,2679
spokojenost s kontrolou a odpovědností	sestra v terénu	99	3,0061
	vedoucí pozice	14	1,5714
Celková spokojenost	sestra v terénu	99	2,5960
	vedoucí pozice	14	2,1024

Hodnocení pracovní spokojenosti jak celkové, tak v jednotlivých subškálách MMSS u respondentů z agentur domácí péče, rozdělené dle pracovního zařazení ukazuje tabulka 10. Nejprve byla hodnocena shoda rozptylu na základě Leveneho testu a t-testu, kde

jsme zjišťovali ve kterých oblastech pracovní spokojenosti je statisticky významný rozdíl (Příloha C). Vybrané oblasti se statisticky významnými rozdíly jsou: spokojenost s vnějšími odměnami, spokojenost s plánováním, spokojenost s možnostmi interakce, spokojenost s profesionálními příležitostmi a celková spokojenost. Do hodnocení jsme zařadili i subškálu spokojenost s kontrolou a odpovědností, kde stanovená hladina statistické významnosti byla překročena pouze o 0,006. Dá se tedy říci, že pokud bychom snížili požadavky na kvalitu spolehlivosti měření, byla by i tato subškála hodnocena jako statisticky významná. V tabulce 10 je pak uvedeno průměrné hodnocení získané z vyplněných dotazníků. Spokojenost se hodnotila na Likertově škále, kde 1 bylo nejlepší hodnocení (tedy největší spokojenost) a 5 bylo hodnocení nejhorší. Z toho vyplývá, že čím nižší číslo je uvedeno, tím je větší spokojenost v hodnocené oblasti.

Celková spokojenost byla větší u všeobecných sester ve vedoucích pozicích (hodnocení 2,10) oproti všeobecným sestrám pracujícím v terénu (hodnocení 2,60). **Hypotézu 6 jsme nepotvrdili.**

V jednotlivých subškálách zmíněných výše byly vždy spokojenější všeobecné sestry pracující ve vedoucích pozicích. V subškále spokojenost s vnějšími odměnami bylo hodnocení 1,57 u všeobecných sester pracujících ve vedoucích pozicích oproti hodnocení 2,01 u všeobecných sester pracujících v terénu. V subškále spokojenost s plánováním bylo hodnocení 1,54 u všeobecných sester pracujících ve vedoucích pozicích oproti hodnocení 1,80 u všeobecných sester pracujících v terénu. V subškále spokojenost s možnostmi interakce bylo hodnocení 2,04 u všeobecných sester pracujících ve vedoucích funkcích oproti hodnocení 2,56 u všeobecných sester pracujících v terénu. V subškále spokojenost s profesionálními příležitostmi bylo hodnocení 3,93 u všeobecných sester pracujících ve vedoucích funkcích oproti hodnocení 4,68 u všeobecných sester pracujících v terénu. V subškále spokojenost s kontrolou a odpovědností bylo hodnocení 1,57 u všeobecných sester pracujících ve vedoucích funkcích oproti hodnocení 3,01 u všeobecných sester pracujících v terénu. (Hodnoty v textu jsou zaokrouhlovány na dvě desetinná místa.)

3 Diskuze

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na zmapování pracovní spokojenosti u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Data byla získána prostřednictvím standardizovaného dotazníku MMSS s doplněním některých demografických údajů. Podle stanovených hypotéz byl proveden rozbor získaných dat a jejich následné statistické zpracování, abychom mohli určit platnost hypotéz či je vyvrátit.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u všeobecných sester pracujících v akreditovaných nebo certifikovaných agenturách domácí péče oproti všeobecným sestřím pracujícím v neakreditovaných/necertifikovaných zařízeních.

Ve zdravotnictví je celosvětovým trendem zajištění bezpečí, eliminace a prevence rizik spojených s poskytováním zdravotní péče. To má vliv nejen na snižování ekonomických nákladů, ale také na zvyšování spokojenosti pacientů i personálu což se pozitivně odráží na zvýšení efektivnosti celého zdravotnického zařízení. Ve většině zemí světa probíhá standardizace zdravotnických zařízení procesem, kterému se říká akreditace. Je to proces dobrovolný, který je ukončen získáním certifikátu o poskytování kvalitní a bezpečné péče. Zdravotnické zařízení se tak zavazuje ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče a systematické snaze o snižování rizik (Somrová, Bártlová, 2012).

Ačkoli agentur domácí péče, které jsou akreditované či certifikované v rámci systému kvality je málo (většina z nich je certifikována dle požadavků ISO), bylo díky statistickým metodám možno porovnat pracovní spokojenost všeobecných sester v agenturách domácí péče. Z dotazníků vyplynulo, že 12% respondentů neví, zda je agentura domácí péče, ve které pracují, akreditována či certifikována.

Hypotéza byla potvrzena – byla zjištěna statisticky významná souvislost v celkové pracovní spokojenosti u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče, které jsou akreditované či certifikované. V jednotlivých subškálách MMSS byly statisticky významné souvislosti zaznamenány v pěti z nich. Největší rozdíl byl zaznamenán v subškále spokojenost s profesními příležitostmi, která zahrnuje otázky na možnost publikování, účasti na výzkumu, spolupráci s fakultou ošetřovatelství a účast ve výběrech organizace. Lze říci, že spolupráce se vzdělávacími institucemi a možnost

věnovat se výzkumu pozitivně ovlivňuje kvalitu péče a tím i pracovní spokojenost všeobecných sester. Pozitivně ovlivňují pracovní spokojenost také oblasti týkající se možností interakce (interdisciplinární spolupráce, sociální kontakty s kolegy v zaměstnání i mimo něj a metoda poskytované ošetrovatelské péče), oblast pochvaly a uznání (spolupráce s nadřízeným, pochvala od nadřízeného, uznání od kolegů či pozitivní zpětná vazba), kontrola a odpovědnost (kompetence, pracovní podmínky, spoluúčast na organizačních rozhodnutích, kontrola nad děním na pracovišti či kariérní postup) a také oblast plánování (pracovní doba a flexibilita plánování pracovní doby či víkendů, kompenzace za odpracované víkendy, možnost pracovat více dní za sebou). Ve všech těchto oblastech pracovní spokojenosti byly spokojenější všeobecné sestry pracující v akreditovaných/certifikovaných agenturách domácí péče. Z výsledků tedy vyplývá, že akreditace či certifikace v systémech kvality pozitivně ovlivňuje pracovní spokojenost všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče a tím i snižuje fluktuaci sester, náklady na zaškolování nových pracovníků a v neposlední řadě zvyšuje kvalitu péče.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u respondentů s delší praxí ve zdravotnictví.

Dle dohledaných údajů je pracovní spokojenost ovlivněna delší praxí. Bártlová (2006) uvádí, že více jsou spokojené sestry starší a s delší praxí, zejména proto, že jsou již zapracované, zkušené a vědí tedy co dělat v nečekaných situacích. V našem výzkumu ale nebyl zjištěn významný statistický vztah mezi pracovní spokojeností a délkou praxe ve zdravotnictví. Hypotézu 2 se nám nepodařilo potvrdit. Pozitivní korelace byla zaznamenána pouze v oblasti spokojenosti s vnějšími odměnami, kde jsou zahrnuty otázky týkající se dovolené, platu a sociálních výhod. Ve státem řízených zdravotnických zařízeních se plat řídí platovými tabulkami, které zohledňují jak vzdělání, tak délku praxe. Proto starší sestry mají vyšší plat a jsou s ním spokojenější. Ačkoli agentury domácí péče jsou nestátními zařízeními (zřizovateli jsou soukromé osoby nebo společnosti s ručením omezeným, v menší míře neziskové organizace) často reflektují na změny realizované ve státních zařízeních, aby si udrželi zkušené zaměstnance a zajistili tak vysokou kvalitu poskytované péče.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti není ovlivněna délkou praxe v domácí péči.

V domácí péči může pracovat pouze zkušená sestra, která má již praxi na lůžkovém oddělení a může tedy své nabyté zkušenosti aplikovat v rámci domácí péče bez dohledu lékaře či jiné zkušenější sestry. Lze tedy předpokládat, že respondenti našeho výzkumu pracovali i v jiných pracovních podmínkách, které se mnohdy od metod poskytování domácí péče liší. I proto jsme chtěli zjistit, zda je pracovní spokojenost ovlivněna délkou praxe v současném zaměstnání, tedy po změně typu poskytované péče. Ve výzkumu pracovní spokojenosti, který provedla Haroková a Gurková (2012) se nepotvrdil vztah mezi celkovou pracovní spokojeností a délkou praxe na současném pracovišti. Ani v našem výzkumu nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi pracovní spokojeností a délkou praxe v domácí péči hypotéza 3 byla potvrzena. V jednotlivých subškálách byla zaznamenána statisticky významná korelace pouze v oblasti hodnocení vnějších odměn (zahrnuje otázky na dovolenou, plat a sociální výhody), kdy byly sestry s delší praxí v domácí péči spokojenější a negativní korelace v oblasti profesních příležitostí (možnost publikování, účast na výzkumu, spolupráce s fakultou ošetřovatelství a účast ve výborech organizace), kdy byly naopak sestry s delší praxí nespokojenější. Je to velmi pozitivní zjištění, že sestry s delší praxí mají zájem o profesní růst a lze na základě této informace zlepšovat pracovní spokojenost zkušených zdravotních sester. Bylo by tedy vhodné podporovat je v publikování odborných článků, kazuistik, v rozšiřování odborných znalostí, zejména zaměřených na praktické postupy při poskytování domácí péče – např. ošetřování chronických ran, péče o klienty s umělou plicní ventilací apod.

Hypotéza 4: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u všeobecných sester s vyšším vzděláním.

Do dotazníku byla zařazena otázka týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání zejména proto, abychom mohli zjistit, zda je pracovní spokojenost nebo některá z jejích oblastí ovlivněna dosaženým vzděláním. Haroková a Gurková (2012) si stejnou otázku položili ve svém výzkumu a zjistili, že vzdělání ovlivňuje nejen celkovou pracovní spokojenost, ale také tři subškály MMSS a to konkrétně vztahy na pracovišti, uznání a pochvala a interakce na pracovišti. V našem výzkumu byl potvrzen statisticky významný vztah mezi celkovou pracovní spokojeností a dosaženým vzděláním. Bylo

zjištěno, že čím vyšší vzdělání sestra má, tím je její pracovní spokojenost vyšší. Při rozdělení na jednotlivé hodnocené oblasti byl statisticky významný vztah zaznamenán pouze v oblasti zaměřené na kontrolu a odpovědnost (kompetence, pracovní podmínky, spoluúčast na organizačních rozhodnutích, kontrola nad děním na pracovišti a kariérní postup). Z výsledků je patrné, že sestry s vyšším vzděláním si jsou vědomé odpovědnosti za vykonávané činnosti a pravděpodobně jim jsou svěřeny vyšší kompetence než sestrám s nižším vzděláním.

Hypotéza 5: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti není ovlivněna věkem.

Ve výzkumu Bártlové (2006) byla zjištěna větší pracovní spokojenost u starších sester a u těch s delší praxí. Ve výzkumu Harokové a Gurkové (2012) byla zjištěna slabá korelace mezi věkem a pracovní spokojeností zejména v oblastech plánování, pochvaly a uznání, kontroly a zodpovědnosti. Předpokládali jsme, že sestry, které jsou zkušenější, znají zařízení, ve kterém pracují, zažili a umí si poradit ve vypjatých situacích budou spokojenější v pracovním životě, protože už budou vědět jak se zachovat, co dělat. V našem výzkumu pracovní spokojenosti u sester pracujících v agenturách domácí péče nebyl zjištěn signifikantní statistický vztah mezi věkem a pracovní spokojeností. Pouze v subškále spokojenosti s vnějšími odměnami byla zaznamenána pozitivní korelace. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že starší sestry zažili i jiné platové tarify ve státní sféře a dokáží si tedy více vážit právě zmiňovaných vnějších odměn jako je plat, dovolená a sociální výhody.

Hypotéza 6: Předpokládáme, že míra pracovní spokojenosti bude vyšší u všeobecných sester pracujících v terénu oproti všeobecným sestrám ve vedoucích funkcích.

Ivanová, Vévoda a kol. (2012) ve svém výzkumu pracovní spokojenosti uvádějí, že druhý nejdůležitější faktor na osobním žebříčku spokojenosti všeobecných sester je faktor péče o pacienty, který je zároveň nejdůležitějším motivátorem. Je to také faktor velmi pozitivně oceňován společností, což se projevuje při hodnocení jednotlivých povolání veřejností. Předpokládali jsme proto, že budou více spokojené sestry pracující v terénu, protože právě ony poskytují péči klientům. Tato hypotéza se nám ale nepotvrdila, protože jsme zjistili, že jsou nejen celkově ale i v pěti subškálách více spokojené sestry ve vedoucích funkcích. Největší rozdíl ve spokojenosti v jednotlivých subškálách byl zaznamenán v oblasti kontroly a odpovědnosti (kompetence, pracovní podmínky, spoluúčast na organizačních rozhodnutích, kontrola nad děním na pracovišti,

kariérní postup). Je to podmíněno tím, že sestry ve vedoucích funkcích mají zodpovědnost za chod celého zařízení, za nastavení a dodržování standardů a dalších předpisů týkajících se organizace apod. Další oblasti, kdy byly sestry ve vedoucích funkcích spokojenější, jsou spokojenost s vnějšími odměnami, oblast plánování, spokojenost s možnostmi interakce a spokojenost s profesními příležitostmi. I v těchto oblastech pracovní spokojenosti jsou více spokojené sestry ve vedoucích funkcích zejména proto, že mohou svůj pracovní čas alespoň částečně ovlivňovat sami (ony plánují směny, obsazení víkendů, dokáží si zajistit jistou míru flexibility při plánování denních pracovních povinností) a jako vedoucí sestry mají jistě i jiné profesní příležitosti než sestry v terénu.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Diplomová práce s názvem Pracovní spokojenost zdravotních sester pracujících v agenturách domácí péče se zabývala problematikou pracovní spokojenosti v agenturách domácí péče. Pracují zde sestry s vysokoškolským vzděláním i sestry specialistky, díky certifikovaným kurzům neustále zlepšují své odborné znalosti a zvyšují tak své kompetence. V domácím prostředí klienta jsou odkázány na své vědomosti a odborné dovednosti, opravdu pracují bez odborného dohledu. Pracovní spokojenost je jedním z faktorů, který ovlivňuje kvalitu poskytované péče, proto je nutné, aby se vedoucí zdravotnických zařízení zabývali pracovní spokojeností svých zaměstnanců. Pokud budou vedoucí vědět, jak ovlivnit spokojenost v práci a s prací, budou ve zdravotnických zařízeních pracovat stabilní týmy, které budou poskytovat kvalitní a bezpečnou péči všem klientům,

Doporučení pro management agentur domácí péče

- Poznat své spolupracovníky a podřízené, zjistit jejich základní potřeby a hodnoty
- Provádět pravidelně sledování a vyhodnocování spokojenosti zaměstnanců
- Zapojit i řadové zaměstnance do organizačních rozhodnutí nebo je alespoň informovat o plánech organizace
- Systém benefitů upravit či nastavit dle motivujících faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost na základě zjištěných údajů ze sledování spokojenosti
- Aktivně se podílet na vzdělávání svých zaměstnanců, na zvyšování jejich odbornosti a kompetencí
- Dovednosti a zkušenosti zaměstnanců využívat v pracovním životě – přizpůsobit pracovní zařazení, kompetence v náplni práce
- Umožnit sdílení informací a zkušeností v týmu – v terénu je každá všeobecná sestra sama a o některých problémech a úspěších by se ráda podělila s kolegyněmi, které tak získají potřebné informace
- Podporovat i mimopracovní kontakt svých zaměstnanců, aby se navzájem lépe poznali

- Dle možností zařízení umožnit samostatné plánování směn či alespoň denního rozvrhu
- Nastavit jednoznačná pravidla pro hodnocení i sebehodnocení zaměstnanců a hodnotit pravidelně; pochvaly či výtky řešit co nejdříve s konkrétní osobou

Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou pracovní spokojenosti všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. První teoretická část diplomové práce sumarizuje poznatky týkající se domácí péče v České republice, předkládá teoretické poznatky motivace, pracovní spokojenosti a popisuje standardizovaný dotazník McCloskey/Mueller Satisfaction Scale, který byl použit v druhé praktické části. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň pracovní spokojenosti a zhodnotit pracovní spokojenost dle předem daných proměnných jako je akreditace/certifikace v systému kvality, vzdělání, pracovní zařazení, věk, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v domácí péči.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry pracující v agenturách péče, které jsou akreditované či certifikované jsou celkově spokojenější s pracovním životem a jsou spokojenější i v pěti subškálách standardizovaného dotazníku MMSS. Je tedy patrné, že akreditace/certifikace v systému kvality má svůj význam jak pro pacienty, tak pro personál. Sestry, které jsou nespokojené v práci, se mohou uchýlit k absentérství, mají špatnou pracovní morálku a často odcházejí nejen od zaměstnavatele, ale i ze zdravotnictví. Zdravotnická zařízení – tedy i poskytovatelé domácí péče – pak trpí nízkou pracovní výkonností zaměstnanců, mají zvýšené náklady na nábor a zaučení nových zaměstnanců a kvalita poskytované péče může významně klesnout.

Při zkoumání, zda vybrané demografické údaje ovlivňují pracovní spokojenost, bylo zjištěno, že všeobecné sestry s vyšším vzděláním jsou celkově spokojenější v práci a to zejména v subškále týkající se zodpovědnosti a kontroly. Starší sestry jsou spokojenější s vnějšími odměnami, kam spadá hodnocení platu, dovolené a sociálních výhod. Délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v domácí péči shodně neovlivňuje celkovou pracovní spokojenost, ale opět shodně byla zaznamenána vyšší spokojenost s vnějšími odměnami. Větší rozdíly v hodnocení spokojenosti pak byly zaznamenány v porovnání pracovního zařazení respondentů, kdy bylo zjištěno, že sestry ve vedoucí funkci byly celkově spokojenější, než sestry pracující v terénu. A byly spokojenější i v pěti subškálách hodnocení.

Většina zdravotnických zařízení hodnotí pracovní spokojenost zaměstnanců avšak často pouze z důvodu naplnění akreditačních standardů, ale skutečný zájem zjistit spokojenost zaměstnanců absentuje. Nízká míra pracovní spokojenosti může mít za následek

zvýšenou míru fluktuace všeobecných sester, což z pohledu současného nedostatku sester může být značný problém, zejména proto, že nespokojení odborníci odcházejí pracovat mimo obor či do zahraničí. Zabývat se tedy hodnocením pracovní spokojenosti a provádět změny na základě zjištěných údajů se jeví jako jedna z možností jak si udržet kvalifikovaný personál, který odvádí svou práci kvalitně.

Seznam použité literatury

ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*: 13. vydání. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.

BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*, 2006; 9 (4): 166-167, ISSN 1213-6050

BICKOVÁ, L., KALVACH, Z. a ČELEDOVÁ, L. 2010. *Pečovatelská služba v České Republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České Republiky, 2010. str. 432. ISBN 978-809-0466-807.

GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCEM H., R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.

GURKOVÁ, E., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., ŠERFELOVÁ, R., VADKERTIOVÁ, J., ZAMBORIOVÁ, M. *Validácia slovenskej verzie nástroja pracovnej spokojnosti – McCloskey/Mueller Satisfaction Scale*. *Ošetrovatel'stvo* [online]. 2012, 2(3), 87-95 [cit. 2019-09-07]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-3/validacia-slovenskej-verzienastroja-pracovnej-spokojnosti-mccloskey-mueller-satisfaction-scale>

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., a kol. Subjektívna pohoda českých a slovenských sestier a ich úvahy o odchode. *Ošetrovatel'ství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(4), 664-669 [cit. 2019-05-08]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/3_gurkova_et_al.pdf

HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. 1.vyd. Třebíč: Amaprint – Kerndl, 2012. 101 s ISBN 978-80-87710-01-2.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatel'ství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E. *Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier*. *Kontakt* [online]. 2012, 14(4), 401-409 [cit. 2019-07-03]. ISSN 1212-4117. Dostupné z:

https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201204-0001_faktory-pracovnej-spokojnosti-ceskych-sestier.php

HAYES, B., BONNER, A., PRYOR, J.. *Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature*. Journal of Nursing management [online]. 2010 October, 18(7), 804-814 [cit. 2019-01-04]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <http://www.pubfacts.com/detail/20946216/Factors-contributing-to-nurse-jobsatisfaction-in-the-acute-hospital-setting-a-review-of-recent-lite>

CHOI, J. S., FLYNN, L., AIKEN, L. *Nursing Practice Environment and Registered Nurses' Job Satisfaction in Nursing Homes*. The Gerontologist [online]. 2012 August, 52(4), 484-492 [cit. 2019-05-02]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409799/>

IVANOVÁ, K., VÉVODA, J., NAKLÁDALOVÁ, M. Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnotových distancí. In: *Pracovní lékařství*, 2012. 64(4), 156-163. ISSN 0032-6291.

JANKELOVÁ, N., MORICOVÁ, Š. *Personálne motivačné nástroje pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti*. 1.vyd. Brno: Tribun EU, 2017. 131 s. ISBN 978-80-263-1162-1.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s, 2007, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7

JIRKOVSKÁ, B. *Výzkum motivačních faktorů a ovlivnění pracovního výkonu nelékařských zdravotnických pracovníků v oblastní středočeské nemocnici*. Praha, 2012. Rigorozní práce. Univerzita Karlova Praha

KALVACH, Z. a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. str. 399. ISBN 978-802-4740-263.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 2009, 169 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LÍSKOVCOVÁ, I. Lidský faktor – skrytý zdroj bohatství a prosperity zdravotnické firmy. In: *Kontakt*, 2008. 7(2), 112-116. ISSN 1212-4117

LU H., BARRIBALL, K. L., ZHANG, X., WHILE, A. E. *Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies [online]. 2012 August, 49 (8), 1017-1038 [cit. 2019-01-04]. ISSN 1873-491X. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004536>

MARKOVÁ, M. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-3109.

MLÁDKOVÁ, L., JEDINÁK, P. *Management*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-230-1.

MLČÁK, Z., SLÍVA, K. *Pracovní a životní spokojenost sociálních pracovníků a percepce rozvoje jejich profesních kompetencí*. Kontakt. 2005, 7(3-4), 305-313. ISSN 1212-4117.

NAKONEČNÝ, M. *Motivace pracovního jednání a její řízení*. Praha: Management Press, 1992. ISBN isbn80-85603-01-2.

PAUKNEROVÁ, D. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Management. 259 s. ISBN 978-80-247-3809-3

PLACHÁ, H. *Pracovní nespokojenost sester v České republice*. Praktický lékař. 2015, 95(2), 59-64 [cit. 2019-01-04]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/pracovni-nespokojenost-sester-v-ceske-republice-51998>

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

RABENSEIFEROVÁ, Z. Práce sestry v agenturách domácí péče. In: *Sestra*. 13. leden 2010, 1/2010, str. 37.

SEIFERT, B., VOJTÍŠKOVÁ, J. Profesionální uspokojení lékařů a sester ve všeobecných praxích. In: *Praktický lékař*. 2010, 90(10), 607-611. ISSN 0032-6739.

SOMROVÁ, J., BÁRTLOVÁ, S. Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství. In: *Kontakt*. 2012, 14(4), 410-420. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2012>

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

TOURANGEAU, A. E., MCGILLIS HALL, L., DORAN, M. D., PETCH, T. Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey/muller Satisfaction Scale, In *Nursing Research*, 2006, vol. 55. no. 2. 128-136

TURECKIOVÁ, M. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0405-6.

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

VINOPAL, J. *Indikátor subjektivní kvality pracovního života*. Sociologický časopis / Czech Sociological Review. 2011, 47(5), 937-965. ISSN 0038-0288.

WEBB, K. *Motivating Peak Performance: Leadership Behaviors That Stimulate Employee Motivation And Performance*, Christian Higher Education, 2007, 53-71.

Domácí péče. In: *Sestra v evropské unii: sborník k mezinárodnímu semináři – listopad 2000*. Praha: Česká asociace sester, 2000, s. 18-21. Zpravodaj České asociace sester, č. 14.

Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007 – 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2019-09-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-domaci-zdravotni-pece-za-obdobi-2007-2017>

Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2019-09-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Přílohy

Seznam příloh

Příloha A: povolení k použití dotazníku

Příloha B: statistické testy – hypotéza 1

Příloha C: statistické testy – hypotéza 6

Příloha A: povolení k použití dotazníku



Permission to use form:

This statement gives permission to use English and Czech versions of the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS) to Romana Luptáčiková for the purpose as stated in the request dated May 19, 2019.

The instrument may be reproduced in a quantity appropriate for this project.

Signed:

A handwritten signature in black ink that reads "Sue Moorhead".

Sue Moorhead, RN, PhD, FAAN
Associate Professor,
College of Nursing

Date: May 20, 2019



The University of Iowa
The Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness
College of Nursing 407 CNB
Iowa City Iowa 52242 USA

Příloha B: statistické testy – hypotéza 1

Independent Samples Test												
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper		
spokojenost s vnějšími odměnami	Equal variances assumed	,079	,779	1,565	97	,121	,24954	,15943	-,06688	,56596		
	Equal variances not assumed			1,452	8,065	,184	,24954	,17192	-,14635	,64543		
spokojenost s plánováním	Equal variances assumed	,018	,895	-1,930	97	,057	-,25206	,13059	-,51124	,00712		
	Equal variances not assumed			-2,077	8,533	,069	-,25206	,12135	-,52887	,02475		
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	Equal variances assumed	,757	,386	,506	97	,614	,10783	,21289	-,31470	,53036		
	Equal variances not assumed			,408	7,754	,694	,10783	,26439	-,50522	,72088		
spokojenost se spolupracovníky	Equal variances assumed	,328	,568	-1,410	97	,162	-,22390	,15879	-,53905	,09125		
	Equal variances not assumed			-1,189	7,845	,269	-,22390	,18828	-,65958	,21177		
spokojenost s možnostmi interakce	Equal variances assumed	,901	,345	-4,406	97	,000	-,76271	,17312	-1,10631	-,41910		
	Equal variances not assumed			-3,755	7,866	,006	-,76271	,20314	-1,23254	-,29287		
spokojenost s profesionálními příležitostmi	Equal variances assumed	9,728	,002	-6,635	97	,000	-1,35577	,20432	-1,76130	-,95024		
	Equal variances not assumed			-3,610	7,275	,008	-1,35577	,37561	-2,23720	-,47434		
spokojenost s chválou a uznáním	Equal variances assumed	,173	,678	-4,637	97	,000	-,61470	,13256	-,87778	-,35161		
	Equal variances not assumed			-5,597	9,044	,000	-,61470	,10982	-,86294	-,36645		
spokojenost s kontrolou a odpovědností	Equal variances assumed	1,082	,301	-2,591	97	,011	-,60357	,23299	-1,06599	-,14115		
	Equal variances not assumed			-2,165	7,826	,063	-,60357	,27876	-1,24889	,04175		
Celková spokojenost	Equal variances assumed	4,734	,032	-4,727	97	,000	-,49821	,10539	-,70738	-,28905		
	Equal variances not assumed			-3,086	7,446	,016	-,49821	,16146	-,87542	-,12101		

Příloha C: statistické testy – hypotéza 6

Independent Samples Test										
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
spokojenost s vnějšími odměnami	,002	,961	3,085	111	,003	,43867	,14220	,15690	,72045	
			2,654	15,569	,018	,43867	,16527	,08753	,78981	
spokojenost s plánováním	,218	,642	2,455	111	,016	,26732	,10888	,05155	,48308	
			2,621	17,670	,018	,26732	,10200	,05274	,48189	
spokojenost s rovnováhou rodiny a práce	10,750	,001	-2,452	111	,016	-,45238	,18452	-,81803	-,08673	
			-1,529	14,001	,149	-,45238	,29593	-1,08709	,18233	
spokojenost se spolupracovníky	,000	,995	1,632	111	,106	,22330	,13687	-,04790	,49451	
			1,608	16,738	,127	,22330	,13887	-,07003	,51664	
spokojenost s možnostmi interakce	,000	,992	3,721	111	,000	,52237	,14040	,24416	,80057	
			3,144	15,443	,006	,52237	,16615	,16911	,87562	
spokojenost s profesionálními příležitostmi	17,756	,000	4,173	111	,000	,75072	,17989	,39425	1,10719	
			2,478	13,852	,027	,75072	,30293	,10035	1,40109	
spokojenost s chválou a uznáním	6,151	,015	,153	111	,878	,02002	,13062	-,23881	,27885	
			,106	14,374	,917	,02002	,18902	-,38440	,42445	
spokojenost s kontrolou a odpovědností	3,741	,056	11,512	111	,000	1,43463	,12462	1,18768	1,68158	
			6,877	13,869	,000	1,43463	,20862	,98678	1,88248	
Celková spokojenost	9,317	,003	5,966	111	,000	,49358	,08273	,32965	,65750	
			3,499	13,817	,004	,49358	,14105	,19067	,79648	