



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče
z pohledu všeobecných sester**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Tereza Šubrtová

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7. 5. 2021

.....

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Františkovi Dolákovi Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi poskytoval v průběhu zpracování diplomové práce. Dále děkuji všem, kteří poskytli potřebné data v rozhovorech pro zpracování praktické části diplomové práce.

Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je představení jednotky intenzivní péče, adaptačního procesu a rozbor adaptačního procesu na jednotkách intenzivní péče. V teoretické části diplomové práce je popsána intenzivní péče všeobecně včetně historie, personálního obsazení, rozdělení poskytované péče, národního registru intenzivní péče až po vzdělávání sester, či vybavení takového pracoviště. Dále je popsán adaptační proces, který je v této práci hlavním tématem. Je popsán včetně jeho druhů, fází, průběhu ve zdravotnictví, metodického pokynu, a také je přiblíženo koučování, mentoring, komunikace a v neposlední řadě motivace, která je též v adaptačním procesu důležitou součástí.

Výzkumná část je realizována formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty pracujícími v intenzivní péči jako školitelé, kteří jsou zapojováni do školení nových pracovníků v adaptačním procesu a s pracovníky, kteří jsou po jeho absolvování. Na základě získaných dat od informantů zapojených do výzkumného šetření byla provedena kategorizace dat, v níž jsou výsledky podrobně popsány.

Práce představuje názory všeobecných sester na adaptační proces probíhající na jejich pracovišti. Dále poukazuje na nedostatky a na oblasti, kterým je potřeba v adaptačním procesu věnovat zvýšenou pozornost. Těmi je oblast komunikace a průběžného hodnocení adaptačního procesu, dokumentace a výukových materiálů, oblast potřebného času a prostoru na školení, motivace v adaptačním procesu a také oblast vlivu kolektivu na nového pracovníka, a tak na celý adaptační proces.

Klíčová slova

adaptační proces; všeobecná sestra; jednotka intenzivní péče; školitel

Adaptation process in Intensive Care Units from the point of view of general nurses

Abstract

The aim of this diploma thesis is to introduce the intensive care unit, the adaptation process and the analysis of the adaptation process in intensive care units. The theoretical part of the thesis describes intensive care in general, including the history, employee structures, division of the providing care, the national register of intensive care, the education of nurses, or the equipment of such a workplace. Furthermore, the adaptation process is described, which is the main topic of this work. It is described along with its types, phases, course in health care and methodological instructions. Coaching, mentoring, communication and, motivation, which are also an important part of the adaptation process, are introduced as well.

The research part is realized in the form of semi-structured interviews with respondents working in intensive care as trainers who are involved in the training of new employees in the adaptation process and with employees who have completed the training. Based on the data obtained from the informants involved in the research survey, the categorization of the data was done, in which the results are described in detail.

The thesis presents the views of nurses on the adaptation process taking place in their workplace. It also points out the deficiencies and areas that need to be given increased attention in the adaptation process. These are the areas of communication and continuous evaluation of the adaptation process, documentation and teaching materials, the area of the necessary time and space for training, motivation in the adaptation process and also the area of the team's influence on the new employee, and so, on the whole adaptation process.

Key words

adaptation process; nurse; intensive care unit; trainer

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Intenzivní péče	9
1.1.1 Historie intenzivní péče	10
1.1.2 Rozdělení poskytované intenzivní péče	11
1.1.3 Personální obsazení	12
1.1.4 Vzdělávání sester pro intenzivní péči	12
1.1.5 Národní registr intenzivní péče	15
1.1.6 Zdravotnické přístroje	15
1.2 Adaptační proces	17
1.2.1 Druhy adaptace	17
1.2.2 Adaptační proces ve zdravotnictví	18
1.2.3 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky	18
1.2.4 Ukotvení adaptačního procesu	19
1.2.5 Fáze adaptace	19
1.2.6 Průběh adaptačního procesu	20
1.2.7 Nástroje řízení adaptačního procesu	21
1.2.8 Dokumentace adaptačního procesu	23
1.2.9 Mentoring	23
1.2.10 Koučování	25
1.2.11 Komunikace ve zdravotnickém týmu	26
1.2.12 Motivace ve zdravotnictví	28
1.2.13 Stres ve zdravotnické profesi	29
2 Cíl práce a výzkumná otázka	32
2.1 Cíl práce	32

2.2 Výzkumná otázka	32
3 Metodika	33
3.1 Kvalitativní výzkumné šetření	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4 Výsledky	35
4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů se školícím pracovníkem	35
4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s pracovníky po absolvování adaptačního procesu.....	46
5 Diskuze	60
6 Závěr	68
7 Seznam použité literatury	69
8 Seznam zkratk	75
9 Seznam tabulek	76
10 Seznam příloh	77

ÚVOD

Adaptační proces sester na jednotce intenzivní péče jsem zvolila jako téma své diplomové práce z důvodu významnosti adaptačního procesu pro každou nově nastupující sestru do pracovního procesu. Kvalitní adaptační proces pro nové pracovníky a zejména pro absolventy je velice důležitý jako pevný a kvalitní základ, na kterém se dá bezpečně dále stavět a rozvíjet znalosti i schopnosti.

Pojem adaptační proces je důležitý pro každého nejen v běžném životě, ale i v pracovním, a to ve zdravotnictví nebo mimo něj. Budeme se věnovat adaptačnímu procesu sester na jednotce intenzivní péče a podrobněji ho zkoumat. V ošetrovatelství je intenzivní péče jeden z náročnějších oborů pro adaptaci nového zaměstnance. Proto budeme popisovat a zkoumat adaptační proces právě na jednotkách intenzivní péče.

Příchod nového zaměstnance na pracoviště je náročný proces jak pro stálé, tak pro nové zaměstnance. Na jednotce intenzivní péče je velké množství toho, co se musí nový člen týmu naučit. Hlavním cílem adaptačního procesu je adaptace nového zaměstnance na nové prostředí organizace a pracoviště. Důležité je během adaptace seznámit se s politikou organizace a jejími vizemi, cíli, plány, směrnicemi, standardy, pracovními postupy, komunikací a s vlastní i jinými pozicemi. Musí ovládat praktické i teoretické znalosti. Nový člen týmu si musí uvědomit svou zodpovědnost, kterou práce v tomto oboru vyžaduje.

V České republice je adaptační proces upraven metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu u nelékařských zdravotnických pracovníků, který zaručuje stejné podmínky a postupy pro nově nastupující. V teoretické části diplomové práci blíže popíšeme metodický pokyn a celý průběh adaptačního procesu.

Pracuji na oddělení kardiochirurgie RES ve fakultní nemocnici a ze své vlastní zkušenosti vím, jak je adaptační proces důležitý. Je důležitý nejen pro nového člena pracoviště, ale i pro celý tým včetně vedení a také pro pacienty. Kvalitně vedený adaptační proces naučí nového pracovníka správným postupům a všemu, co je třeba pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče. Na školení nových zaměstnanců je důležité mít zvolené zkušené zaměstnance, kteří s tím souhlasí a vykonávají školení ochotně a kvalitně.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se budeme věnovat dvěma větším kapitolám, které budou lépe specifikovat, co vše spadá a obnáší intenzivní péče a adaptační proces. V intenzivní péči popíšeme historii, rozdělení intenzivní péče, potřebné vzdělání a několik dalších témat. V kapitole adaptační proces vysvětlíme co je adaptační proces. Dále bude přiblížen adaptační proces ve zdravotnictví, a k tomu určený metodický pokyn, mentorství i koučování a několik dalších témat.

1.1 Intenzivní péče

V intenzivní péči je pacientovi poskytována vždy komplexní a individuální péče. Je poskytována určitému pacientovi v určitý čas a v co největší a nejkvalitnější možné míře. Vysoce specializovanou péčí, o kterou se jedná, vyžadují pacienti s nejrůznějšími chorobami a obtížemi, kteří potřebují různý rozsah léčebné i ošetrovatelské péče. (Kapounová, 2020)

Pracoviště intenzivní péče (dále jen „JIP“) a intermediální péče (dále jen „IMP“) jsou určené pacientům ohrožených na životě selháním jednoho či více orgánových systémů. Pracoviště jsou v provozu v kteroukoli denní i noční dobu včetně nepřetržité dostupnosti lékařů. Na anesteziologicko – resuscitačním oddělení (dále jen „ARO“) se přijímají pacienti, kterým hrozí nebo již proběhlo selhání základních životních funkcí. Těmto pacientům je poskytována potřebná intenzivní péče v závislosti na určené diagnóze. (Kapounová, 2020)

Péče o nemocné, kterým hrozí selhání jedné či více životních funkcí, nebo se tak již stalo, vyžaduje rozsáhlou monitoraci, mnohdy i náhradu či podporu životních funkcí (farmakologickou či mechanickou). Výjimečná není ani spolupráce s odborníky z mnoha různých oborů. Péči není možné realizovat na standardních odděleních s mnoha lůžky, proto je péče přesunuta na oddělení již zmíněné JIP či ARO. (Adrian Wong, 2017; Akutně, 2018)

Na všech odděleních intenzivní péče je pacientův stav nepřetržitě sledován a informace o zdravotním stavu jsou pečlivě zaznamenávány do ošetrovatelské i lékařské dokumentace. Na oddělení se dostanou pacienti z ambulance, zdravotnické záchranné služby, z jiného zařízení či oddělení, po dohodě s lékařem dané intenzivní péče. (Kapounová, 2020)

1.1.1 Historie intenzivní péče

Důležitou událostí z historie intenzivní péče musíme brát rok 1854, kdy známá britská zdravotní sestra Florence Nightingale pečovala o vojáky Krymské války. Právě tam již oddělovala vážně raněné vojáky od těch méně zraněných, čímž vlastně utvářela zárodečnou koncepci soustředěné intenzivní péče. (Ševčík, 2014; Bartůněk et al., 2016)

Jeden z prvních pokusů o poskytnutí soustředěné specializované péče závažně nemocným byl ve třicátých letech 20 století. Němečtí chirurgové F. Sauerbruch a M. Kirschner na klinikách v Berlíně a Heidelbergu poskytovali časnou pooperační ošetrovatelskou péči nemocným v pooperačních boxech. (Bartůněk et al., 2016)

Hlavní počátek intenzivní péče se datuje do roku 1950. Profesor Peter Safar vytvořil koncepci „pokročilé podpory života“ což znamenalo zajišťování péče o pacienty v sedaci a ventilování v prostředí intenzivní péče. (Bartůněk et al., 2016)

Padesátá léta a dále byla významná zejména vývojem technických pomůcek, které se postupně začaly více uplatňovat v praxi intenzivní péče. Například přístroj „železné plicí“, kdy se přístroj skládal z kovové komory, která periodicky střídala přetlak a podtlak. V roce 1958 byl poprvé v historii implantován kardiostimulátor. (Rozsýval, 2019)

Roku 1960 byla popsána nová metoda hemodialýzy (čištění krve při poruše funkce ledvin). Na základě popisu metody byl položen základ pro vytvoření dialyzačních jednotek. V roce 1964 byla založena první koronární jednotka, kterou založil americký kardiolog Bernard Lown. Poprvé zde byl využit elektronický systém v dnešní době známých monitorů. Tento systém následně v roce 1986 začali využívat neonatologové pro monitoring dýchání a tak zabraňovali syndromu náhlé smrti u kojenců. (Bartůněk et al. 2016)

První anesteziologické oddělení roku 1948 za dob Československa založil MUDr. J. Škvařil v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. (Klozová, 2019)

Roku 1959 anesteziolog MUDr. B. Dvořáček z Vinohradské nemocnice absolvoval stáž ve školicím středisku WHO v Kodani, kde se seznámil podrobněji například s umělou plicní ventilací, či s nejnovější koncepcí oboru anesteziologie. Autory patentu „Zařízení

pro pohon automatického křísícího objemového přístroje“ byl již roku 1960 MUDr. Keszler, Ing. Bohutínský a Ing. Bernreiter. (Bartůněk et al., 2016)

Zahájení provozu prvního anesteziologického oddělení proběhlo roku 1965 díky doc. MUDr. J. Hodera, CSc. ve Všeobecné nemocnici v Praze. Následovalo otevření oddělení stejného typu s prvním užitím názvu ARO mimo Prahu na Kladně roku 1967 z iniciativy prim. MUDr. V. Lémona. Roku 1972 otevřeno ARO o pěti lůžkách ve Fakultní nemocnici 1 (dnes Všeobecná fakultní nemocnice), ze kterého později vznikla klinika anesteziologie a resuscitace. Na klinice byla zahájena výuka, která se průběhem času inovovala. Moderní prostory po rekonstrukci získala klinika v roce 2011. (Bartůněk et al., 2016)

První jednotka intenzivní péče byla otevřena roku 1967 a koronární jednotka roku 1969. První dětská jednotka intenzivní péče byla otevřena v Olomouci roku 1968. Nejvýznamnějším rozvojem v intenzivní péči za posledních 40 až 50 let se považuje kvalitní přístrojová technika např. defibrilátor, monitorace EKG, kardiostimulace či umělá plicní ventilace. Nové metody a přístrojová technika přivádí rozpory ohledně etiky, filozofie či církve. Na jedné straně stojí dominance přístrojové techniky a na druhé stojí problémy u terminálně nemocných, u kterých jsou vitální funkce zajišťovány právě přístrojovou technikou. Hlavní otázky a rozpory se týkají ukončení léčby či paliativní léčby. (Bartůněk et al., 2016)

1.1.2 Rozdělení poskytované intenzivní péče

Dle Vagnerové (2014) jsou na intenzivních odděleních hospitalizováni pacienti s různou závažností ohrožení či selhání životních funkcí. Zjednodušeně řečeno, čím více životních funkcí selhává, tím je péče a léčba podstatně složitější. Poskytované množství péče přiblížíme ve třech skupinách.

III. Stupeň – do skupiny spadají pacienti, kterým selhávají nebo již selhaly dvě a více orgánových funkcí. Jsou vázáni na farmakologickou či mechanickou podporu, kterou může být podpora hemodynamiky, přístrojová náhrada renálních funkcí nebo ventilační podpora. (Vagnerová, 2014)

II. Stupeň – pacienti, jimž selhává jedna životní funkce a vyžadují monitoring, farmakologickou a mechanickou podporu pro jedno selhání. (Bartůněk et al. 2016)

I. Stupeň intenzivní péče – vystihují pacienti s viditelnou orgánovou dysfunkcí. Vyžadují monitoring a malou farmakologickou či přístrojovou podporu. Žádná orgánová funkce neselhala kompletně, ale již to hrozí. (Kapounová, 2020)

Pacienti všech stupňů jsou standardně řazeni na JIP či ARO. Pokud má daná klinika či pracoviště intermediální jednotku (jednotku zvýšeného dohledu), tak pacienti nejnižší potřeby intenzivní péče spadají právě tam. Zde probíhá zvýšený monitoring a ošetrovatelská péče větší než na standardních odděleních. Lékař zde musí být okamžitě dostupný na zavolání. Podobné těmto jednotkám jsou dospávací pokoje, kde je pacient monitorován a intenzivněji kontrolován sestrou. (Vagnerová, 2014)

1.1.3 Personální obsazení

Od složení pacientů se odvíjí množství nelékařského i lékařského personálu a přístrojového vybavení. Odpovědnost za provoz a lékařský management je na primáři kliniky. Primář má mít alespoň 75% úvazek a musí dosáhnout nejvyšší kvalifikace v intenzivní péči v ČR. Odpovědnost za provoz určité jednotky má vedoucí lékař JIP, kterému podléhají kvalifikovaní lékaři v počtu takovém, aby byl zajištěn plný chod oddělení ve všední dny, víkendy i svátky. (Bartůněk et al., 2016)

V intenzivní péči je nutná spolupráce lékařského a nelékařského zdravotnického personálu. Řízení sesterské péče a personální obsazení NLZP je na vrchní sestře kliniky. Ošetrovatelskou péči probíhající u pacientů přímo na oddělení koordinuje a zodpovídá za ni staniční sestra. Hned pod staniční sestrou jsou vedoucí směn, kteří zodpovědnost přebírají v době nepřítomnosti vrchní a staniční sestry. (Bartůněk et al., 2016)

Personál musí mít určité vzdělání a kompetence. Součástí týmu intenzivní péče jsou lékaři a lékařky, všeobecné sestry, sestry specialistky v intenzivní péči, zdravotničtí záchranáři, ošetrovatelé, sanitáři a dále do týmu spadá například nutriční terapeut, fyzioterapeut i psycholog. (Vengrínová, 2013)

Veškeré požadavky na personální obsazení v intenzivní péči popisuje a určuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

1.1.4 Vzdělávání sester pro intenzivní péči

Podmínky pro získání způsobilosti k výkonu zdravotnického nelékařského povolání blíže určuje zákon č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání

způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Kvalifikační vzdělávání

Na území České republiky lze získat odbornou způsobilost k vykonávání nelékařského zdravotnického povolání absolvováním akreditovaných oborů vysokých či vyšších odborných škol, středních zdravotnických škol nebo akreditovaných kurzů. Zákony o způsobilosti k výkonu zdravotnického nelékařského povolání berou za akreditované zdravotnické obory vysokých škol ty, ke kterým Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo souhlasné stanovisko se způsobilostí absolventů vykonávat zdravotnické povolání. Seznam oborů a vysokých či vyšších škol, které je vyučují a jejichž absolvováním lze získat odbornou způsobilost uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví ČR na internetových stránkách.

Získání odborné způsobilosti absolvováním jakéhokoli oboru musí vždy splňovat podmínky a požadavky vyhlášky č. 470/2017 Sb., která stanovuje minimální požadavky k získání odborné způsobilosti k vykonávání nelékařského zdravotnického povolání. Vyhláška stanovuje požadavky na celkový počet hodin vyučování a minimální počet hodin praktické výuky. Dále jsou stanoveny předměty, které si ale mohou školy dle svých potřeb slučovat a rozdělovat.

K praktické výuce je určena definice praktického vyučování a možnosti uznávání praxe z předchozího vzdělávání nebo výkonu zdravotnického povolání. Ministerstvo zdravotnictví po dohodě s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy stanovuje dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu NLZP a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče určuje podrobnosti pro průběh vzdělávání ve zmíněných oborech.

Specializační vzdělávání

K výkonu povolání u sester není specializační vzdělávání podmínkou. Nutné je toto vzdělání v případě, kdy sestra vykonává vysoce specializované činnosti, které lze vykonávat bez tohoto vzdělání pouze pod dohledem specialistky. (Vévoda et al., 2013)

Specializační vzdělávání realizují zařízení, které dosáhly akreditace Ministerstva zdravotnictví ČR k realizaci vzdělávání dle programů ministerstva uvedených ve

věstníku. Do specializačního programu může být zařazena pouze všeobecná sestra, která nezískala způsobilost k výkonu povolání mimo Českou republiku. Pokud tomu tak je, musí být způsobilost uznána ministerstvem zdravotnictví. (Bartůnek et al., 2016)

Všeobecné sestry nemusí během specializačního vzdělávání vykonávat profesi, nicméně musí plnit požadavky specializačního programu. Specializační vzdělávání má pouze doporučenou dobu ke studiu, nikoli povinnou, avšak praxe určená programem musí být splněna, a to část na akreditovaném pracovišti. Pokud účastník specializačního vzdělávání již studoval, je možné některou praxi uznat za splněnou, což rozhodne školitel. (Bartůnek et al., 2016)

Specializační vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou, ke které se musí student přihlásit. Zkoušku lze absolvovat až po splnění všech náležitostí atestačního programu. Atestační zkoušku vede komise zvolená Ministerstvem zdravotnictví ČR a organizačně ji zabezpečuje pověřená organizace. Další možností jak sestry mohou získat specializační vzdělání je absolvování navazujícího vysokoškolského studia po získání kvalifikace sestry. Tímto způsobem lze získat specializační vzdělání pouze ze studijních programů zvolených ministerstvem zdravotnictví a odpovídajícím specializačnímu oboru stanovenému v nařízení vlády. (Vévoda et al., 2013; Bartůnek et al., 2016)

Specializační vzdělávání a jeho obory stanovuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání je společná a nutná povinnost pro všechny zdravotnické pracovníky. Celoživotním vzděláváním je myšleno průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v určitém oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a výzkumy. (Vévoda et al., 2013)

Je důležité pro kvalitní výkon ve zdravotnickém povolání, a to zejména v intenzivní péči. Celkově v oboru medicíny a ošetrovatelství dochází stále k velkým posunům kupředu a podstatným změnám, které je potřeba si průběžně osvojovat a převádět do praxe. Práce sestry je velice náročná a zodpovědná. Je spojena s mnoha riziky. Proto povolání sestry vyžaduje celoživotní vzdělávání ke snížení možných rizik. (Brůha a Prošková, 2011; Kapounová, 2020)

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních určuje celoživotním vzděláváním prohlubování, obnovování, zvyšování a doplňování dovedností, vědomostí a způsobilosti zdravotnických pracovníků.

1.1.5 Národní registr intenzivní péče

Zavedení národního registru intenzivní péče se uskutečnilo roku 2016, kdy proběhla novelizace zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách poskytování zákonem č. 147/2016 Sb., s působností od 1. 7. 2016.

Registr se specializuje na kvalitu intenzivní péče a standardizaci klinických postupů. Registr zaznamenává kvalitu poskytované péče i její výsledky, buduje referenční zdroje dat a poskytuje srovnávací analýzy jednotlivým poskytovatelům intenzivní péče. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR)

Registr obsahuje a zpracovává základní údaje pro identifikaci pacienta, jako jsou sociodemografické údaje, údaje týkající se onemocnění a jeho léčby, prognostické a rizikové faktory onemocnění, diagnóza onemocnění s laboratorními hodnotami, dispenzární péče či úmrtí pacienta. Dále registr obsahuje údaje o poskytovateli diagnostikujícího a poskytujícího lůžkovou intenzivní péči. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR)

1.1.6 Zdravotnické přístroje

Rozvoj přírodních věd a zdravotnické techniky začal prudce vzrůstat ve 20. století a trvá dodnes. S tímto vývojem přibýly do medicíny další profese. Nastupují jiné způsoby hodnocení dějů i myšlení, přístupy k řešení problémů a úloh a vyrovnávání se s požadavky předpisů jak právních, tak technických k používání a údržbě zdravotnických přístrojů. Role lékařů, ošetřovatelského personálu, asistentických profesí a laboratorního personálu zůstává dominantní, i když se medicína stává interdisciplinární. S rozvojem medicíny a technického vybavení narůstají úlohy a nároky na sestru. Přestože jsou přístroje konstruované tak, aby nevyžadovali speciální znalosti uživatele, neobejde se sestra bez základních technických znalostí. (Uslu et al., 2019)

Podmínky pro používání zdravotnických prostředků, jejich instalaci, používání, údržbu, opravu i evidenci spravuje zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnickým prostředkem je výrobek či počítačový program sloužící k diagnostice, terapii nemoci, náhradě nebo modifikaci anatomické struktury nebo fyziologického procesu. (Bartůněk et al., 2016)

Dnes intenzivní péče s moderními metodami a léčbou je bez přístrojového vybavení nepředstavitelná. Pro zajištění kvalitní a spolehlivé péče je na každé intenzivní péči přítomna základní sada přístrojů. Zařízení využívající se v intenzivní péči detekují i ty nejmenší odchylky a reagují příslušnými alarmy. Alarmy jsou důležitou součástí monitorování pacienta pomáhající upozornit a umožnit rychlé posouzení situace. (Austattung der Intensivstation)

Přístrojové vybavení jednotek intenzivní péče určuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Na lůžkové akutní péči nemusí být vyšetřovna ani pokoje pacientů. Pracoviště sestry lze nahradit stanovištěm sestry. Pacientská lůžka mohou být umístěná v boxech o minimální velikosti 12 metrů čtverečních s přímou návazností na pracoviště sester.

Manipulační prostor v boxu nebo pokoji musí být minimálně o šířce 100cm. Pacientská lůžka musí být umístěna tak, aby byla umožněna dostatečná vizuální kontrola pacienta z pracoviště či stanoviště sester. V pokoji či boxu nemusí být umístěno umyvadlo, pokud je na pracovišti sester a to neplatí v případě boxu či pokoje pro infekční pacienty. Stolek u lůžka není vyžadován. Oddělení intenzivní péče musí mít opatřený zdroj medicínálního kyslíku, centrálního vakua a tlakového vzduchu. Pokud je oddělení vybaveno elektrickými odsávačkami, nemusí mít rozvod vakua.

Na oddělení intenzivní péče 1. stupně (nižší intenzivní péče) pro dospělé musí být vybavení jako mobilní polohovací lůžka, defibrilátor, EKG přístroj, lineární dávkovač, infuzní pumpa, monitor fyziologických funkcí.

Na oddělení intenzivní péče 2. stupně (vyšší intenzivní péče) musí být resuscitační lůžka, defibrilátor, EKG přístroj, ventilátor transportní, mobilní RTG přístroj, pokud není k dispozici z jiného oddělení, monitorovací centrála či síťové propojení lůžkových

monitorů s přenosem alarmů, dávkovač lineární dvakrát, infuzní pumpa, monitor fyziologických funkcí a zařízení pro zvlhčování dýchacích cest.

Na oddělení 3. stupně intenzivní péče (resuscitační péče) musí být přítomna resuscitační lůžka, defibrilátor, EKG přístroj, ventilátor transportní, mobilní RTG přístroj nebo dostupný z jiného oddělení, monitorovací centrála, přístroj pro extrakorporální eliminaci (CVVH), přístroj nebo modul pro měření hemodynamiky, lineární dávkovač čtyřikrát, infuzní pumpa dvakrát, monitor fyziologických funkcí, zařízení pro zvlhčení dýchacích cest a plicní ventilátor.

Intenzivní péče poskytovaná kardiologických či kardiochirurgickým pacientům musí mít vybavení stejné jako ve 3. stupni intenzivní péče a navíc kardiostimulátor, sonograf, další defibrilátor a přístroj na kontrapulzaci.

1.2 Adaptační proces

Adaptace je evoluční proces provázející lidstvo již od počátku existence. Jen díky němu je možný veškerý život na Zemi. Adaptace, neboli přizpůsobení, je chápána jako přizpůsobení jedince podmínkám prostředí. Probíhá aktivně, kdy člověk přijímá podmínky, ve kterých žije a snaží se přizpůsobit si je svým zájmům a potřebám a připodobnit je ke svým cílům nebo pasivně takzvanou akomodací. Adaptace probíhá tak, že se přizpůsobuje osoba prostředí, ale i prostředí osobě. (Donutilová, 2016)

1.2.1 Druhy adaptace

Sociální adaptace je proces, kdy se jedinec snaží přizpůsobit a adaptovat se na normy společnosti. Snaží se začlenit do sociální skupiny či struktury a do širšího sociálního prostředí. Z pracovního pohledu se jedná o skupinu lidí, se kterými bude pracovat nebo se často setkávat. Sociální adaptace má mnoho společného s interpersonální problematikou, do které patří vedení týmu a interpersonální dovednosti liniového manažera, ale i ostatních osob tvořící tým. (Donutilová, 2016)

Pracovní adaptace je řízený proces, kdy dochází ke konfrontaci očekávání a osobnostních předpokladů nového zaměstnance s určitými nároky zaměstnavatele na dané pracovní zařazení. V průběhu pracovní adaptace se zaměstnanec seznamuje s organizační kulturou podniku, organizace či oddělení. Postupně je seznamován s provozem a poznává fungování podniku, strategii, vizi a kulturu. (Donutilová, 2016)

1.2.2 Adaptační proces ve zdravotnictví

Adaptační proces (dále jen „AP“) je popisován jako proces začleňování nového zdravotnického nelékařského zaměstnance. Jeho cílem je usnadnit zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací. Dále má napomoci k vytvoření vztahů ke spolupracovníkům včetně nadřízených a podřízených a pochopit styl i organizaci práce. Důležitým úkolem AP je utváření pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti nového pracovníka k zaměstnavateli. (Plachá, 2009; Meyer-Rentz, 2015)

Během AP by si měl nelékařský zdravotnický pracovník prověřit své znalosti a získat zkušenosti pro výkon povolání, seznámit se s prostředím, spolupracovníky a celým zdravotnickým týmem. V celém průběhu zapracování probíhá hodnocení, ze kterého plynou perspektivy pro uplatnění na pracovišti a možnosti rozvoje osobního i pracovního. (Plachá, 2009; Meyer-Rentz, 2015)

Dle Zítkové et al. (2015) poskytne kvalitně vedený AP novému zaměstnanci pevné základy, na kterých během další praxe může bezpečně stavět.

1.2.3 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Uskutečňování adaptačního procesu ve zdravotnictví upravuje metodický pokyn, který napomáhá zdravotnickým zařízením vést AP nových zaměstnanců. Metodický pokyn upravuje doporučenou realizaci, postup a ukončení AP pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky ve všech typech zdravotnických zařízení. Metodický pokyn k realizaci a ukončení AP určuje všem absolventům a nově nastupujícím stejné podmínky a postup při adaptaci na nové pracovní prostředí. To stejné platí pro nelékařské zdravotnické pracovníky přecházející z oddělení jiného typu či pro ty, kteří přerušili výkon povolání na delší dobu. Zdravotnická zařízení musí mít vytvořen nebo musí vytvořit standardní postup dle zmíněného metodického pokynu. Ve vnitřním pokynu musí být popsán proces oběhu dokumentů a odpovědnost vedoucích zaměstnanců za kompletní realizaci AP. (Plachá, 2009)

1.2.4 Ukotvení adaptačního procesu

Pro úspěšné vedení AP je důležité zvolit takové postupy, které dají novému zaměstnanci možnost uvolnit rozvojový potenciál a možnost přispění k úspěšnému fungování celého týmu i pracoviště. Během adaptace je nutné pracovat jak s vnějšími překážkami, tak s vnitřními, mohou totiž ovlivnit pracovní výkon nového člena týmu. (Zítková et al., 2015; Hekelová, 2016)

Pracovní výkon všech zaměstnanců ovlivňuje motivace, schopnosti a podmínky, které jsou pro práci v organizaci vytvořeny. Zejména pracovní a organizační podmínky, vedení AP a podpora nového pracovníka jsou faktory, které může zaměstnavatel ovlivnit a napomocť tak k úspěšnému zapracování a spokojenosti zaměstnance. Jako subjektivní faktory jsou vnímány motivace a schopnosti, které představují individualitu každého člena týmu. Přesto je ze strany organizace nutné s těmito faktory pracovat. (Zítková et al., 2015; Hekelová, 2016)

Základem koncepce vedení nových pracovníků na určitém pracovišti jsou lidské znalosti, vědomosti a dovednosti. Vedoucí pracovníci by měli volit jako hlavní cíl best practice, což znamená nejlepší praxe, jejímž cílem je na základě kritického přebírání postupů z úspěšných organizací, trvale zlepšovat postupy v oblasti řízení lidských zdrojů. Dle cílů a podmínek organizace je nutné postupy dopracovat. (Zítková et al., 2015)

1.2.5 Fáze adaptace

Jak jsme již uváděli, adaptace je přizpůsobení pracovnímu prostředí, podmínkám a zapracování v pracovním prostředí ve věcných i sociálních souvislostech. Hlavními rovinami adaptace je adaptace formální a neformální, adaptace na firemní kulturu a adaptace sociální. Popisujeme kontinuální proces, který má vést pracovníka k určité adaptovanosti, kterou ovlivňuje jedinec sám, ale i prostředí a konkrétní podmínky pracoviště. (Zítková et al., 2015)

Adaptace má několik fází, a to fázi globální orientace, uvědomělé orientace, zvládnutí a rezignace. Hlavním cílem adaptace je fáze zvládnutí, která může být trvalá nebo jen dočasná. Před všechny zmíněné fáze je nutné zařadit fázi přípravnou, kdy je člověk v období před změnami životních podmínek, tedy před nástupem na nové pracoviště. Ve fázi přípravné si každý jedinec utváří očekávání a představy, které mohou ovlivnit

následnou reakci a průběh adaptace na nové pracoviště. Proto je při nástupu nového pracovníka nutností kvalitní komunikace. (Zítková et al., 2015)

Za úspěšností, chováním i postoji nového pracovníka stojí osobnostní vlastnosti, potřeby a postoje jedince. Ty jsou vrozené nebo získané během života, výchovou v rodině, vzděláním či zaměstnáním. V průběhu AP je hlavním cílem rozvoj dovedností a znalostí. (Zítková et al., 2015)

1.2.6 Průběh adaptačního procesu

Adaptační proces je vlastně jakási podpora v adaptaci nově nastupující sestry na pracoviště. Začíná v okamžiku přijetí sestry na pracoviště. Účelem je adaptace na nové prostředí a pracoviště. V profesi sestry se nachází rozsáhlá oblast toho, co se musí nový zaměstnanec naučit a zvládnout. Jako nejdůležitější je kvalitní a bezpečné zvládnání své práce, znát politiku organizace, vize, cíle, plány, směrnice standardy a metodiky. Nutné je pracovníka též socializovat neboli začlenit do pracovního týmu. Během AP musí jedinec poznat a uvědomit si zodpovědnost, kterou nese za svá rozhodnutí a konání. S tím zásadně souvisí kritické myšlení, reflexe či sebereflexe, znalost legislativy a etických norem. (Lyčková et al., 2011; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

První etapa AP začíná, když je novému členovi týmu přidělen orientovaný, zkušený a již zapracovaný člen ošetrovatelského týmu tzv. školící pracovník (školící sestra). K průběhu adaptace je stanoven plán který musí školitel/ka i nový pracovník schválit a splnit v určitém časovém rozmezí. Časové rozmezí je různé, záleží na daném pracovišti a náročnosti AP. Délka AP je upravena zákoníkem práce a metodickým pokynem č. j. 18537/2009. (Špirudová, 2015; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

První etapa AP má za úkol zaměstnance uvést na pracoviště, seznámit s prostředím, podmínkami, kolegy a vedoucím pracovníkem. Tato etapa má novému pracovníkovi též poskytnout základní informace o pracovních podmínkách a zvyklostech, o realizaci a normách pracovního výkonu a zejména o průběhu a požadavcích AP. Do první etapy je vhodné vložit první hodnotící rozhovor se školitelem a vedoucím pracovníkem. (Zítková et al., 2015; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

Druhou etapou AP je získávání potřebných praktických zkušeností, sžívání se s pracovním týmem a zvládnání pracovních úkolů. I do této etapy se řadí hodnotící

pohovor, který je vhodný uskutečnit po uplynutí zkušební doby. (Zítková et al., 2015; Koubek, 2015)

Ve třetí etapě se většinou pracovník začlení do pracovního týmu. Ztotožní se s cíli organizace a dosahuje již očekávaných pracovních výsledků. Stav dovedností v této fázi odpovídá většinou délce praxe na pracovišti. V této etapě může dojít k ukončení AP. (Zítková et al., 2015)

Ukončení AP lze dosáhnout postupným splňováním cílů vytyčených na začátku procesu. Po uplynutí doby stanovené pracovištěm následuje ukončení AP. To může probíhat formou pohovoru, přezkoušení či obhajobou práce. Záleží na stanovených podmínkách oddělení. (Vrbická, 2011; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

Kvalitní adaptační proces je základ pro úspěšnou budoucí pracovní kariéru v dané organizaci. Školící pracovník by měl být pro nového člena týmu vzorem, pedagogem, socializérem, přítelem i důvěrníkem. Učí ho novým praktickým dovednostem a napomáhá s plněním a kontrolou těchto dovedností. Musí být jak ochráncem nového pracovníka, tak ochráncem zájmů organizace. (Hekelová, 2016; Cahová, 2017)

1.2.7 Nástroje řízení adaptačního procesu

Hlavním cílem správného řízení AP je vytvoření souladu mezi odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi, sociálními zkušenostmi nového člena týmu a určitými podmínkami pracoviště. (Zítková, 2015)

Typový adaptační program

Soubor opatření regulující adaptaci. Jednotlivá zdravotnická zařízení si vytvářejí vlastní standardní postupy pro vedení adaptačního procesu. Musí být však v souladu s doporučeními, které udává metodický pokyn MZ ČR a zákoník práce. Díky tomu se plní formální část AP. (Mellanová, 2017)

Adaptační plány

Adaptační plán se stanovuje dle pozice, na kterou nový zaměstnanec nastupuje. Pracovní pozice představuje novému zaměstnanci očekávané výsledky toho, co musí znát a být schopen dělat. Činnosti, které musí nový člen týmu zvládnout, jsou popsány v kontrolních listech v dokumentaci AP. Mimo stanovených cílů ohledně praktických

výkonů zapsaných v dokumentaci stanovuje adaptační plán také podmínky k ukončení AP, vzdělávací či podpůrné aktivity, studium požadované literatury a organizačních norem. (Šín et al., 2014)

Praktický zácvik

Jedná se o určitý instrumentální nástroj učení. Novému členovi týmu jsou předávány postupy a informace důležité k plnění praktických výkonů, které jsou součástí ošetrovatelské péče. Pro roli školitele/školitelky je volen zkušený pracovník, kterého zvolí vedení, a ten následně informace předává. Délka praktického výcviku nebo celého AP není určena, ale pouze doporučena metodickým pokynem MZ ČR. Délka AP se odvíjí dle zvyklosti a náročnosti oddělení. Nedostatečná délka období praktického zácviku často u nového zaměstnance způsobuje nervozitu a stres, a to může vést k riziku omylu a nedostatečné kvalitě ošetrovatelské péče. Opakem je příliš dlouhý čas praktického zácviku, který může způsobit negativní postoj k práci a nedostatečnou motivaci. Negativně působí i na organizaci, kde praktický zácvik a celý AP probíhá, a to zejména finančně, protože narůstají mzdové náklady. (Zítková et al., 2015; Hekelová, 2016)

Během praktického zácviku je třeba určit si cíle. Vedoucí pracovník i školitel či školitelka musí reagovat na probíhající zaškolování a upravovat délku zaškolování. Praktický zácvik je nejlepší realizovat v průběhu směn, které má zkušený pracovník s novým zaměstnancem společně. To lze dobře realizovat na odděleních JIP či ARO díky tomu, že slouží více sester najednou. Ovšem pouze pokud má oddělení dostatečné množství personálu. (Zítková et al., 2015)

Vztah nového člena týmu se školitelem představuje první sociální střet a vztah na pracovišti. To je hlavním důvodem, proč školitel musí být pro nového člena týmu nejen učitelem. Musí mít mimo odborné zdatnosti a schopnosti i schopnost pro týmovou práci, kladný vztah k lidem i práci. Celý průběh AP a praktického zácviku by se měl sledovat a řešit s vedením, aby se předešlo možným neshodám a konfliktům v rámci AP. (Zítková et al., 2015)

Adaptační kolečko

Pokud je od nového zaměstnance požadováno, aby získal informace a dovednosti z práce realizované na jiném oddělení, zařazuje se do průběhu adaptace takzvané

adaptační kolečko. Pokud chceme, aby byl nový zaměstnanec v něčem řádně vyškolen a ovládal dané činnosti, tak se pracovník přesouvá na určitou dobu na pracoviště, kde dané činnosti prakticky vykonávají. Tento způsob je efektivní pro zvýšení dovedností. K adaptačnímu kolečku je lepší přistoupit až po určitém zapracování. Jeho délka se řídí účelem a cílem, který má splnit. (Zítková et al., 2015)

1.2.8 Dokumentace adaptačního procesu

Je zavedena u každého, kdo začíná AP. Plán AP musí být přizpůsoben danému oboru a obtížnosti práce na oddělení. Dokumentace AP musí být řízenou dokumentací daného zdravotnického zařízení. (Plachá, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

Tabulka 1 vyobrazuje náležitosti dokumentace AP.

Tabulka 1 Dokumentace AP

1	Identifikační údaje o zařízení a úseku kde AP probíhá
2	Název řízeného dokumentu – plán AP
3	Jméno a příjmení vedoucího pracovníka
4	Jméno a příjmení pracovníka (školitele/školitelky) který AP vede
5	Seznámení s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení – provozní dokumentace zdravotnického zařízení a konkrétního úseku
6	Seznam odborných znalostí, na které bude AP zaměřen
7	Hodnotící kritéria
8	Závěrečné hodnocení, potvrzení o průběhu a ukončení AP
9	Doporučení pro další vzdělávání a rozvoj.

Zdroj: (Plachá, 2009, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

1.2.9 Mentoring

Pojem mentor a mentoring pochází již ze starověkého Řecka. Označení mentor se používalo pro osobu, která byla přítelem, zkušeným rádcem a pomáhala svému svěřenci v rozvoji. Označením mentora tak vznikl mentoring. (Špirudová, 2015; Monster, 2021)

Dle Špirudové (2015) role mentora neboli perceptora byla v ošetrovatelském vzdělání ustanovena roku 1970. V ošetrovatelství proběhla první zmínka o mentoringu v roce 1980 během konání mezinárodní konference ve Vancouveru. Mentorství u nás

v českých podmínkách poprvé zmínil a upřesnil metodický pokyn k vyhlášce č. 470/2017 Sb., vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Mentorství dnes představuje určitou metodu jak vést zaměstnance, tedy profesně a sociálně je rozvíjet. Nejčastěji se uskutečňuje mezi dvěma osobami (mezi mentorem neboli perceptorem a menteem) za účelem předávání rad a zkušeností. (Monster, 2021; Česká asociace mentoringu, 2021)

Nejdůležitějším cílem mentoringu je začlenit jedince do systému organizace. Mentor dobrovolně podporuje a pomáhá. Napomáhá jedinci také poznat sebe a svůj potenciál, podporuje iniciativu, směřuje a provází osobním rozvojem. Zvyšuje efektivitu práce zaměstnance. (Monster, 2021; Česká asociace mentoringu, 2021)

Mentoring, jak už jsme zmínili, probíhá mezi dvěma osobami. Osoba, která předává rady a zkušenosti je označována jako mentor, a na druhé straně je osoba, která je nově nastupující do organizace nebo přestupující z jiné stanice. Mentor by měl mít jisté zkušenosti, většinou je starší a působí na pracovišti již delší dobu. Nejčastěji jsou mentorem manažeři, seniorní specialisté, lektoři či profesionálové komerčních i neziskových sektorů. Vztah mezi mentorem a menteem může fungovat pouze tehdy, pokud obě strany spolupracují a aktivně se účastní mentoringu. (Monster, 2021; Česká asociace mentoringu, 2021)

Mentor by měl být inspirátorem, vůdcem, vzorem, informátorem a rádčem. Měl by zvyšovat menteemu sebevědomí a výkon, podněcovat ho k profesionálnímu chování, dosahování cílů a podporovat ho v kariérním růstu. (Ghosh 2011; Česká asociace mentoringu, 2021)

Postoj mentora je významnější než učební prostředí. Je podstatné, aby mentor byl pro menteeho pozitivním vzorem. Pozitivní atmosféra je také důležitá. Mentor má podporovat silné stránky mentorovaného a ty slabé snižovat. Musí společně hledat strategie pro řešení slabých stránek. (Ghosh, 2011; Grossman, 2013)

Mentoring je proces zajišťující praxi. Je řízený, založený na důkazech a obrácený na výsledky. V průběhu je velice důležité dbát na komunikaci, motivaci, reflexi a průběžné hodnocení. (Špirudová, 2015)

1.2.10 Koučování

Koučování je aktivita nezbytná a důležitá pro řízení pracovního výkonu. Využívá práci samotnou k rozvíjení znalostí, dovedností, schopností a tím pracovního výkonu lidí. Koučování je buď neformální na každodenním základě, nebo formální, což představuje zkoumání a posuzování pracovního výkonu a následné vyhodnocení potřeb vzdělávání a rozvoje. (Armstrong, 2011)

Při koučinku se nejprve stanoví cíl, který je následně naplňován. Je zaměřen zejména na chování a výkonnost, tudíž má zaměření kognitivně-behaviorální. Při naplňování zvoleného cíle se odstraňují vnitřní bariéry za účelem plného využití potenciálu jednotlivce vedoucí k lepšímu výkonu. Hlavním cílem během koučování je, aby koučovaný dosáhl větší sebedůvěry, zodpovědnosti a lepšího vnímání reality. (Armstrong, 2011; Venglářová et al., 2013)

Koučování probíhá s jednotlivcem či týmem za pomoci externího kouče, který není součástí pracoviště. Kouč pomáhá vymezovat cíle a odstraňovat překážky k jejich naplnění pomocí rozhovoru. Kouč pro tento způsob má absolvovaný dlouhodobý výcvik v koučování. (Armstrong, 2011; Venglářová et al., 2013)

Pro koučink se využívají koučové, kteří jsou součástí firmy, což se děje zejména ve velkých firmách pro koučování řadových zaměstnanců, nižších a středních pozic managementu. Externího kouče se využívá zejména pro koučování vyšších pracovníků, kdy se externí kouč setkává s manažerem. (Armstrong, 2011; Venglářová et al., 2013)

Koučink má několik základních forem. První formou je individuální koučink, který probíhá zejména u řídicích pracovníků, ale je možný i u řadových. Dále koučink týmu, anebo koučování, jako manažerský přístup. (Venglářová et al., 2013)

Rozdíl mezi koučováním a mentoringem je následující. Při koučování se kladou otázky s konkrétními odpověďmi, je tedy založeno na strukturovaném pohovoru. Napomáhá zodpovědět na otázky typu, co by chtěli, jak se k tomu můžou nejlépe a nejrychleji dostat. Ve firmě lze koučování využívat jako formu řízení a vedení zaměstnanců. Opakem koučování je mentoring. Mentor předává a učí druhého to, co on umí a zná. V pracovním prostředí je mentor ten, co předává své zkušenosti a znalosti se zvládáním úkolů. (Venglářová et al., 2013)

Správný kouč musí mít kladný vztah k lidem a mít víru v jejich schopnosti. Podstatný je také zájem pomáhat lidem k úspěchu, mít pozitivní postoj k sobě samému a stále na sobě pracovat. Kouč přijímá kritiku a vzdává se kontroly a poučování druhého. Posiluje samostatnost a individualitu koučovaného. Naslouchá koučovanému a musí pochopit obsah sdělení. Důležité jsou otázky kladené koučem, které vyžadují přesné odpovědi a nutí koučovaného k zamyšlení. (Venglářová et al., 2013)

1.2.11 Komunikace ve zdravotnickém týmu

Komunikace obecně je způsob, díky kterému lidé navazují vzájemný kontakt a sdělují si své myšlenky, pocity a postoje. Komunikace je též přenos informací i porozumění od jedné osoby ke druhé díky komunikačnímu procesu. Komunikace je nevyhnutelná, neopakovatelná a nevratná. (Plevová et al., 2012)

Dle Zacharové (2016) je univerzálním jevem lidské společnosti a regulátorem mezilidských vztahů. Bez komunikace by nemohla existovat žádná sociální skupina. Napomáhá k uspokojení potřeby sociálního styku a je pomůckou i významným nástrojem pro sociální začlenění jednotlivce do skupiny.

Komunikace je jedním z nejslabších míst našeho zdravotnictví. O tom se můžeme přesvědčit při dohledání například soudních sporů, které byly vedené proti zdravotnickým pracovníkům od pacientů nebo ty, které byly adresovány managementu nemocnice, veřejnému ochránci a podobně. Podaná trestní oznámení, spory a stížnosti se většinou týkají právě komunikace, nikoli odborné kompetence. Sestra musí umět dobře a efektivně komunikovat s pacientem, protože ke komunikaci dochází v každém kontaktu s pacientem. Komunikace je významnou součástí ošetrovatelské péče, je jejím základem. (Vévoda et al., 2013)

Sestra musí umět komunikovat nejen s pacienty, ale také s ostatními členy zdravotnického týmu. Kvalitní týmová komunikace vede ke kvalitní spolupráci a tím ke kvalitní péči o pacienta. Nekvalitní komunikace často způsobuje nespokojenost, problémy a konflikty. (Vévoda et al., 2013)

Nikdo nepochybuje o významu komunikace, ale manažery všech oborů i těch zdravotnických překvapuje, jak velký význam komunikace má. Příkladem je i etický kodex „Práva pacientů“ platný od 25. února 1992, formulovaný a schválený centrální

komisí Ministerstva zdravotnictví ČR. Ve většině z 11 bodů je obsažena různá forma a podoba komunikace. (Hekelová, 2012)

Komunikaci ve zdravotnictví lze rozdělit na tři typy. Prvním typem je komunikace interní, která probíhá mezi kolegy na různých úrovních. Typ druhý je komunikace s klienty zdravotnického zařízení, což je komunikace mezi zdravotníky a pacienty či jejich rodinnými příslušníky. Posledním typem je komunikace externí, která probíhá vně zdravotnického zařízení, a to například s laickou veřejností, úřady, pojišťovnami, médii, a také formou zpráv zdravotnických zařízení. (Hekelová, 2012)

Kvalitní týmová komunikace je mezi členy týmu základem. Je potřeba, aby všichni členové týmu měli dostatek informací a mohli se tak naplno věnovat práci. Díky tomu nedochází k chybám, omylům a přehmatům. Komunikace a podávání informací od vedoucích pozic ukazuje respekt k pracovníkům. Pokud vedoucí pracovník sděluje informace, tak nestačí sdělit podřízeným pouze to, co mají dělat, důležité je vysvětlit podrobnosti proč je to nutné a co přesně se od podřízených očekává, či kam se směřuje. Tak může fungovat zpětná vazba od zaměstnanců k vedení a naopak. (Venglářová et al., 2011)

V dnešní době se díky rychlému rozvoji techniky přesouvá komunikace do elektronické podoby, ale komunikaci osobní nelze nijak nahradit. Informace lze předávat různými způsoby, a to například formou rozhovoru, porady, diskuze, elektronickou komunikací, písemným sdělením, pokynem, standardem, směrnici či nástěnkou. Všechny formy sdělení a komunikace vyžadují ochotu a umění komunikovat. Týmy zdravotníků se společně nejčastěji setkávají na poradách či hlášeních. Tam komunikace a sdělování informací probíhá osobním předáním těchto informací s písemným doplněním. (Venglářová et al., 2011)

Týmová komunikace a práce v týmu ve zdravotnictví je velice důležitá. Ve zdravotnickém oboru je vyžadována spolupráce různých oborů a různých lidí. Pro někoho je práce v týmu běžná a automatická, ale pro někoho může být nepříjemná a obtížná. Dle našich životních zkušeností a osobnostních vlastností jsme buď týmoví pracovníci, nebo se přikláníme k samostatné práci. V dnešní době je ve zdravotnictví preferován spíše týmový pracovní styl, ale vždy byla vyžadována spolupráce jednotlivců a různých oborů. V týmu je vždy potřeba najít a respektovat týmové řešení. (Venglářová et al., 2011)

1.2.12 Motivace ve zdravotnictví

Slovo motivace lze chápat jako vnitřní hybné síly, které aktivují, směřují i udržují lidské chování. Motivovat znamená přivodit určitou aktivitu, udržet tuto aktivitu na potřebnou dobu, vést ji k požadovanému cíli a vyvíjet ji uvědoměle. Motivace znamená důvod pro to, abychom něco vykonali. Má tři hlavní složky: směr, úsilí a vytrvalost. Jako směr je chápáno to, co se osoba pokouší dělat. Úsilím chápeme, s jakou pílí se o to pokouší a vytrvalost znamená, jak dlouho se o to osoba pokouší. (Plevová et al., 2012)

Dle Hekelové (2012) se motivace lidově chápe jako ochota něco dělat. To, co motivuje, se u různých osob jen málo liší. Zejména tím, co je pro ně v motivátorech důležité více a co méně. Pro někoho mohou být nejdůležitější kladné vztahy v pracovním týmu a pro někoho finance. Hekelová (2012) dělí motivaci na finanční, nefinanční, vnitřní a vnější.

Dnes je motivace vztahována k vlastní osobě, jak být sám motivovaný, i jak motivovat druhé k lepším výkonům. Je důležitým faktorem úspěchu. Stále jsou vyhledáváni jedinci, kteří jsou dobře motivováni a sami schopni motivovat jiné. Zejména od manažerů se požaduje, že budou motivováni a budou schopni motivovat členy týmu. (Vévoda et al., 2013)

Mnoho organizací se věnuje tomu, co by se mělo dělat pro dosažení trvalého, kvalitního a vysokého výkonu pracovníků. Je potřeba věnovat pozornost nejvhodnějším způsobům motivování pracovníků pomocí nástrojů jako jsou stimuly, odměny, vedení lidí, a nejdůležitější je věnovat se práci, kterou vykonávají v organizaci a za jakých podmínek. Motivace se vztahuje k faktorům ovlivňujícím lidi k určitému chování. (Plevová et al., 2012; Horváthová et al., 2016)

Motivaci lze popsat jako cílově orientované chování. Lidé s jasně definovanými cíli, podnikající kroky k dosažení těchto cílů, se považují za dobře motivované. Tento způsob je považován za vnitřní motivaci, kterou ale nezvládne každý a kroky pro dosažení cíle se nemusí ubírat správným směrem. Mnoho lidí nemá dostatečnou vnitřní motivaci, proto je třeba využít motivaci vnější. Vnitřní motivací jsou faktory, které si lidé sami vytvářejí (motivy, pohnutky) a vnější jsou faktory, které motivují k činnosti z vnějšku (odměna, pochvala, povýšení, tresty). Vnitřní motivace se odráží od dané osobnosti, a to od potřeb, získaných hodnot, zájmů, postojů či návyků. Osobnostní

motivační dispozice se mohou kladně či záporně projevit pod vlivem vnějších podnětů. (Plevová et al., 2012; Horváthová et al., 2016)

Vztah motivace a výkonu může působit jako jednoduchý. Je rozšířen názor, že čím je motiv silnější, tím je výkon vyšší a lepší. To ale často neplatí. Často je skutečnost taková, že chceme-li něco příliš, tak nebývá výsledku dosaženo. U nízké či chybějící motivace je zřejmé, že výsledku nebude dosaženo nebo nebude uspokojivý. U nadměrné motivace a vědomí důležitosti úkolu nebo situace či možnosti získat odměnu také nebývá výsledek uspokojivý. V případě přílišné motivovanosti je zvýšené psychické napětí. To ovlivňuje fungování lidské psychiky, oslabí se určité předpoklady k výkonu a výkon se snižuje. (Horváthová et al., 2016)

V dnešní době je pro úspěšnost podniku velmi důležitá motivace zaměstnanců ke vzdělání. Globalizace nepřímo pobízí organizace udržovat a navyšovat vědomosti a dovednosti zaměstnanců na určité úrovni. V organizaci je důležité zaměstnance motivovat pro vzdělání a mít pro to vhodný systém. Manažer proto musí mít přehled o možných motivačních faktorech vhodných pro jeho tým. (Vodák a Kucharčíková, 2011)

1.2.13 Stres ve zdravotnické profesi

Povolání NLZP je náročné a má velkou pracovní zátěž. Zejména od všeobecných sester se vyžaduje a též očekává trvalé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Všeobecná sestra je často v rámci své profese ve styku s mnoha stresory. Setkává se se smrtí, nemocemi a je součástí náročných životních situací pacientů. Další oblastí negativně přispívající ke vzniku stresu jsou pacienti vyvolávající konflikt, špatné vztahy na pracovišti, špatný adaptační proces nově nastupujícího zaměstnance či problémy každodenního života. (Venglářová et al., 2011)

Dle Plamínka (2013) je stres jeden ze symbolů dnešní společnosti. V dnešní době není výjimečné být stresován, spíše naopak. Pro mírové soužití se stresem je hlavní dobrá orientace ve vlastním životě. Plamínek hledá nejdůležitější věci ve třech oblastech: Cíle a priority, ke kterým chceme dojít, hodnoty a principy, které respektujeme a vnitřní a vnější zdroje, které využíváme.

Křivohlavý (2010) uvádí, že příznaků, podle kterých lze poznat, zda se nacházíme ve stresu, je mnoho. Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) proto vytvořila

seznam příznaků fyziologických, psychologických a behaviorálních, které jsou pro stres charakteristické. V seznamu od WHO je například nerozhodnost, nesoustředěnost, zhoršení kvality a množství práce, změny nálad, únava, trápení, podrážděnost, bušení srdce, bolesti hlavy, nechutenství a nucení na močení.

Zátěž v práci sestry, která vede ke stresu, může být z pracovní činnosti jako takové, z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů či vztahující se k osobnosti zdravotníka. (Venglářová et al., 2011)

Faktory podílející se na vzniku stresu u sester jsou nedostatek personálu a vzniklé přetěžování, nejasná definice role sestry na daném oddělení a konfliktní situace na pracovišti. Pro vznik stresu přispívají i nejasné možnosti profesního růstu a nedostačující kariérní plán. Málo zmiňované stresové faktory jsou moderní technologie, které v dnešní době zaujímají větší a širší využití a nedostatečná emoční příprava na praxi a realitu povolání. (Moustaka a Constantinidis, 2010; Prosestru, 2016)

Následky stresu u sester mají vliv na jejich práci. Hrozí chybná rozhodnutí v péči o pacienty, špatná koncentrace až apatie, vzrůst pracovních úrazů a nemocnosti, pokles motivace a zájmu o profesi, až syndrom vyhoření. Dlouhodobý stres a nemožnost mobilizace sil může vést až k agresii. (Prosestru, 2016; ANA, 2014)

Také dle Sarafise et al. (2016) pracovní stres sester ovlivňuje jejich kvalitu života a kvalitu poskytované péče. Péči Sarafis popisuje jako interpersonální proceduru vymezenou odborným ošetřovatelstvím, interpersonální citlivostí a intimními vztahy s pozitivní komunikací s využitím odborných znalostí a dovedností. Stres spojený s prací způsobuje ztrátu soucitu s pacienty a vyšší výskyt praktických chyb, proto je spojován s kvalitou péče. Má přímý nebo nepřímý vliv na poskytování péče.

Sarafis et al. (2016) provedli studii, jejímž cílem bylo prověření vztahu mezi pracovním stresem sester, jejich chováním v péči o pacienty, kvality jejich zdraví a života. Výsledkem studie je, že nadměrný stupeň stresu může mít vliv na péči a to narušením bezpečnosti práce a vyšší frekvencí chyb v každodenní praxi. Též ukazuje na konflikty se spolupracovníky, které jsou prediktory pro respekt k pacientovi, konflikty s lékaři pro respektování pacienta, konflikty s vedením a nejistota v léčebných postupech.

Honzák (2015), český psychiatr, uvádí první rok praxe pro sestru jako nejkritičtější a popisuje ji jako opak odolného profesionála, a to vysoce citlivou osobu. Projevem

náročného začátku praxe pro sestru jsou stresové obtíže, které mohou vést až k syndromu vyhoření. U každé osoby záleží na osobnostních vlastnostech, povaze a schopnosti zvládat bolestivou problematiku velké emoční nálože. Stresové vlivy se hromadí všude kolem a sestře hrozí psychosomatické obtíže.

Stres negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém (hypertenze, koronární choroby apod.), gastrointestinální systém (zvracení, žaludeční vředy, trávicí obtíže apod.), imunitní systém (snížená rezistence k nemocem, únavnost apod.), močopohlavní systém (nucení na moč apod.) a svalový systém (bolesti zad, za krkem, bolesti hlavy apod.). (Venglářová et al., 2011)

2 Cíl práce a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Cíl práce 1: Zmapovat názor všeobecných sester na adaptační proces na jednotkách intenzivní péče.

Cíl práce 2: Zjistit, jak všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče vnímají adaptační proces.

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka 1: Jak všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče vnímají adaptační proces?

Výzkumná otázka 2: Jak vnímají a hodnotí adaptační proces na jednotkách intenzivní péče sestry, které jsou krátce po jeho absolvování?

Výzkumná otázka 3: Jak vnímají a hodnotí adaptační proces sestry školitelky?

3 Metodika

Výzkum praktické části diplomové práce byl proveden kvalitativní formou sběru dat. Kvalitativní výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a následně analýzou získaných dat.

Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2021. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní. Respondenti byli vybíráni technikou sněhové koule, a tak postupně oslovení, zda mají zájem účastnit se výzkumu a poskytnout rozhovor pro náš výzkum. Respondenti byli vždy předem informováni o problematice diplomové práce a o anonymitě výzkumného šetření. Záznam a zpracování rozhovoru při realizaci kvalitativního šetření bylo provedeno formou nahrávání a následného přepisu, či rovnou formou zapisování informací v průběhu rozhovoru.

3.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, což je dle Švaříčka et al. (2014), základní typ hloubkového rozhovoru spočívající v získání detailních informací o studovaném jevu. Toto šetření probíhalo s respondenty pracujícími v intenzivní péči jako školitelé, kteří jsou zapojováni do školení nových pracovníků v adaptačním procesu a s pracovníky, kteří jsou po jeho absolvování. Rozhovory tedy probíhaly se dvěma skupinami, a to se školiteli a s proškolenými.

Pro rozhovory byly předem připravené otázky zvlášť pro školitele a zvlášť pro pracovníky po adaptačním procesu. Rozhovory, jak pro školitele, tak pro pracovníky po adaptačním procesu, se skládaly shodně z 29 předem připravených otázek, viz příloha A a B. Respondenti měli možnost během rozhovoru dodat jakékoli informace k adaptačnímu procesu a žádat další vysvětlení k jakékoli položené otázce.

Provedení rozhovoru jak se školitelem, tak s proškoleným trvalo od 30 minut do jedné hodiny. Před každým zahájením rozhovoru byl respondent slovně informován o anonymitě a s rozhovorem souhlasil. Souhlas dal respondent vždy buď k nahrávání rozhovoru diktafonem, či k nahrávání prostřednictvím online hovoru, anebo k zápisu informací do textového editoru Microsoft Word. Nahrané rozhovory jsme dále přepsali do Microsoft Word editoru.

Analýza získaných dat probíhala formou otevřeného kódování. Získaná data, respektive přepsané rozhovory, jsme rozdělili na skupiny a k těmto skupinám byl vždy přiřazen určitý kód.

Pro lepší orientaci ve zpracování, respektive analýze dat, jsme respondenty představující školitele označili písmenem „S“ včetně číslice (např. S3), určující pořadí, v jakém byl rozhovor proveden. Respondenty představující proškolené jsme označili písmenem „P“ též včetně číslice označující pořadí provedení.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů pro kvalitativní výzkum byl vzhledem k zaměření diplomové práce záměrný. Do výzkumného šetření byli zapojeni muži i ženy s minimálním vzděláním, vyšším odborným, či vysokoškolským. Podmínkou pro zapojení do výzkumného šetření bylo zaměstnání v intenzivní péči a školení nových zaměstnanců, nebo být ve fázi krátce po absolvování adaptačního procesu, a to do jednoho roku od jeho ukončení. Rozhovory s respondenty pracujícími na jednotkách intenzivní péče probíhaly taktéž v březnu roku 2021.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů se školícím pracovníkem

Výsledky rozhovorů se školiteli jsme rozřadili do kategorií a podkategorií:

Kategorie dokumentace

Podkategorie výukové materiály

Kategorie délka a průběh

Podkategorie délka

Podkategorie průběh

Kategorie pozitiva a motivace

Podkategorie silné stránky

Kategorie vztahy a kolektiv

Kategorie náročné situace

Kategorie ovlivňující vlivy

Podkategorie ohrožení průběhu

Kategorie negativa

Podkategorie možné zlepšení

Podkategorie slabé stránky

Kategorie hodnocení

Kategorie dokumentace

Kategorie s názvem dokumentace se zaměřuje na oficiální dokumentaci k adaptačnímu procesu a na výukové materiály vytvořené přímo na určitém oddělení pro vlastní adaptační proces. Dále na zaznamenávání do případné dokumentace určující témata či okruhy adaptačního procesu.

Oficiální dokumentaci určenou k adaptačnímu procesu, včetně témat, které dokumentace určuje, mají k dispozici, jak uvedli v rozhovoru informanti S1 až S6. „Každý nový pracovník obdrží při nástupu plán adaptačního procesu, který obsahuje témata a schéma školicího procesu“ (S3). Další školitel S5 uvedl: „Máme a obsahuje okruhy, které by měl nový pracovník umět a znát. Koncepti a legislativu až po speciální část, jako je kardiopulmonální resuscitace a speciální výkony, které se na našem oddělení provádějí“ (S5).

Informanti S1, S4 a S6 uvedli, že záznam do této dokumentace se provádí, a to od daného školicího pracovníka. Provádí se po zvládnutí a pochopení daného tématu, kdy si je pracovník v adaptačním procesu již jistý, že oblast či výkon určený dokumentací chápe a zvládá dle školitelů S2, S3 a S5. „Ano po přezkoušení po daných okruzích. Vždy po ukončení okruhu, když pracovník výkon zvládl a chápe, tak já jako vedoucí okruh podepíši jako splněný, včetně data“ (S5).

Podkategorie výukové materiály

Výukové materiály určené k adaptačnímu procesu pro sjednocení postupů a pro pomoc novým pracovníkům v adaptačním procesu informanti nemají, anebo jsou zastaralé. Na vytvoření se pracuje dle S4 a S6. „Materiály nemáme, respektive nejsou oficiální. Můžeme čerpat z řízené dokumentace nemocnice, kde se nachází většina standardizovaných výkonů. Obsahují informace o daných výkonech, pomůckách, kompetencích, postupech a jsou zde popsána rizika, též odkazují na zákonné normy“ (S1).

Výukové materiály k adaptačnímu procesu jsou potřeba dle většiny informantů. Školitel S3 předává pracovníkovi své materiály, podle kterých, se může pracovník řídit, a také předává doporučení na odbornou literaturu. „Na oddělení máme k dispozici nějaké výukové materiály, které ale nejsou ucelené a jsou zastaralé. Školenému pracovníkovi proto raději předávám materiály, které jsem si během let postupně sama nashromáždila,

nebo vytvořila. Ráda mu také doporučím vhodnou literaturu. Rozhodně si myslím, že by bylo dobré mít na oddělení kvalitní výukový materiál“ (S3).

Jako ojedinělá odpověď, kdy teoretické materiály nemají, ale mají materiály, respektive pomůcky potřebné k výkonům na ukázkou a praktickou výuku při adaptačním procesu. *„Materiály teoretické nemáme, ale máme pomůcky, které slouží jako pomoc při praktických ukázkách výkonů. Teoretické informace předávám ústně a dávám doporučení na literaturu, kde si lze informace nastudovat teoreticky a podrobně“ (S5).* Teoretické materiály na oddělení má S2. Obsahují potřebné postupy, které musí nový pracovník umět. Pracovníci v AP je mají kdykoli k nahlédnutí.

Kategorie délka a průběh

Kategorie délka a průběh se zaměřuje na první setkání školitele s novým pracovníkem a potřebné předání úvodních informací, dále na vhodnou délku trvání AP i z pohledu školitele a na průběh AP. Dále také na trvání péče o společného pacienta školitel/nový pracovník, zkoušení a zapojení členů týmu do AP.

V rámci prvního setkání by se měl nový pracovník dozvědět informace o průběhu a délce adaptačního procesu. Tomu je tak na základě všech rozhovorů (S1 – S6). Všichni školitelé (S1 – S6) uvedli, že je nový pracovník informovaný předem od vedoucích pracovníků, respektive od staniční a vrchní sestry. Mimo základních informací, které pracovník dostane od vedoucích pracovníků, získá také informace od školitele v průběhu prvního setkání. A to v podobě vzájemného představení se, ukázky a provedení po oddělení včetně ukázky, kde se co na oddělení nachází, dále informace o délce a průběhu AP přímo podle zvyku školitele, a také co bude školitel požadovat (S6).

Informant S5 uvedl, že si s nově nastupujícím v první směně pohovoří o AP, kde ho informuje samozřejmě o délce AP a o tom, z jakých oblastí se bude AP skládat. Také se domluví, kdy se nadále budou scházet, zdali ve směnách, pokud to bude možné. Pokud ne, musí se scházet mimo směny. Jeden ze školitelů u otázky ohledně prvního setkání a informací uvedl, že informace schází hlavně jemu jako školiteli. *„O délce adaptačního procesu a jeho průběhu informuje nové zaměstnance staniční a vrchní sestra. Bohužel u nás na pracovišti se často o školení nového zaměstnance sestra školitelka dozvídá jako poslední, a to až v době, kdy již nový pracovník nastoupil“ (S3).*

Podkategorie délka

Délka AP by podle většiny dotázaných školitelů měla být rok, a tak také uvedli informanti S1 – S4. „*Měl by trvat dle potřeb daného zaměstnance, jeho schopností učit se novým věcem v závislosti na možnostech oddělení. V případě, že vymezená doba nestačí, měla by být vůle ji individuálně prodloužit a zaměřit se na slabá místa školeného zaměstnance. U nás trvá adaptační proces standardně 1 rok a dle mého názoru je to správně*“ (S1). Informant S2 navíc uvedl, že je to o přístupu daného pracovníka, co je právě v adaptačním procesu. Dva dotazovaní školitelé jsou stejného názoru, kdy uvádí, že na jejich oddělení trvá AP rok, ale podle nich by stačilo půl roku.

Podkategorie průběh

Všichni dotazovaní školitelé (S1 – S6) uvedli, že je novému pracovníkovi přidělen školitel. Respondent S2 uvádí, že i pokud je k novému pracovníkovi přidělen určitý školitel, může se stát, že nemají společné služby, a tak se musí scházet mimo ně. Školitel tak nemá přehled, co už nový pracovník umí a co se jak učí. I přes to, že školitel s daným pracovníkem nemá společné služby, nemá šanci jej tak řádně školit, musí vést dokumentaci, podepisovat splněná témata, a tudíž mít stále zodpovědnost za něco, nad čím nemá kontrolu.

Pokud má školitel stejné směny jako nový pracovník, tak S5 uvádí, že nový člen týmu pracuje pod dohledem školitele, který mu potřebné věci teoreticky vysvětluje včetně dalších otázek od pracovníka v AP.

Nový pracovník dle S4 začíná ranními směny, které trvají jeden týden a dále již dochází do směn, kde ho má na starost školitel, který mu pomáhá se základními dovednostmi potřebnými na oddělení, ale pouze omezeně, protože nezbývá mnoho času z důvodu toho, že má jak školitel, tak nový pracovník na starosti svého pacienta. Dále S3 uvádí: „*Každému nově nastupujícímu zaměstnanci je přidělena školitelka, která vede adaptační proces. První týden chodí nový zaměstnanec pouze na ranní směnu. Dále již do služeb, které, pokud to provoz dovolí, má stejné se svojí školitelkou. Pokud má jinou službu než školitelka, je přidělen na starost jiné sestře. Sestra školitelka pomáhá školenému osvojit si ošetrovatelské dovednosti a prohloubit teoretické znalosti. Například pokud jde školená osoba provádět nějaký výkon poprvé, školitelka mu vysvětlí, jaké budou potřeba pomůcky, jak bude výkon probíhat a dohlídí na jeho*

provedení. Po výkonu si školená osoba zapíše poznámky, a pokud má nějaké dotazy ještě to se školitelkou proberou“ (S3).

Dva informanti (S1, S6) se shodli na tom, že se při školení nového pracovníka postupuje od jednoduššího ke složitějšímu. *„Dle standardního postupu je zaměstnanec seznámen s oddělením a běžnou péčí o nemocné. K té se postupně přidávají speciální výkony a pod vedením školitele je zaměstnanec zasvěcován do stále složitějších postupů. Ideálně se pravidelně ověřují znalosti formou, kterou si daný školitel zvolí, testem, zkoušením atd. Po seznámení se s danými úkony je toto zaznamenáno do formuláře o adaptačním procesu s datem a podpisem školitele. V případě, že se konkrétní úkon na oddělení v průběhu školení zaměstnanec nevykonává, je s ním zaměstnanec seznámen alespoň teoreticky“ (S1).*

Všichni informanti (S1 – S6) se shodli na tom, že školitel a nový pracovník mají společného pacienta, o kterého společně pečují velmi krátce a záleží na aktuální vytíženosti oddělení. Dle informantů by bylo vhodnější, pokud by školitel měl možnost mít delší dobu intenzivní dohled nad novým členem týmu.

Informanti (S1 – S6) uvedli, že zkoušení probíhá. *„Ano, zkoušení ústní i psané“ (S6).* Někteří školitelé vidí zkoušení jako velice důležitou součást AP, naopak někteří tvrdí, že v zaměstnání již nejsme ve škole, a tak zkoušení neprobíhalo tak často. Probíhalo také v předem domluvených termínech s předem určenými tématy, kterých se bude zkoušení týkat.

Do AP se zapojují i jiní členové týmu, a to zejména tehdy pokud školitel nemá službu s pracovníkem, kterého vede adaptačním procesem, jak se shodli S1 – S5. Dále také S1 uvedl, že se toto děje pokud školitel pečuje o nemocného v kritickém stavu a nemá tak možnost dohlížet na nového pracovníka.

Se zapojením jiných členů týmu do školení nového pracovníka, než je přímo jeho školitel, nesouhlasí S6. *„Nejlepší by bylo, aby se to nedělo, ale bohužel je tomu tak. Jiný člen týmu učí a vysvětluje novému pracovníkovi něco jiného, a taky jinak než si já představuji a mám v plánu. Ráda školím postupně a dle svého, jak mám ve zvyku, funguje to“ (S6).*

Kategorie pozitiva a motivace

Tato kategorie se zaměřuje na pozitivní stránky AP. Na to, co novému pracovníkovi přinesla školitelka během AP, na jeho motivaci a silné stránky AP.

Školitelé S2, S4, S5 a S6 si myslí, že novým pracovníkům přinesli nové teoretické informace a praktické dovednosti. S4 dodal ještě jako jeho přínos pro nově nastupujícího potřebné materiály a S5 klidný vstup na nové pracoviště s jistotou, že se má vždy na koho obrátit. Tomu podobná byla odpověď od S1: *„Snad důvěru, že mě může kdykoli požádat o jakoukoli pomoc“* (S1). Dále: *„To je těžké. Snažila jsem se jim předat svoje zkušenosti a pomoci vytvořit si při práci vlastní návyky. Naučit se pracovat samostatně, ale zároveň se nebát přijít si pro radu“* (S3).

Otázka v rozhovoru ohledně motivace byla jednoduše položená, a to zda školitel motivuje nového pracovníka a pokud ano, tak jak. Na to odpověď od S3 zněla, že asi ne. Tomu se nevzdaluje ani odpověď od S2: *„Nevím, nenapadá mě nic, co by bylo bráno jako motivace“* (S2).

Naopak S1, S4, S5 a S6 uvedli, že motivace probíhá. *„Snažím se mluvit o výjimečnosti oddělení a úkonech, které provádíme. Jsme špička oboru a já doufám, že to naši noví zaměstnanci vědí“* (S1). S4 a S5 chválí za dobře odvedenou práci. *„Pochválením, že dobře zvládá svoji práci. Pokud něco nový pracovník nezvládá, vysvětlíme si to znovu. Nikdy nového pracovníka nenechám myslet si, že selhal“* (S5).

Podkategorie silné stránky

Otázka týkající se na silné stránky adaptačního procesu na oddělení byla pro informanty jedna z obtížnějších. S2 jako silnou stránku uvedl jejich výukové materiály, které obsahují postupy a standardy. S6 jako silnou stránku AP uvedl jeho trvání, a to jeden rok.

S5 uvedl možnost praktických ukázek kdykoli během směn a také, že právě k praktickým ukázkám na oddělení mají vlastní resuscitační model i Lucase (zařízení pro mechanické komprese hrudníku). S1, S3 a S4 nevědí o silných stránkách adaptačního procesu na jejich oddělení. S4 k tomu, že o žádných silných stránkách neví, uvedl plánované vytvoření materiálů jako možnou budoucí silnou stránku jejich adaptačního procesu.

Kategorie vztahy a kolektiv

V této kategorii se zaměřujeme na začlenění nového člena týmu do kolektivu, a zda tomuto začlenění AP napomáhá. Na to, jak kolektiv působí na nového člena v rámci AP. Na vztah mezi školitelem a novým pracovníkem a na možnost ptát se jiných členů týmu.

Na otázku, zda AP může pomáhat novému pracovníkovi se začleněním do kolektivu, odpovídali informanti různě. Dva informanti se přikláněli k odpovědi, že spíše nepomáhá. *„Měl by, ale nejsem si jistá, zda to tak je. Na našem oddělení je kolektiv k novým zaměstnancům spíše nepřátelský“* (S1).

Od informanta S4 byla odpověď taková, že AP pomáhá maximálně v tom, aby nový pracovník vše uměl a všemu rozuměl. Dále informanti S2, S3 a S5, S6 se přikláněli k odpovědi, že adaptační proces může ovlivnit a napomocť k začlenění nového pracovníka do kolektivu. *„Záleží na osobnosti člověka. Každý navazuje vztahy jinak a má také jiný zájem o komunikaci a navazování vztahů na pracovišti. Je to individuální, ale AP na to určitě vliv má a může napomocť“* (S5).

Jak na nového pracovníka působil kolektiv oddělení? Pro informanty S1, S2 a S3 jednoduchá otázka s jasnou odpovědí. Kolektiv na nového pracovníka dle těchto respondentů nepůsobil kladně. *„Školila jsem již více nových zaměstnanců, některý zapadl do kolektivu lépe, některý hůře. Ale myslím si, že celkově se na našem pracovišti nově nastupující zaměstnanci necítí dobře. Mezi některými kolegy vládne rivalita. Postoj vedení oddělení vůči novým nástupům také není vždy ideální. Hodně se zde uplatňují osobní sympatie“* (S3).

Dva informanti S4 a S5 odpověděli kladně, a to tak, že kolektiv působí přátelsky. Pouze jeden informant S6 uvedl, že záleží na osobnosti nového pracovníka, jak se snaží, a také, jaký má zájem. Nespojoval by to s AP.

Všichni dotazovaní S1 – S6 uvedli jasnou kladnou odpověď ohledně možnosti ptát se na cokoli potřebného k výkonu práce ostatních členů týmu. Noví zaměstnanci se vždy mohou zeptat kohokoli z týmu. Dle S3 včetně lékařů.

Vztah mezi školitelem a novým pracovníkem mají dotazovaní S1-S3 a S5 přátelský. S2 odpověděl, že většinou přátelský, pokud necítí od nového pracovníka, že potřebuje mít

respekt, aby AP někam vedl. S3 má s nastupujícím nejčastěji kamarádský vztah, pokud se nestane, že si navzájem vyloženě nesednou.

Další dotazovaní neupřednostňují přátelský vztah. „*Ze začátku jsem odtažitá a přísná, než si získám obrázek o charakteru zaměstnance, postupem času přátelská, ale vyžadují disciplínu, pečlivost a snaživost, zkoušení je zásadní*“ (S4).

Kategorie náročné situace

Náročné situace jsou kategorií zaměřující se na stresující a nejvíce náročné činnosti s možností, jak pomoci k jejich lepšímu zvládnutí.

Všichni odpovídající S1 – S6 zmiňovali ve svých odpovědích podobné body. Nejvíce stresující během AP je pro nové pracovníky velký kolektiv, náročnost práce v intenzivní péči a situace, které nastávají a též velké množství informací. „*Strach o to, že se nezačlení do kolektivu, práce v intenzivní péči jako taková, spousta nových informací a kladené nároky*“ (S6).

Mezi činnosti v rámci AP, které novým členům týmu trvají nejdéle, než se je naučí, patří zejména znalosti, péče a výkony, se kterými se nesetkávají tak často, jak uvedli S1, S2 a S3. „*Odborné znalosti, nebo vysoce specializovaná péče o pacienty v těžkém stavu, kdy musí ovládat různé přístroje, se kterými se nesetkávají každodenně. Například péče o pacienta se Swanganz katétre, intraaortální balónkovou kontrapulzací (IABK), extrakorporální membránová oxygenace (ECMO) či krevní rekuperací*“ (S3).

Praktické činnosti uvedl S4. S5 k těmto činnostem zařadil vedení dokumentace. Zodpovědnost za pacienta uvedl S6, který ji popsal jako nejtěžší v AP, a to z důvodu změny ze školního režimu praxe, kdy student neměl za pacienta zodpovědnost, na pracovní proces, kdy již zodpovědnost za pacienta má, a to velkou.

Ke snadnějšímu zvládnání náročných a těžkých situací pro nově nastupující jsou již vytvořené materiály a manuály nebo jejich budoucí vytvoření podle S1, S2, S3 a S5. S1 dodal, že je dobré mít specialistu v každém týmu, na kterého by bylo možné se obrátit. S2 ještě k již vytvořenému manuálu doplnila čas, který by měli na potřebné vysvětlení těchto výkonů. „*Vhodné učební materiály doplněné o obrázky a dostatek prostoru a času pro vyzkoušení si nových činností*“ (S3).

Učit se, opakovat si a znát dobře teorii, která pak usnadní praktické výkony, mít aktivní přístup k práci a odborným výkonům i mimo péče o vlastního pacienta, popsal S6.

Kategorie ovlivňující vlivy

Kategorie s hlavní otázkou co ovlivňuje a ohrožuje AP.

Všichni dotazovaní S1 – S4 a S6, kromě jednoho uvedli, že pandemie Covid-19 ovlivňuje AP. „*Ano je. Mnoho zaměstnanců nastupujících na naše velmi speciální oddělení slouží i u nemocných s Covid-19, kde není jejich školitel, nebo naopak školitel slouží u nemocných s Covid-19 a nemůže předávat informace související s adaptačním procesem. Naše oddělení je v nouzovém režimu, školení nových zaměstnanců tak probíhá velmi nárazově a všemi členy týmu*“ (S1).

S2 ve své odpovědi popsala rozdílnost v péči o pacienty s onemocněním Covid-19. „*Ano určitě ovlivňuje. Vzhledem k tomu, že jsme nyní Covid jednotka, školitelka má se školeným minimální počet směn. Pokud jsou spolu na oddělení Covid, nemá školitelka příliš prostoru se školenému věnovat*“ (S3). Respondent S5 uvedl, že AP v nynější době není nijak ovlivněn pandemií Covid-19.

Podkategorie ohrožení průběhu

Informant S4 neví, co by mohlo mít vliv na AP respektive, co může jeho průběh ohrožovat. Dotazovaní S2 a S5 se shodli na odpovědi, že ostatní zaměstnanci, kteří zasahující do AP, ať chováním nebo špatným vedením, mohou AP ovlivnit.

„*Vše, co nějakým způsobem ovlivňuje školitele, nadřízené a tým. Pokud není dobrá atmosféra týmu, přenáší se to na nové zaměstnance. Pokud je ve stresu a nepohodě školitel, opět to odnáší nový zaměstnanec. Pokud školitel nechce školit, je unavený, vyhořelý, odnáší to nový zaměstnanec. Pokud si navzájem nejsou sympatičtí, opět to naruší průběh adaptačního procesu. Toto vše jsou atributy, se kterými bychom měli zodpovědně pracovat tak, abychom adaptační proces zlepšili a nové zaměstnance si udrželi spokojené*“ (S1).

S touto odpovědí se ztotožňuje i informant S6 a S3, který navíc uvedl přesčasové hodiny a na to navazující únavu i významnou nedostatečnou podporu od vedení.

Kategorie negativa

Kategorie negativa se zabývá tím, co je potřeba v AP zlepšit, co chybí, a také slabými stránkami AP.

Na otázku co novým členům týmu během AP chybí, byly odpovědi různé. Každý se nad odpovědí zamyslel z různého pohledu. Společné směny a více času, který by jim školitel věnoval, uvedl respondent S2, S3 a S6. Ten ještě k odpovědi ještě dodal zachování respektu a úcty ke služebně starším a zkušenějším pracovníkům. Informant S4 neví.

„Sebejistota a mnohdy pokora k oboru a úcta k lidem“ (S5). „Jednoduché materiály, důvěra, že ostatní členové týmu jsou tam, aby jim pomohli, důvěra v nadřízené, hrdost, že jsou součástí specializovaného pracoviště. Dostatek času na to, naučit se nové věci, dostatek sebedůvěry, že to zvládnou“ (S1).

Podkategorie možné zlepšení

Dle dotazovaných S5 a S6 by se mohly vytvořit výukové materiály pro sjednocení postupů a školitel by měl sloužit s novým pracovníkem a mít na něj čas. S názorem ohledně společných směn a společnou péčí o pacienta se shoduje i odpověď od S2 a S4.

Navíc i z pohledu pracovníka se zamyslel informant S1: *„Měli bychom mít materiály s jednoduchým vysvětlením nejběžnějších úkonů, postupů, nejčastějších situací a jejich řešení. Materiály, ze kterých neoficiálně čerpáme, jsou staré skoro dvacet let a jsou vytvořené lékařem. Měli bychom jako školitelé vědět, co naučit zaměstnanec v různých časových intervalech tak, aby se i ostatní mohli orientovat ve znalostech nového zaměstnance. Měli bychom být více oporou, méně nadřízeným“ (S1)*

Jako největší problém a nutnost zlepšení vidí S3 v komunikaci od vedení ke školitelům. *„Komunikace mezi školitelem a vedením oddělení. Například se školitele zeptat, zda vůbec chce někoho školit. Nenařizovat mu to příkazem. Zvýšení motivace školitelů. Ohodnocení školitele za školení nového nástupu“ (S3).*

Podkategorie slabé stránky

Nejvíce zmiňovanou slabou stránkou AP od dotazovaných byl nedostatek času na školení a málo společných směn se školitelem, jak uvedli S1, S2, S4 – S6. Další často zodpovězenou slabou stránkou byl dle S1 a S6 nevyhovující nebo neexistující výukový materiál. „*Nemáme školicí materiál, není dostatek času na školení nového zaměstnance, nejsou vhodné podmínky a konzistentní podmínky. Není vhodná atmosféra v týmu*“ (S1). Jediná odlišující se odpověď byla od S3: „*Špatná komunikace mezi vedením oddělení a školitelkou. Minimální ohodnocení školicího pracovníka. Absence motivace školitele*“ (S3).

Kategorie hodnocení

Hodnocení je kategorie zabývající se hodnocením AP a průběhem jeho ukončení.

Hodnocení AP se staniční a vrchní sestrou probíhalo při ukončení AP dle odpovědí informantů S2, S3, S5 a S6. S3 navíc k těmto odpovědím dodal, že ne vždy to situace dovolila. Dle S1 hodnocení probíhá, ale až v poslední době. Dle S4 probíhá.

AP je ukončován formou testu a praktického přezkoušení, jak uvedl S5. Formou ústního zkoušení od vrchní a staniční sestry za přítomnosti školitele (S1, S2, S3, S4, S6). Další položkou pro ukončení AP je vytvoření kazuistiky (S1, S3, S4, S6).

4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s pracovníky po absolvování adaptačního procesu

Výsledky rozhovorů s pracovníky po absolvování adaptačního procesu jsme rozřadili do kategorií a podkategorií:

Kategorie dokumentace

Podkategorie výukové materiály

Kategorie délka a průběh

Podkategorie délka

Podkategorie průběh

Kategorie pozitiva a motivace

Podkategorie silné stránky

Kategorie vztahy a kolektiv

Kategorie náročné situace

Kategorie ovlivňující vlivy

Podkategorie ohrožení průběhu

Kategorie negativa

Podkategorie možné zlepšení

Podkategorie slabé stránky

Kategorie hodnocení

Kategorie dokumentace

Kategorie s názvem dokumentace se zaměřuje na oficiální dokumentaci k adaptačnímu procesu a na výukové materiály vytvořené přímo na určitém oddělení pro vlastní adaptační proces. Dále na zaznamenávání do případné dokumentace určující témata či okruhy adaptačního procesu.

Dokumentaci určující témata, které musí nový pracovník zvládnout a naučit se, nedostal pouze jeden z dotazovaných, a to P11. Ostatní informanti P1 – P10 a P12 – P14 tuto dokumentaci dostali. „*Ano k AP jsem dostala vlastní sešit se sepsanými výkony a počty, kolikrát je musím zvládnout. Pokud jsem je zvládla bez pomoci školitele, dostala jsem razítko od školitele, že jsem výkon zvládla*“ (P5).

Informant P9 vyjádřil svůj názor vůči dokumentaci stanovené pro AP s výčtem činností či okruhů, které musí zvládnout, a to následující: „*Dostal jsem tabulku s výčtem činností či okruhů, které bych měl zvládnout. Tento seznam byl dle mě, zcela neužitečný a úzkostně zaměřený na nesmysly z teorie ošetřovatelství, namísto toho, aby se věnoval skutečně potřebným činnostem využitelným v práci na JIP, těch bylo poskromnu*“ (P9).

Záznam do dokumentace se neuskutečňoval u informanta P11, který žádnou dokumentaci k AP nedostal a řídil se pouze e-learningem nemocnice. „*Neprobíhal postupně, vše má školitelka zaškrtna najednou po určité době*“ (P1). U informantů P2 až P7, P12 a P13 záznam prováděl školitel. „*Ano, záznam prováděla vždy školitelka*“ (P7).

Dle dotazovaného P8 záznam prováděl školitel, staniční a vrchní sestra. Dle P10 záznam prováděl školitel s ním, jako proškoleným. Dle P14 záznam prováděl školitel společně se staniční sestrou. Informant P9 s negativním názorem vůči dokumentaci k AP uvedl: „*V průběhu ne, vše se podepsalo až na konci, popravdě ani nevím, kde tento papír po dobu onoho roku ležel*“ (P9).

Podkategorie výukové materiály

Výukové materiály vytvořené pro adaptační proces na daném pracovišti dostali informanti P1, P3, P5, P6, P7 a P12. Obsahovaly potřebné postupy, informace a doporučení k různým výkonům či ošetřovatelským postupům vykonávaných se na určitém oddělení.

P3 a P12 tyto materiály dostali v podobě sešitu vytvořeném jedním ze školitelů oddělení, který byl odborně a detailně zpracován. „Dostal jsem k dispozici odborně a detailně zpracovaný sešit s průběhem, přípravou i praktickým postupem nejčastějších činností prováděných na oddělení. V průběhu AP mi školitelka na požádání půjčovala svoji osobní literaturu“ (P3). P4 dostal seznam výkonů, které musí během AP absolvovat, součástí byl i seznam s odkazy na odbornou literaturu. Informanti P2, P8 až P11, P13 a P14 žádné materiály nedostali.

Kategorie délka a průběh

Kategorie délka a průběh se zaměřuje na první setkání školitele s novým pracovníkem a potřebné předání úvodních informací, dále na vhodnou délku trvání AP i z pohledu školitele a na průběh AP. Dále také na trvání péče o společného pacienta (školitel/nový pracovník), zkoušení a zapojení členů týmu do AP.

Informace o průběhu a délce AP dostali informanti P2, P9, P10 a P11 od staniční či vrchní sestry ještě před začátkem AP. P2 uvádí, že první setkání se školitelem bylo příjemné. Školitel při seznámení s P9 ještě nevěděl, že ho bude školit. P10 a P13 průběh prvního setkání nesdělil. P5, P6 a P11 při prvním setkání seznámila se školitelem staniční sestra.

Informanty P1, P3 – P8, P13 a P14 informovala o průběhu a délce AP školitel v rámci prvního setkání. „První setkání proběhlo ještě před nástupem na pozici v intenzivní péči, školitelka mě informovala jak o délce, tak o průběhu a formě adaptačního procesu“ (P3).

P4 uvedl, že první setkání probíhalo u kávy, kde byl seznámen se všemi potřebnými informacemi ohledně AP. P1, P7 a P14 uvedli, že první setkání probíhalo představením a seznámením se s pracovištěm. „První setkání probíhalo při nástupu na oddělení, byl jsem seznámen s průběhem a délkou AP“ (P8).

Informant P12 se se svým školitelem neseťkal: „S mojí školitelkou jsem se neseťkala vzhledem k její dlouhodobé pracovní neschopnosti, která trvala i delší dobu po mém nástupu na oddělení. Po jejím návratu jsem již nebyla v její skupině. Byla mi přidělena nová školitelka, kterou už jsem znala jakožto svou kolegyni. Ta mě o průběhu AP a jeho délce informovala“ (P12).

Podkategorie délka

AP dle P4 trval pouhé dva měsíce a dle P14 trval pouhé tři měsíce. Respondent P2 odpověděl půl roku a P10 tři čtvrtě roku. Respondentovi P11 trval adaptační proces deset měsíců. Ostatním respondentům P1, P3, P5 – P9 a P13 trval AP minimálně jeden rok. Respondentovi P12 trval déle než jeden rok vzhledem k pandemii Covid-19. „*AP trval déle než jeden rok, prodloužil se vzhledem k dočasné změně našeho oddělení na Covid JIP. Standardně trvá jeden rok*“ (P12).

Podkategorie průběh

Všichni respondenti se u průběhu AP shodli na podobné odpovědi. Začátek AP měl školitel s novým pracovníkem společného pacienta, nebo byl v blízkosti a dohlížel. Proběhlo základní vysvětlení péče o pacienty, včetně vedení dokumentace. Péče o společného pacienta u všech respondentů netrvala dlouho. Poté měl nový člen týmu již svého pacienta, a pokud to šlo, tak v blízkosti školitelova pacienta, aby mohl mít dohled. Nad novým pracovníkem měl vždy někdo dohled dle odpovědi. Pokud zaučovaný potřeboval radu, mohl se zeptat jak školitele, tak ostatních členů týmu.

Respondent P12 dále dodal: „*V průběhu AP jsem měla celkem 4 školitelky a některé jsem během mého školení ani neviděla, a také jsem byla 3x přeřazena do jiné skupiny*“ (P12). „*Můj adaptační proces probíhal tak, že jsem měla všechny směny psané se svou školitelkou, která na mě dohlížela. Pokud to bylo možné, tak jsme měly pacienty vedle sebe. Dostávala jsem podklady k učení, sama si vedla poznámky do sešitu, které mi následně má školitelka kontrolovala, zda je zapisuji správně. Kdykoliv jsem něco potřebovala vysvětlit, či se jen ujistit, tak mi má školitelka poradila a vše trpělivě a odborně vysvětlila. Dostala jsem také pár testů*“ (P1).

Informanti P3 a P14 nepečovali na začátku AP společně se školitelem o jednoho pacienta. Většina dotazovaných pečovala o společného pacienta společně se školitelem prvních pár směn (od 1 do 15 směn). „*Asi prvních 5 směn*“ (P6). Jeden z informantů, přesně P5, pečoval o jednoho pacienta společně se školitelem oproti ostatním opravdu dlouho a to dva měsíce.

V průběhu AP probíhalo zkoušení od školitele na základě odpovědi informantů P1, P2, P5 - P8, P10 a P14. „*Ano, ústně či formou testu*“ (P1). „*Ano, průběžně z témat, která se týkala pacientů aktuálně hospitalizovaných na oddělení*“ (P6). „*Ano neustále*

a bylo to celkem náročné. Od prvního dne, byly nároky vzhledem k typu oddělení, na kterém pracuji, patřičně vysoké, naštěstí jsem měla výbornou teoretickou přípravu ze školy“ (P5).

Zkoušení v rámci AP neprobíhalo, anebo probíhalo minimálně, u informantů P3 a dále P11 -P13. *„Spíše než zkoušení jsem jednotlivé kazuistiky probíral formou diskuze po službě s ostatními kolegy účastníci se služby“ (P4).* Jediný informant uvedl velice odlišnou odpověď, a to negativní vůči svému školiteli a je zřejmé z celého rozhovoru, že školitel dle nového pracovníka nebyl dostatečně zkušený a vhodný pro školení nových pracovníků. *„Párkrát se o to pokusil, nicméně školitel by měl rozumět tomu, co učí a z čeho zkouší“ (P9).*

Odpovědi informantů se velice podobaly. Do AP se mimo školitele zapojují ostatní členové týmu, pokud školitel není na směně, nebo nemá možnost pomoci či poradit. Nově nastupující se mohou v nepřítomnosti školitele ptát jiných členů týmu, anebo jsou přímo přiděleni k někomu náhradnímu na danou směnu. *„Pokud není školitelka přítomna na směně, tak jí nahradí, kdo aktuálně může“ (P14).* *„Jak kdy, spíše to záleželo na dané skupině. Každý nově nastupující byl někomu přidělen na zaučení, tudíž se jiné sestry dobrovolně nezapojovaly. Až když jsem přišla s dotazem, tak sestry pomohly. Nicméně se to pravidelně neobešlo bez komentáře typu: tvoje školitelka je jméno, tak tě to má naučit ona“ (P1).*

Kategorie pozitivní a motivace

Tato kategorie se zaměřuje na pozitivní stránky AP. Na to, co novému pracovníkovi přinesla školitelka během AP, na motivaci a silné stránky AP.

Otázka zjišťující, co školitel novému pracovníkovi přinesl během AP, měla různé skupiny odpovědí. Informant P9 odpověděl negativně vůči školiteli. *„Příliš ne, učil jsem se spíše od jiných zkušených kolegyně“ (P9).* Informanti P5, P10 a P13 se přikláněli ke stránce vztahové. *„Hlavně motivaci k práci, seznámení se s kolektivem a upevnění vztahů“ (P5).* Informant P10 zmínil motivaci a zodpovědnost a P13 popsal, že školitel poradil vždy, když potřeboval a mohl se na něj spolehnout.

Informanti P3, P4, P6 – P8, P11 a P12 zmiňovali spíše předání teoretických a praktických znalostí či dovedností. *„Školitelka mi v průběhu AP přinesla velmi mnoho*

odborných informací ohledně specifík intenzivní péče“ (P3). Informant P4 navíc ke znalostem uvedl ještě začlenění do kolektivu. „Snadno jsem díky sestře školitelce zapadl mezi ostatní kolegy. Během AP mi navíc dodala dostatek sebedůvěry a předala dostatek praktických dovedností, abych mohl práci vykonávat samostatně a sebejistě“ (P4). „Potřebné znalosti a dovednosti pro samostatný výkon práce a jistotu v běžných výkonech“ (P6). Informantům P1, P2 a P14 školitel během AP přinesl něco ze stránky znalostní, i ze stránky vztahové. „Informace, znalosti a rady do praxe, i pocit, že se na něj mohu kdykoli spolehnout“ (P14).

Na otázku, zda něco informanty během AP motivovalo, byly odpovědi různé. Informanty P8, P9 a P12 nic nemotivovalo. „Asi nic, prostě jsem si tím musel projít“ (P9). Informanta P10 motivovalo finanční ohodnocení jako jediného z dotazovaných. Informanty P13 a P11 motivoval jejich vlastní cíl, udělat co nejméně možných chyb, mít co nejméně nedostatků a zdokonalit se ve výkonech, ve kterých si nebyli jistí. Informant P4 zmínil v odpovědi prostředí a moderní vybavení a P7 úroveň pracoviště. „Skvělý pracovní kolektiv, příjemné nové prostředí, moderní vybavení nemocnice a charakter práce“ (P4).

Dva informanty P1 a P3 motivovali ostatní kolegové a jejich kvalitně odváděná práce. „Motivovalo mě několik kolegyň na oddělení. Chtěla jsem být stejně tak dobrá jako ony“ (P1). „Motivovalo mě vidět svoje kolegy, jak dobře a kvalitně zvládají svou práci a chtěl jsem jí zvládat zrovna tak“ (P3).

Informanty P2, P5 a P6 motivoval školitel, i když každého jiným způsobem. „Motivovalo mě to, že jsem věděla, že mě čeká zkoušení od školitele, proto jsem chtěla být co nejvíce připravená. Také mě motivovalo to, že chci být jednou na stejné úrovni jako moje školitelka“ (P2). „Hlavně můj školitel, ale i ostatní kolegové“ (P5). „Motivovaly mě schopnosti a rychlost práce mé školitelky, byla mi dobrým vzorem“ (P6).

Podkategorie silné stránky

Jako silnou stránku adaptačního procesu nejvíce dotazovaných vidělo ve svém školiteli, a to P2, P3, P5, P10 a P12. „Detailní proškolení od mé školitelky opravdu ve všech oblastech intenzivní péče, se kterými bych se mohl na pracovišti setkat“ (P3). „Školitel

z kolektivu, který má dostatek zkušeností a dokáže si poradit s čímkoli s velkou trpělivostí“ (P5).

Informant P1 viděl silnou stránku v délce adaptačního procesu a v tom, že za nového pracovníka během AP někdo zodpovídá. P4 a P14 viděli jako silnou stránku kladný přístup od celého týmu. *„Vstřícnost personálu i managementu našeho oddělení“ (P4).* Informanti P6, P8 a P13 viděli silnou stránku AP v učení se samostatnosti. Silné stránky nedokázali vyjmenovat informanti P7, P9 a P11.

Kategorie vztahy a kolektiv

V této kategorii se zaměřujeme na začlenění nového člena týmu do kolektivu, a také na to, zda tomu AP pomáhá. Na to, jak kolektiv působí na nového člena v rámci AP. Na vztah mezi školitelem a novým pracovníkem a na možnost ptát se jiných členů týmu.

U otázky, zda AP pomohl se začleněním do kolektivu, mohu informanty rozdělit na dvě skupiny. Ti, kterým AP se začleněním do kolektivu pomohl a ty, kterým nepomohl. Přesně sedmi informantům AP pomohl k začlenění do kolektivu a to P2, P4 – P8 a P14. *„Ano, hned na počátku AP jsem byl představen ostatnímu personálu našeho oddělení“ (P4).* *„Má školitelka brala začlenění do kolektivu jako jednu ze součástí AP, proto ano. Se všemi mě seznámila a pomohla mi seznámit se s kolegy i mimo pracovní prostředí“ (P6).*

Druhé polovině informantů P1, P3 a P9 – P13 AP se začleněním nepomohl. *„To, jak se každý začlení do kolektivu, záleží na charakteru a povaze daného člověka“ (P1).* *„Neřekla bych, že se AP nějak výrazně podílel na mém začlenění do kolektivu“ (P10).* *„Nemyslím si, že by na to měl AP nějaký vliv“ (P12).* *„Asi moc ne, kolektiv jsem znal už z předchozího působení na oddělení v jiné pozici“ (P3).*

Celkem na 11 informantů z celkového počtu 14 dotazovaných působil kolektiv během AP kladně. Přesně na P2 – P9, P11, P13 a P14. *„Sympaticky, povětšinou vyrovnaně a dynamicky. To trvá asi dodnes“ (P3).* *„Tým profesionálů, kteří vždy vědí, co dělají. Sebe i svou rodinu bych jim s důvěrou svěřila do péče, což je pro mne nejdůležitější. Dělají svojí práci nejlépe, jak mohou“ (P5).* *„V celku klidně, přátelsky, postupem času se samozřejmě začaly objevovat určité povahy lidí, které jsem nejdříve nepoznal, ale to je tak asi všude. S někým se pracuje hůř a s někým lépe, záleží na osobnosti člověka“ (P13).*

Na tři informanty působil kolektiv negativně. „*Než jsem na oddělení nastoupila, slýchávala jsem různé typy pomluv, že tohle je nejhorší oddělení v celé nemocnici právě kvůli kolektivu. S tímto rizikem jsem na oddělení nastupovala, a tak jsem byla připravená na vše. Když si vzpomenu, začátky byly těžké, co se kolektivu týče. Ne s každým si sednete. Jsem ale toho názoru, že do práce se chodí pracovat, nikoliv řešit osobní problémy. Jsou sestry, se kterými si rozumím po osobní stránce a pak sestry, se kterými si nemám co říci“ (P1). „*Uzavřeně, z počátku bylo těžké se do něj začlenit“ (P10). „Na oddělení jsme rozděleni do skupin a právě ta skupina, do které jsem nastupovala na oddělení, na mě působila jako nepřístupná pro nové pracovníky a necítila jsem se v ní vůbec dobře“ (P12).**

Všichni informanti P1 – P14 měli možnost ptát se jiných členů týmu na cokoli ohledně výkonu práce. Pokud to bylo potřeba, anebo pokud nebyl přítomen školitel v dané směně. „*Samozřejmě měla a dělala jsem to poměrně často, zejména když jsem neměla společnou směnu se svojí školitelkou“ (P1). „Ano, svých kolegů, lékařů, vlastně kohokoli, všichni byli vždy ochotní“ (P5). „Ano, pokud nebylo možné ptát se mé školitelky, vždy mi ochotně poradila některá z vedoucích sester směny nebo i sestra staniční“ (P6).*

Většina dotazovaných informantů (P1, P4 – P8, P10 – P13) si chválila vztah, který měli se školitelem během AP, spíše kamarádský. „*Měla jsem opravdu štěstí, jakou jsem dostala školitelku. Byla hodná, milá, zkušená a vše mi vždy odborně vysvětlila“ (P1). „Dodnes skvělý, přátelský a kamarádský“ (P4).*

Vztah se školitelem měli respondenti P2 a P14 přátelský, ale zároveň s určitým respektem. „*Ze své školitelky jsem měla určitý respekt, ale věděla jsem, že mě vždy podrží“ (P2). „Nejdříve se udržoval vzájemný respekt a postupně se stal vztah přátelským“ (P14). Informant P3 měl v průběhu celého adaptačního procesu ke školiteli spíše respekt, ale nyní po ukončení AP mají vztah přátelský. Jako ojedinělý případ odpovědi od dotazovaných byla odpověď od P9, kdy jejich vztah byl z počátku velice dobrý, ale postupně se to změnilo až ve vzájemnou nesnášenlivost.*

Kategorie náročné situace

Náročné situace jsou kategorií zaměřující se na stresující a nejvíce náročné činnosti s možnostmi, jak pomoci k jejich lepšímu zvládnutí.

Pro informanta P9, jako jediného ze všech dotazovaných, nebyly žádné činnosti stresující. Pro informanta P7 bylo nejvíce stresující nové prostředí. Pro P10 bylo nejvíce stresující to, že na něj školitel, ani nikdo další, neměl čas. Jako náročnou situaci uvedl informant P2 a P12 strach z nového a neznámého, k čemuž informant P12 ještě dodal kolektiv a celkovou atmosféru. *„Na začátku to byl strach z neznámého, poté obavy z asistence doktorům při výkonech, které se nedělaly tak často, z čehož jsem byla vždy nervózní a dělala jsem zbytečné chyby. Také příjem pacienta z operačního sálu pro mne byl stres, anebo když se pacientův stav začal náhle zhoršovat“* (P2).

Odpovědi od P8 a P14 se týkaly výkonů, které ještě nedělali anebo situace, ve kterých se ještě neocitli. Naopak pro informanta P13 bylo nejvíce stresující vyvarovat se chybám. *„Snažit se vyvarovat se chybám, ale zároveň z každé, která nastala, jsem si chtěl odnést poučení“* (P13).

Pro jediného informanta ze všech dotazovaných, co prošli adaptačním procesem, byla nejvíce stresující situace s pandemií Covid-19. *„Improvizace v rozložení lůžek, materiální vybavení, nedostatek jednorázových ochranných pomůcek, velké vytížení oddělení a další záležitosti spojené s pandemií“* (P4).

Dotazovaní P3 a P11 se v odpovědi shodli a jako náročné situace či činnosti označili organizaci práce a náročnost vše zvládnout v co nejrychlejším čase, ale kvalitně. Informant P11 ještě dodal jako náročné stíhat práci manuální u třech pacientů najednou a zároveň vše řádně zapisovat do dokumentace. Naopak P3 dodal zodpovědnost, a také velké množství informací, které bylo a stále je potřeba znát. Již zmíněnou zodpovědnost zařadili do svých odpovědí i další informanti, a to P1, P5 a P6. *„Chvilé, kdy jsem měla na starost pacienta sama bez své školitelky na blízku, a tak jsem se musela spolehnout pouze sama na sebe a nést tak obrovskou zodpovědnost“* (P5).

Informanti P2, P4, P5, P10 a P12 – P14 při dotazu, jaká činnost trvala nejdéle, než se ji naučili, určili činnost jako je práce s hemodialýzou, s plicními ventilátory, organizace práce, vedení dokumentace, napojení pacienta na monitoraci po příjezdu z operačního

sálu, práce s PICCO (Pulse Contour Cardiac Output) a akutní objednávání krevních konzerv.

Ostatní dotazovaní k otázce, co trvalo nejdéle, než se naučili, zvolili obecnější odpověď. „*Chod oddělení, dokumentaci či ošetrovatelské postupy pochopí člověk rychle, ale více odborné výkony, které nás nikdo ve škole neučil a poprvé jsem je viděla v praxi v intenzivní péči, mně osobně trvaly v rámci AP nejdéle, než jsem se je naučila*“ (P1). Ostatní se svými odpověďmi k této přibližovali. „*Nejdéle mi trvaly výkony, které se na oddělení neprovádějí často, avšak jsou nezbytnou součástí*“ (P8).

Informant P11 uvedl, jako činnost nejdéle trvající k naučení, celkově péči o kritického pacienta. „*Příprava pomůcek k jednotlivým aseptickým výkonům, které se neprovádějí moc často. Dlouho jsem se musel koukat do sepsaného seznamu věcí, které jsou k výkonu potřebné*“ (P3). Informant P6 k méně často vykonávaným výkonům dále přiřadil organizaci práce, a to tak, aby byla zvládnuta kvalitně, ale v co nejrychlejším čase. „*Příprava pomůcek a asistence u komplikovanějších invazivních výkonů*“ (P7). „*Činnosti a obsluha přístrojů, které se na oddělení neobjevovali příliš často*“ (P9).

Pro lepší zvládnutí náročných situací může pomoci školitel dle P2 a P4. K této odpovědi se přiklání i informant P10, který uvedl: „*Aby se novým pracovníkům někdo intenzivně věnoval delší dobu*“ (P10). Dva informanti P12 a P14 by pro možné zjednodušení náročných situací zvolili vytvoření vhodných teoretických materiálů s jednotnými postupy či návody k AP. K tomu dále informant P12 doplnil jako důležité mít pracovní tým, který spolupracuje.

Čtyři informanti P3, P5, P11 a P13 by častěji opakovali činnosti, které trvaly dlouho, než se naučili. „*Častější provádění takových činností, které se ovšem velmi špatně plánuje*“ (P3). Informant P7 by jako pomoc zvolil dostatek času a domácí přípravu. K dostatku času a možnosti se nějakým způsobem učit doma, se přiklonil i informant P1. „*Menší únava. Je běžné mít několik přesčasů každý měsíc, a tak potom nezbývá dostatek energie se ještě do práce připravovat doma. Další věc, která by jistě pomohla, by byl dobrý kolektiv. Ne vždy byla ideálně sestavená směna a musela jsem poslouchat komentáře typu, že já jsem mladá a tudíž nemohu být unavená a že si tím musel každý projít. To mi nepřijde vhodné*“ (P1).

Informanti P6 a P9 by jako pomoc volili možnost vyzkoušet si tyto činnosti či situace předem a pod dohledem. „Zkusit si je v klidu pod dobrým vedením“ (P9). Informant P8 nedokázal navrhnout možnou pomoc pro zvládnutí náročných situací či činností.

Kategorie ovlivňující vlivy

Tato kategorie se zaměřuje na možné ovlivnění AP.

Pandemie Covid-19 neovlivnila AP devíti informantům (P1 – P3, P6, P7, P9 – P11, P14). Naopak informantům P4, P5, P8, P12 a P13 ho ovlivnila. „Ano ovlivnila. Bylo potřeba se naučit vše co nejrychleji a díky personální krizi jsem neměl sestru školitelku neustále k dispozici“ (P4). „Ovlivnila semináře spadající do AP, které nebylo možné realizovat v plánovaném počtu osob“ (P5). „Z našeho oddělení se od počátku pandemie stala Covid JIP, a tak se můj AP prodloužil. Celkově nebylo dostatek prostoru na školení během stavu, co se odehrával v nemocnici“ (P12).

Podkategorie ohrožení průběhu

Informanti P5 a P13 uvedli, že nevědí, co dalšího by mohlo AP ohrožovat. Informanti P7, P8, P10, P12 a P14 jako největší ohrožení AP vidí nepřijetí do kolektivu či nepříjemný kolektiv nebo neochota spolupracovníků. Dotazovaní P1, P2 a P4 vidí jako největší možné ovlivnění nedostatkem personálu. „AP ovlivňuje vyčerpání oddělení, přesčas z důvodu personálních nedostatků a následná únava. Mnohokrát jsem potřebovala od školitelky něco vysvětlit, ale ani jedna z nás na to již neměla dostatek sil“ (P1). „Obecně personální nedostatky na oddělení, což je bohužel si myslím všude“ (P4).

Jako ohrožení průběhu vidí informanti P3, P6 a P11 dlouhodobou nepřítomnost školitele ve směnách nového člena týmu. P6 to popsala jako možnou pracovní neschopnost jak školitele, tak i svojí. „AP ohrožuje to, pokud není školitel dlouhodobě přítomný ve směnách společně s pracovníkem, kterého školí, a také pokud se školitelé novému pracovníkovi v průběhu AP mění“ (P3). P9 jako jediný dotazovaný uvedl jako možné ohrožení AP, nedůvěru mezi školitelem a proškoleným.

Kategorie negativa

Kategorie negativa se zabývá tím, co je potřeba v AP zlepšit, co chybí, a také slabými stránkami AP.

Během AP nic nechybělo šesti dotazovaným (P3 – P5, P7, P8, P11). Systematičnost a kvalitní školitel chyběl v AP informantovi P9 a intenzivnější školení chybělo u AP P12. Informantům P1, P2 a P14 chyběly studijní materiály určené pro AP na daném oddělení. „*Studijní materiály se specifickou péče na daném oddělení, ze kterých by byla možnost během AP čerpat*“ (P2). „*Nějaká dokumentace, respektive studijní materiály, kam by byla možnost nahlédnout na postupy k určitým výkonům*“ (P14).

Více stráveného času se svým školitelem chybělo respondentům P6, P10 a P13. „*Chybělo mi více společných směn se svojí školitelkou*“ (P6).

Podkategorie možné zlepšení

Informanti P3 - P5, P7, P8, P11 - P13 by nic na AP nezlepšovali. „*Školitelka se mi věnovala vždy, když jsem to potřeboval. Nic bych nezlepšoval*“ (P3). „*Se svým zaškolením v rámci oddělení jsem byla velice spokojená*“ (P5). „*V současné době pandemie nelze zlepšit nic*“ (P13).

Další skupinou odpovědí od dotazovaných P1, P6, P10 a P14 jsou odpovědi zaměřující se ke změně ze strany školitele. Informanti by jako možné zlepšení viděli více věnovaného času do AP od školitele. P6 by v AP chtěl více společných směn se svým školitelem a P10 by jako zlepšení zvolil, aby k jednomu nově nastupujícímu byl opravdu jeden školitel, který se mu bude věnovat.

„*Čas a intenzita, kterou věnuje školitelka tomu, koho zaučuje. Na JIP je opravdu mnoho věcí co se musí nově nastupující naučit. Praxe v rámci studia byly sice nejužitečnější z celého studia, ale i přes to je pak práce na JIP jiná, než si student představuje. Po nástupu do zaměstnání po studiu si člověk uvědomí, jakou má zodpovědnost, jaký je to stres a jak velké riziko. I přes tohle si myslím, že AP by mohl trvat místo jednoho roku pouze 6 měsíců, ale s opravdu intenzivním a kvalitním zaučováním. Tak, aby nově nastupující měl na starost jednoho pacienta a školitelka by byla na směně navíc a kontrolovala práci, popřípadě by mohla rovnou zjišťovat vědomosti nového pracovníka nějakým zkoušením*“ (P1).

Informant P2 by jako zlepšení viděl možnost prostudování si nějakého studijního materiálu ještě před nástupem na dané oddělení do AP. Poslední dotazovaný, kterého zde zmíníme je P9, který měl jasnou a okamžitou odpověď, a který se svým adaptačním procesem jednoznačně nebyl spokojen.

Na otázku, co by se podle Vás mohlo na AP zlepšit, zněla odpověď: „*Vše! Měl by být lépe promyšlený a mít nějakou systematičnost, alespoň trochu. Mohly by být zpracované nějaké materiály jako brožura, zápisky, vlastně cokoli, co by provedlo nového zaměstnance novým oddělením a dalo mu potřebné informace. Vytvořené studijní materiály, alespoň k základním přístrojům a činnostem prováděných na oddělení a nemyslím tím dlouhé standardy ošetrovatelské péče. V neposlední řadě by měl být v AP kvalitní školitel, který chce školit a skutečně věcem rozumí*“ (P9).

Podkategorie slabé stránky

Jako slabou stránku AP, kterou viděli informanti P2, P10, P12 – P14 byl nedostatek času a prostoru na školení. K tomu ještě informant P14 přidal jako slabou stránku chybějící studijní materiály k AP. „*Některé z výkonů, provádějících se na oddělení, bych si během AP potřebovala vyzkoušet vícekrát pod dohledem své školitelky, to ale nebylo možné z důvodu vytíženosti oddělení a nedostatku času a prostoru na školení*“ (P2). „*Málo prostoru a času na kvalitní školení*“ (P13).

Informant P9, jako slabou stránku, určil opět chybějící systematičnost a nevhodného školitele. Informant P5, jako slabou stránku, uvedl hromadné semináře pro všechny absolventy.

Jediný informant P1 se na slabé stránky AP podíval z pohledu školitele. „*Jako slabou stránku AP vidím to, že školení nových zaměstnanců není zřejmě dostatečně nebo vůbec placené a myslím, že by být mělo. Školitel má velkou zodpovědnost a více práce, i možného stresu s případným kontrolováním zaučovaného*“ (P1). Informant P6, jako slabou stránku AP, určil pozdní informaci o ukončení AP, tedy o závěrečné zkoušce AP.

Kategorie hodnocení

Hodnocení AP společně se školitelem, staniční i vrchní sestrou probíhalo u informanta P10. U P5 hodnocení AP probíhalo navíc i s hlavní sestrou. U P1, P9 a P13 probíhalo hodnocení bez školitele společně se staniční a vrchní sestrou. „*Hodnocení probíhalo bez školitele se staniční a vrchní sestrou*“ (P9).

Podle informantů P2 - P4, P6 - P8, P12 a P14 proběhlo hodnocení AP společně se školitelem, staniční a vrchní sestrou až při ukončení AP. „*Průběžné hodnocení probíhalo se školitelkou v průběhu AP. Hodnocení se školitelkou, staniční a vrchní sestrou proběhlo až při ukončení AP*“ (P6). U informanta P11 probíhalo průběžné hodnocení se staniční sestrou.

AP byl ukončen závěrečnou prací a ústním obhájením, dle informanta P5. Pohovorem se staniční sestrou ukončil AP P11 a pohovorem s vrchní sestrou P10. Pohovorem se staniční i vrchní sestrou jej ukončil P9. Formou rekapitulace a zhodnocení AP se staniční a vrchní sestrou, včetně podepsání formuláře o ukončení AP, ukončil AP informant P4. Formou zhodnocení byl AP také ukončen u informanta P14.

Ostatní informanti (P1 – P3, P6, P8, P12, P13) své ukončení AP popsali jako určité zkoušení. Zkoušení probíhalo se staniční a vrchní sestrou a u některých z informantů i společně se školitelem. „*Schůzkou se staniční a vrchní sestrou, které mě teoreticky přezkoušely*“ (P2). „*Ústní zkouškou vedenou vrchní a staniční sestrou za přítomnosti školitelky*“ (P12).

Informanti P1, P3 a P8 museli ještě k ústnímu přezkoušení vytvořit pro ukončení AP ošetrovatelský proces o pacienta na oddělení, který museli odevzdat vrchní sestře. „*AP byl ukončen ústním přezkoušením v předem stanoveném termínu. Přítomna byla školitelka, staniční a vrchní sestra. Také jsem musela odevzdat ošetrovatelský proces*“ (P1). Informant P7 měl jako ukončení AP, mimo ústní zkoušku s vedením, ještě test a praktickou zkoušku z kardiopulmonální resuscitace (KPR).

5 Diskuze

Diplomová práce se zabývá adaptačním procesem sester na jednotkách intenzivní péče právě z jejich pohledu. Adaptační proces se dotýká každé z všeobecných sester při nástupu do jakéhokoli zaměstnání a nemusí se jednat pouze o jednotku intenzivní péče. Adaptační proces je důležitý pro všechny nově nastupující všeobecné sestry a zejména pro ty, které nastupují na jednotku intenzivní péče po studiu, po delší pracovní pauze mimo zdravotnictví či při nástupu z oddělení jiného charakteru.

Podle metodického pokynu pro realizaci a ukončení adaptačního procesu musí nelékařský zdravotnický pracovník absolvovat adaptační proces, pokud nastupuje do zaměstnání po získání odborné způsobilosti podle zákona č. 96/2004 Sb., pokud přerušil výkon povolání na delší dobu než dva roky, anebo pokud přechází na oddělení jiného charakteru.

Pro diplomovou práci zabývající se adaptačním procesem jsme zvolili AP na jednotce intenzivní péče z důvodu obtížnosti tamního AP a celkově náročnosti nástupu na tento druh oddělení.

V teoretické části popisujeme intenzivní péči i samotný adaptační proces a v praktické části diplomové práce se věnujeme AP z pohledu školitelů na JIP a z pohledu pracovníků krátce po jeho absolvování na JIP.

V praktické části byly provedeny rozhovory se školiteli a s pracovníky krátce po absolvování AP. Při výzkumném šetření a následné analýze dat bylo zjištěno, že všichni školitelé mají po ukončení vysokoškolského či vyššího odborného studia praxi ve zdravotnictví v minimální délce šest let. Praxi na intenzivní péči mají školitelé na základě zjištěných dat také minimálně šest let.

Pracovníci krátce po absolvování AP mají krátkou praxi ve zdravotnictví po ukončení vysokoškolského či vyššího odborného studia a také krátkou praxi v intenzivní péči, obojí v maximální délce dva roky. To poukazuje na fakt, že všichni informanti ze skupiny pracovníků po AP nastupovali do zaměstnání přímo po studiu a rovnou na pracoviště intenzivní péče.

Do rozhovorů se zapojilo celkem šest školitelů a čtrnáct pracovníků krátce po absolvování AP.

V první řadě je potřeba poukázat na výsledky otázky ohledně mentorského kurzu, ve které se jak u školitelů, tak u proškolených zjišťovalo, zda má školitel absolvovaný mentorský kurz. Pouze jeden z šesti školitelů má absolvovaný mentorský kurz, a to z roku 2015 v rámci navazujícího magisterského studia s názvem Mentor odborné praxe. Ostatní školitelé mentorský kurz nemají a někteří ani nevědí o žádné možnosti tento kurz absolvovat.

Otázka pro pracovníky po AP směřovala na jejich školitele, respektive na to, zda vědí, jestli jejich školitel měl absolvovaný mentorský kurz. Na tuto otázku odpovědělo šest informantů, že ne a šest informantů, že ano. Dva respondenti se svojí odpovědí od ostatních lišili. Jeden informant uvedl, že neví a druhý, že mentorský kurz měl absolvovaný pouze hlavní školitel a ne přímo jeho školitel.

Dle Lazarové (2011) je mentoring jedním z nejstarších modelů pro lidský rozvoj. Z profesionálního hlediska označuje odborné, kolegiální a moudré vedení k učení se v profesi a celkově k profesionálnímu růstu.

Právě adaptační proces je nástrojem, jak začít s profesním růstem, a proto si myslím, že by k němu školitelé měli napomoci. Školitel by měl vědět o podstatách mentoringu. Pro zkvalitnění AP na pracovištích bych viděla jako žádoucí, aby školitelé měli absolvovaný mentorský kurz, anebo jakékoli školení právě ohledně mentoringu. Pokud by jednu z variant nabízel zaměstnavatel, bylo by to ideální.

Dále se budeme věnovat postupně kategoriím z praktické části diplomové práce. Jako první zde zmíníme kategorii s názvem dokumentace. Tato kategorie se věnovala dokumentaci a výukovým materiálům. Všichni školitelé uvedli, že oficiální dokumentaci k AP mají a záznam do ní provádí právě oni. Tak uvedli i téměř všichni pracovníci po AP. Názory školitelů na tuto dokumentaci se neprojeví jako významné, kdežto dva názory od proškolených byly vůči této dokumentaci negativní. Objevil se názor, že tato dokumentace není vhodná a neobsahuje potřebné okruhy, které by obsahovat měla. Další názor vypovídal o tom, že zřejmě tato dokumentace nebyla potřeba, a to proto, že žádný záznam v průběhu AP do ní nebyl prováděn.

Jak uvádí Skřivanová (2016) ve své diplomové práci, právě školitelka je zodpovědná za zápis do dokumentace a s tímto faktem souhlasím. Pokud tedy záznam do dokumentace nebyl prováděn průběžně, naznačuje to určitou nevýznamnost dokumentace k AP, a to

by bylo potřeba změnit. Jak uvedl jeden z informantů, dokumentace obsahuje nevhodná témata, to bych viděla, jako možnost pro zlepšení a také jako jeden z možných důvodů proč se dokumentace v AP nevyužívá a nepostupuje se podle témat v ní uvedených.

V této kategorii jsme se věnovali také výukovým materiálům vytvořeným pro AP. Od všech informantů, jak od školitelů, tak od proškolených se názor nijak významně nelišil. Všichni z informantů se přikláněli k názoru, že je potřeba mít vhodné výukové materiály vytvořené pro adaptační proces, kterých by se nově nastupující členové týmu mohli držet a postupovat podle nich.

Jelikož jsem si i já sama osobně vyzkoušela průběh AP na pracovišti intenzivní péče tak vím, jak je důležité mít možnost nahlédnout do výukových materiálů a držet se určitých postupů vhodných k daným výkonům na určitém pracovišti. Cahová (2017) ve výzkumu diplomové práce uvádí, že respondenti studijní materiály k AP hodnotí jako velmi dobrou pomůcku.

O délce, průběhu, ale i o podrobnostech by měl být nově nastupující informován ještě před začátkem AP, anebo v jeho začátku. Na základě odpovědí od informantů mohu říci, že informace jsou novému pracovníkovi předávány před začátkem AP od vedoucích pracovníků, anebo v rámci prvního setkání školitele a nového člena týmu, viz kategorie délka a průběh. Informanti na podání informací o AP měli kladný názor.

Délka AP dle informantů po absolvování AP je různá a je zřejmé, že záleží na náročnosti daného oddělení. Školitelé s délkou AP na jejich oddělení souhlasí, ale někteří uvažují nad možným zkrácením z důvodu toho, aby si nový pracovník dříve uvědomil, jak velkou má zodpovědnost, viz kategorie délka a průběh. Zodpovědnost je největší změna mezi studijní praxí a následným nástupem do zaměstnání, jak také uvedli informanti. Dle Burešové (2014) a jejího výzkumu v diplomové práci je průběh přechodu ze studia do praxe náročný.

Nově nastupujícímu je dle výpovědí informantů přidělen školitel, viz podkategorie průběh. Z počátku je potřeba aby měl školitel nad nově nastupujícím dohled, a tak je vhodné, aby pečovali nějakou dobu o jednoho pacienta společně. To se ale na základě výpovědí děje velmi krátce nebo vůbec. Dál se dle odpovědí informantů také stává, že školitel nemá společné služby s proškoleným a z toho vyplývá, že se nový pracovník

spoléhá na ostatní členy týmu, kterých se dle odpovědí informantů může kdykoli na cokoli potřebného doptávat.

K tomuto se objevil negativní názor z pohledu školitele, a to v tom, že je potřeba, aby byl AP vedený postupně od dané školitelky. Toto může zásah jiných členů týmu ohrozit. Domnívám se, že je důležité postupovat od jednoduchého ke složitějšímu jak je zřejmé z Bloomovy taxonomie. Dle Rosse (2017) Bloomova taxonomie napomáhá k plnění vzdělávacích cílů. Dle této taxonomie se postupuje od jednoduchého po složitější a od konkrétního po abstraktní, viz příloha C. Dle mého názoru je správné držet se takového postupu právě v AP.

Na přínos od školitelky mají obě skupiny informantů stejný a z výpovědí, dá se říci, kladný názor. Nejvíce zmiňované byly praktické a teoretické znalosti či dovednosti. Dále také jistota, opora, důvěra, zodpovědnost, klidný vstup na pracoviště a pomoc se začleněním do kolektivu, viz kategorie pozitiva a motivace.

Dle odpovědí se většina školitelů snaží motivovat pracovníky během AP. Dle mého názoru je toto správně. Motivace zazněla jako jedna z důležitých součástí AP také ve výzkumu Jaluvkové (2015). Výpovědi od informantů ze skupiny pracovníků po AP se neshodovaly s výpověďmi od školitelů, kteří tvrdili, že se snaží pracovníky během AP motivovat. Minimum proškolených motivoval školitel. Tento názor beru jako negativní. Domnívám se, že nejen vedoucí pracovníci, kolektiv, prostředí či finanční ohodnocení by měli motivovat nového zaměstnance, zejména by to měl být také školitel.

K motivaci a celkovému vstupu na pracoviště přispívá také celkový kolektiv pracoviště, a to jak na pracovníka působí jak během adaptace, tak po ní. K začlenění do kolektivu dle školitelů AP příliš nepomáhá. Tento názor nevyvrátily ani nepotvrdily výpovědi od pracovníků po AP, kteří se v odpovědi rozdělili přímo na dvě poloviny. Polovina odpovědí se přiklání k tomu, že AP se začleněním do kolektivu pomáhá a druhá polovina má stejný názor jako školitelé.

To jak kolektiv působí na nového pracovníka v průběhu AP, považuji za důležité. Tomu také nasvědčuje jeden z výsledků, který vyšel z výzkumu Donutilové (2016), kdy sestry vnímaly AP pozitivně, pokud byl personál vstřícný. Naopak AP byl vnímán negativně, pokud byl kolektiv odmítavý a nevstřícný. Z našeho výzkumného šetření se školiteli

vyplývá, že kolektiv působil spíše negativně. Tomu ale neodpovídají odpovědi od zaškolených, kteří mají převahu v odpovědích kladných vůči kolektivu, viz kategorie vztahy a kolektiv.

Vztah mezi školitelem a novým pracovníkem je hodnocen od obou skupin kladně. Většina respondentů si chválila přátelský vztah s dodržováním potřebného respektu. Kladný vztah nového pracovníka s kolektivem, to jak na něj kolektiv působí, i to jaký má vztah se školitelem, se neobejde bez kvalitní vzájemné komunikace. Bohužel jak uvádí Vévoda et al. (2013) ve své publikaci, komunikace je jedním z nejslabších míst našeho zdravotnictví. Proto vidím jako nutné na tomto v AP pracovat.

Co je pro nového člena týmu během AP nejvíce stresující? Školitelé si myslí, že pro nové pracovníky je stresující velký kolektiv, náročnost práce na JIP, stresové situace v péči o pacienta, velké množství informací, nezačlenění se do kolektivu, anebo také kladené nároky. Mohu říci, že se odpovědi příliš nelišily s těmi od pracovníků po AP. Ti odpověděli: nové prostředí, vyvarování se chybám, výkony, které ještě nedělali, nedostatek věnovaného času ze strany školitele, strach z nového a neznámého a kolektiv s celkovou atmosférou na pracovišti. Pouze jeden z informantů ze skupiny po absolvování AP uvedl, že ho nestresovalo nic. Ve výzkumu Donutilové (2016) je množství informací a interakce s kolektivem též výsledkem týkajícím se problémů a úskalí v AP.

Podle Honzáka (2015) je první rok praxe pro sestru nejkritičtějším obdobím. Uvádí, že je opakem odolného profesionála, tudíž je vysoce citlivou osobou. Jako projev náročného začátku můžou být stresové obtíže, vedoucí až k syndromu vyhoření.

Jako činnosti, které trvaly v učení nejdéle, označili školitelé celkově znalosti, péče a výkony, které se nedělají tak často. Dále pak praktické výkony, vedení dokumentace a zodpovědnost, ta dle výsledků také trvala dlouho, než si jí nový pracovník uvědomoval. Tomu se příliš nevzdalovaly odpovědi od proškolených, kteří uvedli organizaci práce, vedení dokumentace, zodpovědnost a výkony či práce s přístroji, které se na oddělení nevyskytují příliš často, jako například práce s hemodialýzou, viz kategorie náročná situace.

Pro možné zlepšení či zjednodušení těchto situací by školitelé navrhovali vytvoření studijních materiálů. S tím já naprosto souhlasím a mohu z vlastní zkušenosti říci, že mi

v AP velice chyběly. Další návrh, jak náročné situace zjednodušit, byl dostatek času na školení a přípravování se tak na určité situace, k čemuž přiřazuji i další názor, který byl učít se, opakovat si a znát dobře teorii.

Proškolování by jako návrh pro zjednodušení viděli, také zejména vytvoření materiálů. Dále také častější opakování, domácí přípravu, dostatek času věnovaného od školitelky a tým, který spolupracuje. Je zřejmé, že zde zmíněné návrhy jsou opravdu potřeba v AP zrealizovat, neboť je v odpovědích uvedli jak školitelé, tak proškolování, viz kategorie negativa.

Opět se vracíme k významnosti komunikace. Komunikace jako jediná může vést ke zlepšení nějaké z oblastí zmíněných. Bez komunikace se možné nedostatky a návrhy pro zlepšení nebudou moci zrealizovat, protože se nedostanou mezi všechny členy týmu, a tak ani k vedení. Jak uvádí Venglářová et al. (2011), kvalitní týmová komunikace je v týmu základem.

Dle mého názoru zde zmíněná komunikace může ohrožovat průběh AP. Informanti ze skupiny školitelů, jako možné ohrožení uvedli celkově pandemii Covid-19, ostatní zaměstnance, kteří mohou do AP zasahovat, přesčasové hodiny, vzniklou únavu a celkově vše, co může ovlivnit školitele, nadřizené i celý tým. Informanti ze skupiny proškolovaných uvedli též pandemii Covid-19, jako možné ohrožení. Dále také nepřijetí kolektivem, neochotu spolupracovníků, nedostatek personálu, vyčíženost oddělení, nepřítomnost školitelky ve směnách školeného a také nedůvěru mezi školitelem a proškolovaným. Vše zde zmíněné vidím, jako možné a reálné návrhy pro změnu a zlepšení AP.

Všem zde zmíněným oblastem je třeba se věnovat a pracovat na jejich zlepšení či na tom, aby neohrozili AP. Jak uvádí Zítková et al. (2015) a Hekelová (2016), pracovní výkon všech zaměstnanců, nejen těch v AP, ovlivňuje motivace, schopnosti a podmínky, které jsou v organizaci vytvořeny pro práci. Zejména pracovní a organizační podmínky včetně vedení AP a podpory nového pracovníka.

U možného zlepšení ještě zůstaneme a podíváme se na názory informantů ohledně negativ, slabých stránek a následných návrhů co je možné v AP zlepšit. Negativ a toho, co pracovníkům v AP chybělo, bylo opravdu mnoho a jsou to opět některé z již zmiňovaných témat. Odpovědi od školitelů se týkaly nedostatku času stráveného

s proškoleným, a tak nedostatek prostoru na školení, zachování úcty a respektu ke služebně zkušenějším a starším pracovníkům, pokory a úcty k oboru i lidem, nedostatku důvěry v nadřízené a v neposlední řadě materiálů pro AP. Tyto odpovědi potvrdili i pracovníci po AP, kteří navíc ještě uvedli nevhodnou atmosféru v týmu, nedostačující komunikaci od vedení a nedostatečné ohodnocení a motivace školitele.

Jako poslední téma podrobněji zkoumané v praktické části diplomové práce bylo hodnocení AP a také jeho ukončení. Z odpovědí od školitelů je zřejmé, že hodnocení AP se staniční a vrchní sestrou probíhá, ale až při jeho ukončení.

U všech informantů ze skupiny pracovníků po absolvování AP jeho hodnocení probíhalo. U některých informantů v průběhu a u některých až při ukončení. Nejčastěji hodnocení probíhá se staniční i vrchní sestrou až při jeho ukončení, viz kategorie hodnocení. Dle mého názoru je hodnocení potřebné jak v průběhu, tak při ukončení, aby měli vedoucí pracovníci určitou zpětnou vazbu a názory na AP, a tudíž třeba možnost něco zlepšit.

Ukončení AP probíhá zejména ústním přezkoušením od vrchní a staniční sestry za přítomnosti školitele, ale také třeba testem či praktickým přezkoušením, jak uvedli školitelé. Z odpovědí od pracovníků po AP bylo jako ukončení nejčastější ústní přezkoušení od vrchní a staniční sestry, u někoho i za přítomnosti školitele. Dále některý z informantů měl k ústnímu zkoušení ještě test nebo praktické přezkoušení, či vypracování kazuistiky.

Jak uvádí Vrbická (2011), ukončení AP lze dosáhnout postupným splňováním cílů, které byly vytyčeny na začátku celého procesu. Ukončení může probíhat formou pohovoru, přezkoušení či obhajobou práce, jak se nám ve výzkumu také potvrdilo.

Do ukončení AP bych zařadila podrobné hodnocení celého procesu včetně hodnocení školitele. Jako jednu z možností hodnocení bych viděla vytvořený dotazník, ve kterém by rychle a jednoduše pracovník při ukončení zhodnotil celý proces i školitele. Jedna z možností jak AP na daném pracovišti zlepšovat, je dostatečně komunikovat a realizovat hodnocení probíhajících či ukončovaných adaptačních procesů.

Podarilo se nám zjistit názory školitelů, pracovníků po adaptačním procesu a také jsme je mezi sebou porovnali a poukázali na rozdíly v jejich odpovědích. Mohu na základě

výzkumu říci, že se odpovědi často podobaly a doplňovaly od obou skupin informantů, což odpovědi ještě více potvrzuje a přidává na jejich významnosti.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývá adaptačním procesem sester na jednotkách intenzivní péče. Toto téma je velmi diskutované a je zřejmé, že také zůstane. Adaptační proces sester na jednotkách intenzivní péče probíhá neustále. Proto je potřeba ho neustále zdokonalovat.

Cílem práce bylo zmapovat názor všeobecných sester na adaptační proces na jednotkách intenzivní péče a zjistit, jak všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče tento proces vnímají.

Tyto cíle byly splněny, ve výzkumu zjištěny, a také podrobně popsány. Názory na AP a vnímání AP všeobecnými sestrami bylo různé a není možné na základě získaných dat udělat závěr, jestli jsou názory spíše negativní nebo naopak. Získaná data lze využít lépe, než na poměření kladných a záporných názorů. Všechny negativní názory lze využít jako možné oblasti pro zlepšení.

Oblasti pro možné zlepšení jsou zde dále popsány. Jsou jimi mentorské kurzy, kde by bylo potřeba, aby je školitelé absolvovali pro možné zkvalitnění AP. Dokumentace, která by měla obsahovat vhodná témata pro splnění v AP. Výukové materiály vytvořené pro AP, které by měli pracovníci v AP k dispozici. Dostatek prostoru a času na dohled školitele nad novým pracovníkem a možné individuálnější školení. Motivace nejen vedením, ale i celým týmem, zejména školitelem. Stejně důležitá je také motivace školitele, která by měla pocházet od vedoucích pracovníků. Působení kolektivu na nového pracovníka, které by mělo být pozitivní a podporující. Komunikace mezi všemi členy týmu a zejména mezi školitelem, proškoleným a vedením v rámci AP, která je nutná v celém průběhu. Dále je důležité hodnocení AP, které by mělo probíhat nejen při ukončení, ale i v celém jeho průběhu, a to se školitelem i vedoucími pracovníky.

Nejen všechny zde zmíněné oblasti jsou pro AP důležité. Zde zmíněným oblastem, na základě získaných dat v našem výzkumu, je potřeba věnovat zvýšenou pozornost a pracovat na jejich zlepšení tak, aby AP mohl být kvalitnější a přinášel tak nově nastupujícím kvalitnější základ pro budoucí praxi.

Dosažené výsledky výzkumu jsou v praxi využitelné. Výsledky práce, jakožto všechny zde zmíněné oblasti, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost v AP, mohou využít sestry školitelky, pracovníci v AP, i ti po jeho absolvování, jako návrh na možné zlepšení školení nových pracovníků na jakékoli jednotce intenzivní péče.

7 Seznam použité literatury

1. AKUTNĚ: *Základy intenzivní medicíny* [online], 2018 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/index.php?pg=vyukove-materialy&tid=15>
2. ANA, C. C. S. *How to cope with stress on the job*. American Nursing Association, 2014 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/combating-stress/>
3. ARMSTRONG, M., 2011. *Řízení pracovního výkonu v podnikové praxi: cesta k efektivitě a výkonnosti*. Praha: Fragment. Management (Fragment). 400 s. ISBN 978-80-253-1198-1.
4. Ausstattung der Intensivstation: *INTENSIVMEDIZINISCHE APPARATE UND BEHANDLUNGSVERFAHREN* [online]. Nürnberg [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://www.zurueck-ins-leben.de/intensivstation/aufbau-der-intensivstation.html>
5. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 712 s. ISBN 978-80247-4343-1.
6. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 559 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
7. BUREŠOVÁ, J., 2014. *Začínající sestra v intenzivní péči: šok z přechodu do praxe* [online]. Brno [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/tm964/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Knechtová.
8. CAHOVÁ, L., 2017. *Adaptační proces všeobecných sester a zdravotnických asistentů na pracovišti intenzivní medicíny*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.
9. ČESKÁ ASOCIACE MENTORINGU: *Mentoring* [online], 2021. Praha: © Centrum dohody [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <http://www.asociacementoringu.cz/mentoring/>
10. DONUTILOVÁ, H., 2016. *Adaptační proces u všeobecných sester v intenzivní péči* [online]. Brno [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ltpbt/Diplomova_prace_definitiva_kcpvacbo.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

11. ESICM. *What is meant by “intensive” or “critical” care* [online]. © 2017 European Society of Intensive Care Medicine, 2017 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/>
12. GHOSH, R. et al., *Incivility Spiral in Mentoring Relationships: Reconceptualizing Negative Mentoring as Deviant Workplace Behavior* [online] 11 June 2011. [cit. 2021-2-3]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1523422311410639>
13. GROSSMAN, S. C.. *Mentoring in Nursing : A Dynamic and Collaborative Process*, Springer Publishing Company. 2. Vydání, 2013 [cit. 2021-02-23]. ProQuest Ebook Central, Dostupné z: <https://search.proquest.com/legacydocview/EBC/294970?accountid=9646>
14. HEKELOVÁ, Z., *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
15. HEKELOVÁ, Z., *Sestry – manažerky: péče o podřízené a jejich rozvoj*. Florence [online]. 2016, roč. 12, č. 1-2, s. 4–5 [vid. 2020-11-04]. ISSN 2570-4915. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/serialy/sestry-manazerky/sestrymanazerky-pece-o-podrizene-a-jejich-rozvoj/>
16. HONZÁK, R., 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad. 288 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
17. HORVÁTHOVÁ, P., BLÁHA, J., ČOPÍKOVÁ, A., 2016. *Řízení lidských zdrojů: nové trendy*. Praha: Management Press. 428 s. ISBN 978-80-7261-430-1.
18. JALUVKOVÁ, K., 2015. *Adaptační proces v povolání všeobecné sestry* [online]. Olomouc [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: https://theses.cz/id/8mu2oa/Jaluvkova_Klara_Adaptacni_proces_v_povolani_VS.pdf. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
19. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
20. KLOZOVÁ, I., 2019. *Vzdělávání sester v intenzivní péči*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Veronika Kulířová.
21. KOUBEK, J., 2015. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 5., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press. 399 s. ISBN 978-80-7261-288-8.
22. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

23. LAZAROVÁ, B., *MENTORING JAKO FORMA KOLEGIÁLNÍ PODPORY A STRATEGIE DOBRÉ ŠKOLY* [online]. PEDAGOGIKA roč. LX, 2011, 11 [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment_id=907&edmc=907
24. LYČKOVÁ, K., VÁGNEROVÁ, L., *Adaptační proces sester v nemocnici s JCI*. Florence [online]. 2011, roč. 7, č. 9, s. 8–9 [vid. 2020-11-04]. ISSN 2570-4915. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/9/adaptacni-processester-v-nemocnici-s-jci/>
25. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
26. MEYER-RENTZ, M., *Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger: Ein Rahmenkonzept für die Fortbildung von Pflegekräften in Kliniken*. Hamburg, 2015. Diplomarbeit. Hochschule für angewandte wissenschaften Hamburg. Vedoucí práce Prof. Dr. Peter Stratmeyer.
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Metodické doporučení k uskutečňování doškolení po přerušení výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka*. In: Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017, částka 13, s. 93–95. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>
28. MONSTER: *Mentoring, koučink a další metody firemního vzdělávání* [online], 2021. © 2021 Monster Worldwide [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <https://www.monster.cz/rady-a-tipy/clanek/mentoring-koucink-metody-firemniho-vzdelavani>
29. MOUSTAKA, E., CONSTANTINIDIS, T. C. *Sources and effects of work-related stress in nursing*. Health Science Journal, 2010, [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.pdf>
30. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: Sbírka zákonů České republiky. 2010, částka 10, s. 338 – 348. ISSN 1211-1244.

31. PLACHÁ, H., 2009. *Epravo.cz: METODICKÝ POKYN K REALIZACI A UKONČENÍ ADAPTAČNÍHO PROCESU PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY* [online]. Praha [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=69321&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>
32. PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládní*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. Management (Grada). 607 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
33. PLEVOVÁ, I., *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
34. ROSS, P., *Nursing Education Network: The go to for the Nurse Educator* [online]. 2019 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://nursingeducationnetwork.net/2019/04/24/novice-to-expert-constructivism-in-nursing/>
35. ROZSYPAL, H., *Epidemická dětská obrna: základní fakta v historických souvislostech* [online]. 8. 12. 2019 [cit. 2021-2-2]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/zprava19-55.htm>
36. SARAFIS, P., et al. *The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life*. BMC Nursing[online]. 2016, 15(1), [cit. 2018-04-29]. DOI: 10.1186/s12912-016-0178-y. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0178-y>
37. *Stres v povolání zdravotní sestry – nejčastější příčiny a důsledky* [online], proSestru.cz, 24. 11. 2016 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/stres-v-povolani-zdravotni-sestry-nejcastejsi-priciny-a-dusledky-7094>
38. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., ed., c2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. 422 s. ISBN 9788074920660.
39. SKŘIVANOVÁ, E., 2016. *Praktické využití dokumentu „Plán adaptačního procesu všeobecných sester na jednotce intenzivní péče“ v ČR a jeho srovnání s praxí ve Velké Británii* [online]. Praha [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120255999>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Veronika Di Cara.

40. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 144s. ISBN 978-80-247-5711-7.
41. ŠÍN, R., BÖHM, P., KUKAČKA, M., 2014. ČASOPIS PRO NEODKLADNOU LÉKAŘSKOU PÉČI: *Adaptace zdravotnického záchranáře při nástupu do zaměstnání u ZZS Karlovarského kraje. Urgentní medicína*. MEDIPRAX, 17, 6-9. ISSN 1212-1924.
42. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 9788026206446.
43. USLU, Y. et al., *The process of nurse adaptation to robotic surgery: A qualitative study* [online]. Faculty of Health Sciences, NursingDepartment, Acıbadem Mehmet Ali AydınlarUniversity, Istanbul, Turkey. 18 March 2019. [cit. 2021-1-2]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/rcs.1996>
44. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Národní registr intenzivní péče* [online], Praha [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-intenzivni-pece#o-registruintensivstation.html?fbclid=IwAR1vighUEmCBYioauHm1uE66tPIZ3PuuTYim97O-XXx91Gq4fwZDZ6hirWk>
45. VAGNEROVÁ, Z., *Úvod do problematiky intenzivní a resuscitační péče* [online]. 2014 [cit. 2021-5-1]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/56668/VagnerovaZ_PaktickaCast.pdf?seq
46. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
47. VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
48. VENGRÍNOVÁ, J., 2013. *Intenzivní péče z pohledu laické veřejnosti*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Monika Hošťálková.
49. VÉVODA, J., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

50. VODÁK, J., KUCHARČÍKOVÁ, A., 2011. *Efektivní vzdělávání zaměstnanců. 2.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. Management (Grada). 237 s. ISBN 978-80-247-3651-8.
51. VRBICKÁ, L., 2011. *Adaptační proces očima zaměstnanců organizace*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Petr Novotný.
52. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, částka 36, s. 1522 – 1603. ISSN 1211-1244.
53. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, částka 39, s. 1686 – 1730. ISSN 1211-1244.
54. Vyhláška č. 470/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2017, částka 169, s. 5652 – 5662. ISSN 1211-1244.
55. Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2014, částka 110, s. 3146 – 3187. ISSN 1211-1244.
56. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452 – 1479. ISSN 1211-1244.
57. ZACHAROVÁ, E., *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). 474 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
58. ZÍTKOVÁ, M., POKORNÁ, A., MIČUDOVÁ, E., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 165 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

8 Seznam zkratek

JIP – jednotka intenzivní péče, pracoviště intenzivní péče

IMP – intermediální péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AP – adaptační proces

NLZP – nelékařský zdravotnický personál

KPR – kardiopulmonální resuscitace

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Dokumentace AP	23
--------------------------------	----

10 Seznam příloh

Příloha A – Rozhovor školící pracovník

Příloha B – Rozhovor zaměstnance v adaptačním procesu nebo krátce po něm

Příloha C – Bloomova taxonomie

Příloha A – Rozhovor školící pracovník

1. Jak dlouho (počet let) pracujete ve zdravotnictví po ukončení vyššího odborného či vysokoškolského studia?
2. Jak dlouhá je Vaše praxe v oboru intenzivní péče?
3. Máte absolvovaný mentorský kurz, pokud ano, kde jste ho absolvovala?
4. Jak probíhá Vaše první setkání s novým zaměstnancem v rámci adaptačního procesu, informujete nového pracovníka o průběhu a jeho délce?
5. Máte k dispozici na oddělení nějaké výukové materiály k adaptačnímu procesu, které můžete předat školenému pracovníkovi a postupovat podle nich v adaptačním procesu, pokud ano, co obsahují?
6. Máte dokumentaci k adaptačnímu procesu určující témata, které musí nový pracovník zvládnout a naučit se?
7. Probíhá v průběhu adaptačního procesu záznam do této dokumentace, pokud ano, kdo tento záznam provádí?
8. Jak dlouho by podle Vás měl ideálně trvat adaptační proces a jak dlouho trvá na Vašem oddělení?
9. Jak probíhá adaptační proces na Vašem pracovišti?
10. Co by se na adaptačním procesu podle Vás mohlo zlepšit?
11. Jak dlouho máte s novým pracovníkem společného pacienta?
12. Je adaptační proces v nynější době nějak ovlivněn pandemií Covid-19, v případě že ano, jak?
13. Co dalšího má vliv na adaptační proces, respektive co jeho průběh ohrožuje?
14. Probíhalo hodnocení adaptačního procesu společně se zaškoleným pracovníkem i se staniční a vrchní sestrou?
15. Co jste podle Vás novému pracovníkovi v průběhu adaptačního procesu přinesla?
16. Zkoušíte nového pracovníka v průběhu adaptačního procesu?
17. Motivujete nějak nového pracovníka?
18. Pomáhá podle Vás adaptační proces novému pracovníkovi se začleněním do kolektivu a jak?
19. Jak podle Vás na nového člena působil kolektiv?
20. Jaký je nejčastěji Váš vztah s novým pracovníkem, kterého vedete adaptačním procesem?

21. Co si myslíte, že je pro nového pracovníka nejvíce stresující během adaptačního procesu?
22. Jaké činnosti trvají nově nastupujícím nejdéle, než se je naučí či pochopí?
23. Co by pro zvládnutí náročných činností mohlo pomoci?
24. Má nový člen týmu možnost ptát se Vás i jiných členů týmu?
25. Co podle Vás novým členům týmu chybí během adaptačního procesu?
26. Zapojují se nějak do adaptačního procesu i jiní členové týmu kromě Vás jako školitele?
27. Jak je na Vašem pracovišti adaptační proces ukončován?
28. Jaké jsou podle Vás silné stránky adaptačního procesu na Vašem oddělení?
29. Jaké jsou podle Vás slabé stránky adaptačního procesu na Vašem oddělení?

Příloha B - Rozhovor zaměstnance v adaptačním procesu nebo krátce po něm

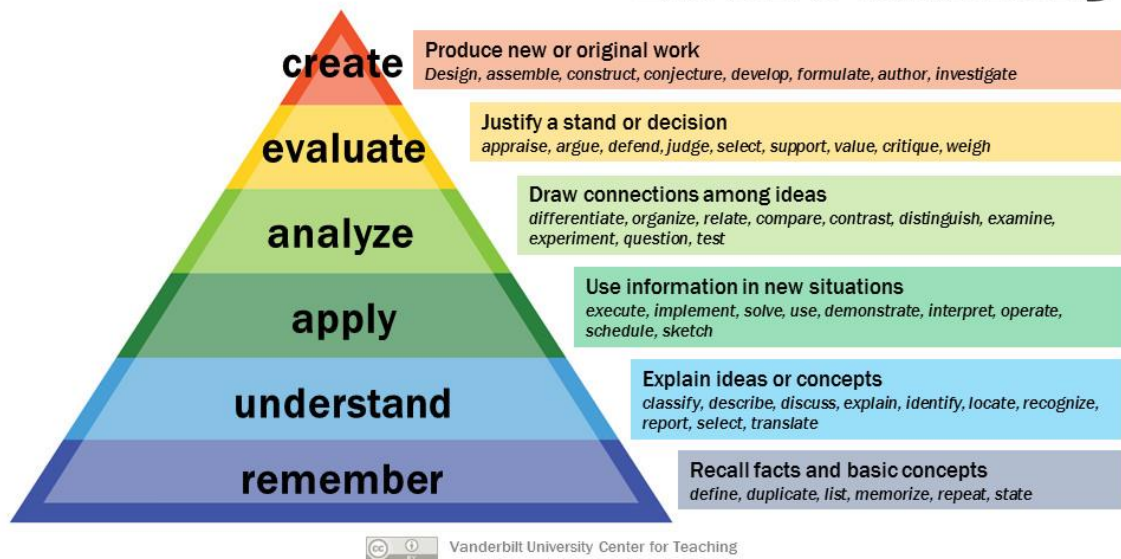
1. Jak dlouho (počet let) pracujete ve zdravotnictví po ukončení vyššího odborného či vysokoškolského studia?
2. Jak dlouhá je Vaše praxe v oboru intenzivní péče?
3. Měla/má školitelka absolvovaný mentorský kurz?
4. Jak probíhalo Vaše první setkání se školitelkou v rámci adaptačního procesu, informovala Vás školitelka o průběhu a jeho délce?
5. Dostal/a jste k adaptačnímu procesu nějaké výukové materiály stanovené pro adaptační proces, pokud ano, co obsahovaly?
6. Dostal/a jste dokumentaci k adaptačnímu procesu určující témata, které musíte zvládnout a naučit se?
7. Probíhal v průběhu adaptace záznam do této dokumentace, pokud ano, kdo záznam prováděl?
8. Jak dlouho trval Váš adaptační proces?
9. Jak probíhal Váš adaptační proces?
10. Co by se mohlo na adaptačním procesu podle Vás zlepšit?
11. Jak dlouho jste měla se školitelkou společného pacienta?
12. Byl adaptační proces ovlivněn pandemií Covid-19, v případě že ano, jak?
13. Co dalšího má vliv na adaptační proces, respektive co jeho průběh ohrožuje?
14. Probíhalo hodnocení adaptačního procesu společně se školitelem, nebo i se staniční a vrchní sestrou?
15. Co Vám školitel v průběhu adaptačního procesu přinesl?
16. Zkoušel Vás školitel v průběhu adaptačního procesu?
17. Motivovalo Vás něco, pokud ano, co?
18. Pomohl Vám adaptační proces se začleněním do pracovního kolektivu a jak?
19. Jak na Vás působil kolektiv?
20. Jaký byl Váš vztah se školitelem?
21. Co pro Vás bylo nejvíce stresující během adaptačního procesu?
22. Jaké činnosti trvaly nejdéle, než jste se je naučil/a či pochopil/a?
23. Co by pro zvládnutí náročných činností mohlo pomoci?
24. Měl/a jste možnost ptát se během adaptačního procesu i jiných členů týmu?
25. Co Vám během adaptačního procesu chybělo?
26. Zapojují se nějak do adaptačního procesu i ostatní členové týmu kromě školitele?

27. Jak byl adaptační proces ukončen?

28. Jaké byly podle Vás silné stránky adaptačního procesu?

29. Jaké byly podle Vás slabé stránky adaptačního procesu?

Bloom's Taxonomy



Zdroj: Ross, 2019