

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Petra Řeháková

**Faktory ovlivňující adaptační proces zdravotnických asistentů  
ve Fakultní nemocnici v Olomouci**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2014

## Anotace diplomové práce

- Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetrovatelství
- Název práce v ČJ: Faktory ovlivňující adaptační proces zdravotnických asistentů ve Fakultní nemocnici v Olomouci
- Název práce v AJ: Factors of health care assistant's adaptation process in Faculty hospital Olomouc
- Příjmení a jméno autora: Řeháková Petra
- Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
- Oponent práce:
- Rozsah: 88 s., 2 přílohy
- Datum zadání: 2013-01-28
- Datum odevzdání: 2014-05-15
- Klíčová slova v ČJ: zdravotnický asistent, adaptační proces, faktory adaptace, pracovní podmínky
- Klíčová slova v AJ: health care assistant, proces of orientation, factors of orientation, work conditions
- Abstrakt v ČJ: Adaptační proces zdravotnických asistentů nastupujících na interní oddělení je složitý a náročný. Klade vysoké nároky nejen na nově nastupujícího zdravotnického asistenta, ale také na školitele a vedoucí pracovníky. Pracovní adaptace v prostředí zdravotnického zařízení je náročná vlastním obsahem práce, rozsahem a množstvím informací, které souvisí s chodem pracoviště a také s prováděním diagnosticko-terapeutických postupů. Proces adaptace nového pracovníka je provázen působením vnějších a vnitřních faktorů, které ho ovlivňují. Diplomová práce si klade za cíl podat přehled o vlivu vybraných faktorů ovlivňujících adaptační proces u zdravotnických asistentů v interních oborech Fakultní nemocnice v Olomouci. Na základě studia teorie managementu a na základě kvalitativního výzkumu byly vstupní informace získány polostrukturovanými rozhovory se zdravotnickými asistenty, kteří prošli procesem adaptace nejdéle před 12 měsíci. Výzkumná část analyzuje názory zdravotnických asistentů na působení vybraných faktorů ovlivňujících

adaptační proces. Z výsledků vyplývá, že subjektivní faktory, jako jsou fyzická a psychická připravenost, pozitivně ovlivňují adaptační proces zdravotnických asistentů. Část objektivních faktorů - pracovní prostředí a interpersonální vztahy v pracovním kolektivu, má ve FNOL pozitivní dopad na adaptační proces. Negativní dopad přináší objektivní faktory hodnocení nových zaměstnanců a jejich odborná připravenost.

Abstrakt v AJ: The adaptation process for medical assistants commencing at the department of Internal Medicine is difficult and complex. It places high demands not only onto the new coming medical assistant but also on to the trainer and the managers. Adaptation to the work at the environment of the health care facility is challenging because of the content of the work, the extent and amount of information related to the workplace operation and also because of implementing the diagnostic-therapeutic procedures. The adaptation process for a new employee is influenced by a scope of external and internal factors. The thesis aims to gain an overview of selected factors affecting the adaptation process for medical assistants in Internal Medicine department at Fakultní nemocnice Olomouc. The input was obtained by semi-structured interviews with medical assistants who went through the adaptation process no later than 12 months ago. The research part of the thesis analyzes the results medical assistants opinions on the effect of selected factors affecting the adaptation process. The results show that subjective factors, such as physical and mental readiness, affect positively the adaptation process of medical assistants. Some of the objective factors – working environment and interpersonal relationships – also have a positive effect on the adaptation process. The negative effect is caused by the objective factors of evaluation and professional readiness.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem uvedené informační zdroje.

V Olomouci dne 15.5.2014

.....  
Bc. Petra Řeháková

Děkuji paní Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla vyjádřit své poděkování rodině, která mi poskytovala oporu, a paní Mgr. Lence Gottwaldové, která mne zastoupila v pracovních povinnostech.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 ADAPTAČNÍ PROCES .....	11
1.1 Role personalisty, mentora a vedoucího pracovníka v adaptačním procesu .....	15
1.2 Faktory adaptačního procesu .....	17
1.2.1 Objektivní faktory adaptačního procesu .....	18
1.2.2 Subjektivní faktory adaptačního procesu .....	29
1.3 Rizika nesprávně vedeného adaptačního procesu nových pracovníků.....	33
2 ADAPTAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	35
3 PROFESE ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT .....	38
4 PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
4.1 Metodika výzkumu .....	40
4.2 Třídění a analýza dat.....	43
4.3 Sumarizace výsledků .....	46
DISKUZE.....	58
ZÁVĚR.....	66
REFERENČNÍ SEZNAM.....	68
SEZNAM ZKRATEK.....	78
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	79
SEZNAM PŘÍLOH .....	80

# ÚVOD

Adaptační proces je děj, ve kterém se jedinec přizpůsobuje měnícímu se sociálnímu prostředí a rozmanitým, zejména profesním (pracovním) situacím (Průcha, Veteška, 2012, s. 16). Studenti oboru zdravotnický asistent procházejí systematickou přípravou na výkon povolání, absolvují řadu hodin praktické klinické výuky na vybraných pracovištích (Česko, 2005). Přesto je pro mnoho absolventů samotný nástup do zaměstnání velkou změnou v jejich životě a nezdědka bývá provázen stresovými situacemi. Objevují nová pracoviště, navazují nové vztahy s kolegy z řad nelékařů a lékařů.

Mladá profese zdravotnického asistenta je spojována s řadou nepochopení a konfliktních situací. Přijetí nového člena do ošetrovatelského týmu se v praxi ukazuje jako nelehký úkol. V roce 2008 se v ČR zdravotničtí asistenti snaží uplatnit jako zcela nový prvek v hierarchii zdravotnických oborů, zaměstnavatelé projevují zájem o jejich zařazení do řad zaměstnanců, ale chybí informovanost o základních podmínkách k výkonu povolání zdravotnického asistenta jak mezi vedoucími pracovníky, tak v pracovních kolektivech. Dlouhodobě přetrvávající nedostatek informací potvrzuje výzkumné šetření mezi vedoucími pracovníky z roku 2012, které prokázalo, že 38 % sester manažerek si není zcela jistých ve výkonech, ke kterým jsou zdravotničtí asistenti kompetentní (Brožová, 2012). Výzkum Trešlové uvádí, že zejména starší sestry, které neabsolvovaly vysokoškolské vzdělání, mají potíže orientovat se v otázce kompetencí všeobecné sestry a zdravotnického asistenta a nerozumí rozdílům. Nastalou situaci vnímají jako degradaci dosavadní odvedené práce a postavení (Trešlová et al., 2010).

Další problémy přináší postup některých zdravotnických zařízení, která pod záminkou znění vyhlášky MZ ČR o minimálním personálním vybavení, vyvíjejí nátlak na všeobecné sestry ke změně pracovní pozice na zdravotnického asistenta s nižším finančním hodnocením. Prezidentka ČAS Dana Jurásková se ohrazuje vůči těmto událostem prohlášením, ve kterém zásadně nesouhlasí s tímto postupem, který je v rozporu se zákonem č. 96/2004 Sb. Podle § 29 tohoto zákona nelze všeobecnou sestru zaměstnat jako zdravotnického asistenta, protože nemá odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta (Jurásková, 2012).

Vztahy v ošetrovatelském týmu se tak namísto sjednocení a sledování společného cíle začínají rozkládat zevnitř. V roce 2008 jedná tehdejší ministr zdravotnictví Tomáš Julínek s prezidentkou ČAS Danou Juráskovou o potřebě navýšení ceny práce sester, posílení jejich kompetencí a o změnách ve vzdělávání. Poukazuje na stále citelnější nedostatek zdravotních

sester v ČR a to zejména v lůžkových zařízeních. Ministr upozorňuje na skutečnost, že předpokladem zahájení studia oboru zdravotnický asistent bylo doplnění chybějících stavů personálu ve zdravotnických zařízeních, ovšem velká část absolventek oboru zdravotnický asistent nadále pokračuje ve studiu v oboru všeobecná sestra, namísto toho, aby pracovala u lůžka pacienta (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008a). V roce 2009 prezentují média názory ministryně MZ ČR Dany Juráskové, která oznamuje, že obor zdravotnického asistenta z roku 2004 nesplnil své cíle. Ministryně přiznává, že samotní zástupci odborné veřejnosti nedokázali vysvětlit povolání zdravotnického asistenta a prosadit ho. V témže rozhovoru však ihned nabízí náhradu v podobě návrhu nového oboru s označením praktická sestra, kterému by náležely větší kompetence než zdravotnickému asistentovi, ale menší než všeobecné sestře (Bezděková M., 2009).

Fakultní nemocnice v Olomouci jako jedno z prvních zdravotnických zařízení přijímá zdravotnické asistenty jako členy ošetrovatelského týmu. Kladný přístup zajišťuje zejména vysoká úroveň spolupráce nemocnice se zdravotnickými vzdělávacími institucemi v olomouckém regionu (Husník, 2006). V roce 2012 prezidentka ČAS Jurásková prohlašuje, že v plánované novelizaci zákona č. 96/2004 Sb. by kategorie zdravotnických asistentů měla být nahrazena ošetrovatelem. A důvody? Posílením kompetencí zdravotnického asistenta by došlo k tomu, že poskytování péče by bylo fixováno jen na tuto profesi. Všeobecná sestra jako nejvzdělanější a tím současně nejdražší člen ošetrovatelského týmu by byla ohrožena. Jurásková nesdílí obavy, co tedy bude se zdravotnickými asistenty, které produkují zdravotnické školy. Uvádí, že v praxi jich je velmi málo, protože většinou dále studují. Zrušení této kategorie pracovníků vnímá jako jediné řešení pro ošetrovatelství (Jurásková, 2012).

Výše uvedené situace tvoří jen zlomek problematických oblastí, které jsou spjaty s pracovní pozicí zdravotnického asistenta a poškozují image mladého oboru a jeho stavovskou čest. Jak se tyto události podílejí na začlenění absolventů do pracovního procesu? Jak se jim daří zapojit se do pracovních kolektivů, jak jsou vnímáni svým pracovním okolím? Tyto otázky mě vedou k myšlence blíže zmapovat první kontakt zdravotnických asistentů s pracovním prostředím, s reakcemi pracovního kolektivu, s jejich pracovním využitím. Každé zdravotnické pracoviště je originál: svým zaměřením, prostorem, pracovními podmínkami, vlivem kolektivu a mnoha dalšími znaky. Proces adaptace sice má nastavena základní pravidla Metodickým pokynem MZ ČR, Fakultní nemocnice Olomouc má tato pravidla dále upřesněna interní normou, přesto nenacházíme dva shodné adaptační procesy.



Cílem diplomové práce je sumarizace poznatků o adaptačním procesu zdravotnických asistentů ve Fakultní nemocnici v Olomouci s využitím kvalitativního výzkumného šetření.

V diplomové práci byly použity bibliografické i elektronické zdroje, které se vztahují k danému tématu. Základní informace byly získány studiem doporučené literatury:

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů*. Praha : Grada, 2007. ISBN: 80-247-1407-3

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN: 80-7013-442-9.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN: 80-7226-996-8.

GROHAR-MURRAY, Mary Ellen — DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. ISBN: 80-247-0267-3.

BEDRNOVÁ, Eva — NOVÝ, Ivan. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. rozšíř. vyd. Praha : Management Press, 2002. ISBN: 80-7261-064-3.

ŠKRLA, Petr — ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha : Advent-Orion, 2003. ISBN: 80-7172-841-1.

K vyhledání teoretických poznatků byla využita rešeršní činnost Vědecké knihovny v Olomouci a samostatné vyhledávání, které se orientovalo na tyto databáze a vyhledávače:

- Bibliografické databáze Medline pomocí programu PubMed,
- Databáze BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca),
- vyhledávače Google pomocí rozšířeného vyhledávání,
- vyhledávače Google Scholar.

Rešeršní strategie:

Vědecká knihovna v Olomouci byla pověřena zpracováním rešerše a současně bylo započato vlastní vyhledávání s těmito klíčovými slovy: zdravotnický asistent, adaptační proces, faktory adaptace, pracovní podmínky. Kritéria pro výběr literatury a článků byla: český, slovenský a anglický a německý jazyk, rok publikování 2003-2013. Bylo dohledáno 164 článků v českém jazyce a 18 článků v anglickém jazyce. Články byly dle jejich vztahu k tématu diplomové práce a aktuálnosti roztrženy, duplicitní texty byly vyřazeny. Následovalo pečlivé prostudování všech dohledaných článků, vybrané informace byly formou parafrází začleněny do jednotlivých kapitol a podkapitol diplomové práce. Ve výše zmiňovaných vyhledávacích

kontinuálně probíhalo vyhledávání příspěvků, článků, knih, absolventských prací, ale i příspěvků v odborném a denním tisku.

Samostatné vyhledávání bylo zaměřeno na doplnění a upřesnění teoretické části práce. První fáze vyhledávání ve vyhledávači Google – rozšířené vyhledávání proběhlo zadáním klíčových slov „adaptační proces a zdravotnický asistent“, „faktory pracovní adaptace“ a „pracovní podmínky a zdravotnický asistent“. Následně bylo dohledáno 1254 odkazů. Z tohoto množství byl použit 1 článek v anglickém jazyce, 3 odkazy na kvalifikační práci, 4 odkazy na právní dokumenty, 28 článků, 3 odkazy na knižní publikace, 2 odkazy na sborník. Při práci s vyhledávačem Google Scholar byla zadávána stejná klíčová slova. Vyhledáno bylo 987 odkazů, použito bylo 13 odkazů.

V další etapě bylo použito databáze BMČ. Byla zadávána klíčová slova stejně jako v předchozích vyhledávačích, bylo využito 12 odkazů na elektronické zdroje, 2 odkazy na sborníky a 7 odkazů na periodika. Následovalo vyhledávání v databázích PubMed a Medline. Po zadání klíčových slov „healthcare asisstant“ bylo nalezeno 1223 plnotextů, po upřesnění „health care asisstant proces orientation“ bylo vybráno 5 plnotextů a 1 abstrakt. Po zadání spojení „health care asisstant and working conditions“ bylo nalezeno 6 plnotextů. Pro použití v diplomové práci vyhovovaly 2 doporučené plnotexty, které vhodně svým obsahem doplňovaly teoretickou část diplomové práce. Další fázi zahrnovalo dohledání odborných článků v odborných periodikách (zejména Sestra a Florence, Kontakt).

V konečné fázi vyhledávací strategie bylo Vědeckou knihovnou v Olomouci vyhledáno celkem 112 článků v českém jazyce a 8 článků v jazyce anglickém. Vlastní rešeršní strategie rozšířila zdroje o 1 článek v anglickém jazyce, 9 kvalifikačních prací, 46 článků a 15 knižních publikací, 7 odkazů v periodikách, 1 odkaz na sborník a 6 odkazů na právní předpisy. Materiály, které se prolínaly s dohledanými odkazy z Vědecké knihovny, byly vyřazeny. V práci byly zařazeny i publikace staršího vydání, vzhledem k jejich stále platnému obsahu. V diplomové práci bylo použito 38 knižních publikací v českém jazyce, 1 publikace v německém jazyce, 20 článků v českém jazyce, 2 články v anglickém jazyce, 12 kvalifikačních prací, 19 elektronických zdrojů v českém jazyce, 3 v anglickém jazyce, 9 legislativních předpisů.

# 1 ADAPTAČNÍ PROCES

Podle Dvořákové znamená řízená adaptace systematickou orientaci a formalizované začlenění nového zaměstnance do kulturního, pracovního a sociálního systému organizace. Jejím účelem je snížit náklady na fluktuaci zaměstnanců, snížit ztráty na produktivitě a zvýšit pracovní spokojenost (Dvořáková, 2007, s. 162). Někteří autoři označují adaptační proces jako orientaci pracovníků. Podle Koubka je proces orientace pracovníků důkladně promyšlený pro jednotlivý typ pracovního místa, každé pracoviště i organizaci. Proces adaptace vyžaduje specifický program adaptačních a vzdělávacích aktivit, které mají usnadnit a urychlit proces seznamování se nových pracovníků (popřípadě pracovníků přecházejících v rámci organizace na jiné pracoviště či pracovní místo) s jejich novými pracovními úkoly, pracovními podmínkami a pracovním a sociálním prostředím, ale také s potřebnými znalostmi a dovednostmi tak, aby jejich pracovní výkon pokud možno co nejdříve dosáhl požadované úrovně. Proces orientace pracovníka má charakter vzdělávání zaměstnance a formování jeho pracovních schopností tak, aby vyhovovaly požadavkům pracovního místa a nového zaměstnavatele (Koubek, 2007, s. 181).

## **Cíle adaptačního procesu**

Účelem adaptace člověka v pracovním procesu je vytvoření souladu mezi jeho dosavadními odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi na jedné straně a specifickými podmínkami daného pracoviště na straně druhé. Dosažená míra adaptovanosti se promítá ve výkonnosti pracovníka a v jeho spokojenosti s prací (Duchoň, Šafránková, 2008, s. 212). Podle Dvořákové je cílem řízeného adaptačního procesu zejména snížení proměnlivosti pracovníků a zvýšení produktivity a spokojenosti zaměstnanců (Dvořáková, 2007, s. 143). Naopak Nový a Surynek se více zaměřují na spokojenost pracovníka a nově vybudované sociální vazby. Cíle řízené adaptace spatřují ve zvládnutí zadaných požadavků a nároků pracovníkem, v postupném získání perspektivy jeho odborného růstu a v přiměřeném začlenění do struktury sociálních vztahů v pracovní skupině a v organizaci (Nový et al., 2006, s. 157). Odlišný pohled nabízí Vajner, který vnímá adaptaci nových zaměstnanců jako výsledek správně vedeného náboru a výběru nových pracovních sil v oblasti personálního úseku. Samotnou orientaci popisuje jako zkoušku kandidáta v reálných

podmínkách pracovního procesu (Vajner, 2007, s. 93). Tuto představu podporuje Kasper a Mayerhofer, kteří konstatují, že nový pracovník má často dojem, že pozornost a zájem, které mu byly věnovány jako uchazeči, vyhasnou v okamžiku, kdy zahájí svou práci (Kasper, Mayerhofer in Kociánová, 2010, s. 131). Sakslová se Šimkovou rozdělují vlastní adaptaci do dvou rovin. Jednak adaptaci pracovní, jejímž výsledkem je přizpůsobení se nárokům a podmínkám pracovní činnosti a vyrovnání osobních předpokladů s požadavky pracovního místa. A dále adaptaci sociální, která by měla vést k úspěšnému začlenění nového pracovníka do sociálních vztahů, k identifikaci se sociálními normami a hodnotami skupiny, k respektování tradic a kultury organizace (Sakslová, Šimková, 2009, s.90-91). Podle Bureše by adaptace měla urychlit integraci nového zaměstnance do firmy, nastavit jeho plný pracovní výkon a zabránit jeho demotivaci nebo nespokojenosti plynoucí z nedostatku informací, nedostatečného zvládnutí pracovních úkolů či nejasných očekávání (Bureš, 2007, s. 167).

Proces adaptace je tedy dvoustranný, vzájemně se v něm ovlivňují zaměstnanec a organizace, každý z nich sleduje své cíle a pro jeho úspěšnost je nezbytné, aby byly sjednoceny a došlo k jejich naplňování. Dopad funkce adaptačního procesu na nového zaměstnance je motivační (firma má zájem a snahu ulehčit mu zapracování), sociální, informační, kontrolní (zaměstnanec cítí tlak na svoji výkonnost a aktivitu), psychohygienická (zbavuje se úzkosti, že něco nezvládne), rozvojová (posiluje sebevědomí prostřednictvím učení nových věcí), sebereflexní (ověřuje si vlastní kvality) a rekapitulační (integruje se do firemní kultury a rozhoduje se, zda mu tato vyhovuje). Naopak pro organizaci je funkce adaptace v rychlém zapracování, získání zpětné vazby k procesu náboru a výběru, rozvinutí výkonnosti nového pracovníka, zlepšení image formy, zlepšení komunikace a týmové práce, registrace možných chyb v podnikových procesech. Adaptace může firmě přinést také pádné argumenty pro ukončení vztahu s novým zaměstnancem, ušetřit tak náklady na nového neperspektivního pracovníka a zefektivnit využití zkušební doby (Vajner, 2007, s.93). Také Vochozka sleduje cíle adaptace ve dvou rovinách, novému pracovníkovi dává za úkol zvládnout co nejlépe a nejrychleji pracovní nároky a požadavky, získat perspektivu svého dalšího odborného růstu a vhodně se začlenit do struktury mezilidských vztahů na pracovišti a v sociálním systému podniku. Cílem procesu adaptace ze strany podniku je zvyšovat efektivnost práce a zvyšovat stabilitu jednotlivých pracovních skupin (Vochozka, Mulač, 2012, s. 239). Armstrong sleduje v souvislosti s uváděním nových pracovníků do organizace 4 cíle, které jsou více orientovány na jedince. Jednak pomoc pracovníkovi překonat počáteční fáze nástupu, kdy je pro něj vše nové a neznámé, dále ovlivnit postoj a vztah pracovníka k organizaci tak, aby došlo k jeho stabilizaci, dosáhnout toho, aby nový pracovník podával žádoucí pracovní výkon v co

nejkratší době a snížit pravděpodobnost odchodu tohoto zaměstnance (Armstrong in Kociánová, 2010, s. 131).

### **Fáze adaptačního procesu**

Pauknerová popisuje pohledem psychologa adaptaci jako proces, ve kterém je člověk konfrontován se subjektivně novými nároky a požadavky. S tímto procesem spojuje pojmy adaptabilita a adaptovanost. Adaptabilitou rozumí interindividuálně odlišnou schopnost jedince zvládat změny vnějšího prostředí (plastičnost nervové soustavy člověka a jeho psychické činnosti se utváří v procesu vývoje osobnosti člověka). Adaptovanost označuje jako stav, výsledek adaptačního procesu. Samotný proces adaptace rozděluje do několika fází:

- 1) Přípravná fáze je období před vlastní změnou. Člověk si v této fázi vytváří představu toho, co ho očekává a připravuje se na zvládnutí nových podmínek. Efektivnost závisí na adekvátnosti představy jedince o nových nárocích a požadavcích, které na něj budou kladeny, ale také na úsilí, které bude ochoten vynaložit pro jejich zvládnutí.
- 2) Fáze globální orientace nastává na počátku změny vnějších podmínek. Přináší aktivaci psychické činnosti jedince, kognitivních a emocionálních procesů. Subjektivně je spojena s nárůstem vzrušení a napětí, které se navenek může projevit určitou dezorganizací činnosti a dočasným snížením výkonnosti.
- 3) Fáze vědomého přetváření vztahu jedince k novým, změněným podmínkám je provázena přijetím změn v hierarchii hodnot, utvářením postojů a sociálních vztahů.
- 4) Fáze vpravení se do nových podmínek přináší samotnou adaptovanost jedince (Pauknerová, 2006, s. 218).

V manažerské praxi se častěji setkáváme s ověřeným fázovým modelem adaptace podle Kiesera (1990), který je rozdělen do 4 fází a obsahuje shodné prvky:

- 1) anticipační socializace a rozhodnutí pro místo (vytváření představ o novém prostředí a požadavcích, které bude muset splnit);
- 2) nástup do organizace, konfrontace - střetává se očekávání s realitou podle Vajnera (2007), zkouška kandidáta v reálných podmínkách pracovního procesu;
- 3) odborná a sociální integrace, zapracování a začlenění (změna postojů a hodnot, naplnění sociální integrace);

- 4) plné členství v organizaci, z nováčka je plnohodnotný člen (Kociánová, 2010, s. 132).

Kociánová nabízí další třístupňový model, který obsahuje přednástupní fázi, ve které uchazeč vyhodnocuje své předchozí zkušenosti získané před nástupem (socializací v rodině, ve škole, prostřednictvím médií) a rozhoduje se pro pracovní místo. Nástupní fáze zahrnuje samotný nástup do zaměstnání, konfrontaci očekávání ze strany organizace a samotného pracovníka a zahájení orientačního období. V integrační fázi prochází nový pracovník odbornou a sociální integrací (Kociánová, 2010, s. 132). Podobný model doporučuje Dale. Skládá se ze tří stupňů a obsahuje fázi zaučení, která trvá 4-6 týdnů a zaměstnanec je seznamován s pracovištěm a novým zaměstnáním. Do této fáze spadá také nováčkův první den, který hraje důležitou roli a vytváří první dojmy nového pracovníka o podniku, spolupracovnících a o atmosféře v organizaci. Nový pracovník pod vlivem těchto vjemů zkoumá nové prostředí a rozhoduje se, zda v něm setrvá a přilne k němu, nebo zda jej opustí. V druhé fázi doporučuje Dale určení vhodného prostředníka, který nového zaměstnance uvede do kolektivu spolupracovníků, seznámí ho s pracovištěm, s firemní kulturou, společnými postoji a sdílenými hodnotami. Ve třetí fázi probíhá zaškolení pracovníka na konkrétní pracovní místo (Dale, 2007, s. 166).

### **Klíčové informace pro nového pracovníka**

Pro průběh adaptačního procesu nového zaměstnance je nezbytné, aby mu byly předány:

- 1) informace o organizaci, firmě, do které nastoupil – o její strategii, úkolech a perspektivách, o organizačním uspořádání, organizační struktuře, zásadách personální a sociální politiky, organizační kultuře, o pracovním režimu v organizaci, o odborové organizaci (pokud v organizaci existuje), o znění kolektivní smlouvy a podobně,
- 2) informace o vlastní práci – o pracovním prostředí, popisu práce, pracovní a finanční perspektivě, odměňování, pracovním režimu na pracovišti,
- 3) soubor informací o pracovním kolektivu, pracovním útvaru, skupině – o jeho struktuře, složení, normách, zvyklostech, návycích, vyznávaných hodnotách (Heinová, 2010, s. 39).

Kramperová řadí k důležitým bodům adaptačního procesu počáteční vyjasnění pracovního očekávání obou zúčastněných stran, nastavení jasných a otevřených standardů pro komunikaci a spolupráci, potřebu pracovat s řízeným adaptačním procesem. Upozorňuje, že

všichni pracovníci musí pochopit význam adaptace a prakticky jej uplatňovat. Poskytované informace je třeba rozložit v čase tak, aby jimi účastník adaptace nebyl zahlcen. Autorka doporučuje využití orientačního balíčku, který obsahuje společné informace pro všechny zaměstnance organizace (pracovní místo, podmínky, systém odměňování, vnitřní předpisy, zásady firemní kultury, stravování, hlášení absence, docházku, péči o svěřené předměty, povinná školení, pravidla komunikace, telefonování, poskytovanou péči pro zaměstnance) (Kramperová et al, 2010, s. 4). Konkrétní rozdělení předávaných informací v rámci adaptačního procesu nabízí Hroník. Doporučuje seznámit nového pracovníka s historií firmy, jejími úspěchy, dynamikou růstu a postavením na trhu, představit perspektivu, filozofii, kulturu a hodnoty firmy. Vysvětlit pracovníkovi, jaké naděje do něj firma vkládá, následně principy odměňování, chování managementu a vztahy mezi kolegy, způsoby komunikace, sdílení informací a informační zdroje. Představit management, rozmístění firmy a jednotlivých úseků. Seznámit pracovníka s chodem firmy, přidělit mu tutora a určit jeho pracovní zařazení, jeho povinnosti a úkoly, předat přesný popis pracovního místa. Stanovit termíny pro hodnocení adaptačního procesu, určit způsob hodnocení práce s konkrétními ukazateli, nastavit pracovní dobu a pracovní režim (Hroník, 2007, s. 168). Stýblo uvádí, že seznámení pracovníka s podnikem přispívá k jeho identifikaci s novou organizací. Při seznamování s historií firmy doporučuje zmínit různé úspěchy, ocenění a gratulace od zákazníků, které mohou přispět k vytvoření zájmu ze strany pracovníka a snazší identifikaci s podnikem (Stýblo, 1992, s. 59). Podané informace je vždy dobré mít k dispozici i v psané podobě - zaměstnanec nebude ve stresu z toho, že si vše nezapamatuje nebo nestihne zapsat, bude klidnější a tím pádem bude i lépe zvládat adaptaci. Navíc některé informace zaměstnanec nepotřebuje bezprostředně po nástupu, ale až s odstupem, např. informace týkající se dovolené, onemocnění. Důležité je poskytnout novému pracovníkovi zdroje informací (Foot, Hook, 2005, s. 286).

## **1.1 Role personalisty, mentora a vedoucího pracovníka v adaptačním procesu**

Podstatným bodem úspěšného adaptačního procesu je vhodně zvolená osobnost mentora (školitele, garanta, patrona, průvodce nového zaměstnance). Jeho přiřazení novému pracovníkovi doporučuje řada autorů (Koubek, 2007, Armstrong, 2007 in Kociánová, 2010). Lajdová doporučuje volit zaměstnance, který má nejen výborné pracovní a teoretické

dovednosti, ale dokáže je novému zaměstnanci předat, vést jej v novém prostředí, řídit a usměrňovat. Díky efektivní komunikaci mentor získává nového pracovníka pro cíle a záměry organizace, dokáže pracovníka motivovat a stimulovat k lepším výkonům (Lajdová, 2010, s. 25). Mentor vede nového zaměstnance hned ve dvou časových rovinách: v krátkodobém horizontu učí klíčové dovednosti pro fungování v organizaci a v dlouhodobém horizontu rozvíjí odborné kompetence a budování kariéry nového pracovníka. Nový pracovník by měl prostřednictvím kvalitního mentoringu získat samostatnost ve stanovených kompetencích (dosáhnout požadované úrovně ve znalostech a dovednostech a schopnosti aplikovat je v praxi), sebedůvěru (věřit ve vlastní schopnosti, činit správná rozhodnutí), sebeřízení (nabytí jistoty a schopnosti postarat se o vlastní osobnostní, profesionální a kariérní rozvoj) a profesionalismus (pochopení a vytvoření si představy o odpovědnosti a etice v dané profesi) (EDOST, 2012, s. 4-9). Podle Bartáka je patron člověk, který nováčkovi pomáhá překonat všechny jeho počáteční nesnáze. K základním povinnostem patrona řadí systematickou, cílenou, metodickou, informativní odbornou pomoc a morální podporu nováčkovi při jeho začleňování do pracovního týmu a zvládnání pracovních úkolů, dále tvorbu, dohled nad realizací a kontrolu plnění adaptačního procesu, pravidelné měsíční hodnocení a závěrečné hodnocení adaptačního procesu (Barták, 2004, s. 113). Konkrétní činnosti patrona mají pomoci nováčkům zvládnout adaptaci, proto by měl mentor navozovat tréninkové situace, které nováčkovi umožní samostatně je pochopit a zvládnout (pochopit co dělat, proč a jak to dělat). Mentor má pomáhat odbourávat bariéry a závislost nového pracovníka, posilovat jeho sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti, vytvářet partnerské podmínky, vést adaptaci s ohledem na plánované cíle a přitom být pružný a nedogmatický (Barták, 2004, s. 90).

Mentorství se užívá v různých oborech jako např. ve školství, v managementu či v ošetrovatelství. V různých odbornostech může být vnímáno mírně odlišně, avšak existují některé společné charakteristické prvky. Jarošová popisuje úlohu mentora takto: „Mentor posiluje a rozvíjí jednotlivce, kterého vede. Mentor nabízí vedenému jedinci širokou škálu podpůrných pomocných funkcí. Mentor a jednatel si společně definují individuální cíle a pomocné funkce. Mentor a jednatel si vybírají sebe vzájemně a ve vztahu jsou viditelné etapy vývoje. Osobní vztah je založen na vzájemné důvěře dvou dospělých jednotlivců. Mentor i mentorovaný jsou ochotni učit se jeden od druhého, sdílet vzájemné zkušenosti“ (Jarošová, Dušová, 2008, s. 2).



## 1.2 Faktory adaptačního procesu

Faktory podmiňující adaptační proces členů Vochozka s Mulačem na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory vyplývají z osobnostních vlastností jedince, řadí sem odbornou připravenost, psychickou zdatnost, odolnost proti stresu, motivaci a hodnotovou orientaci, specifické zvláštnosti a osobní vyhraněnost. Vnější faktory vycházejí z pracovní situace jako jsou technologie a technické vybavení pracoviště, způsob organizace práce (např. denní, týdenní a měsíční harmonogramy činností, dostupnost a dodržování standardních postupů), vnější pracovní podmínky (např. osvětlení, hluchost, mikroklimatické podmínky: prašnost, proudění vzduchu, sálání tepla, vlhkost vzduchu), sociální vybavenost pracoviště (např. sociální zázemí zaměstnanců, šatny, hygienické podmínky), sociální klima v pracovní skupině, způsob a styl řízení lidí v organizaci (např. úroveň kvalifikace vedoucího pracovníka, jeho schopnost vzájemného propojení ekonomické, organizační a společenské funkce činnosti nadřízeného), ochota vedoucích pracovníků věnovat řízení adaptačnímu procesu patřičnou pozornost (např. interní norma organizace a její dodržování) (Vochozka, Mulač, 2012, s. 348). Rymeš řadí k vnějším faktorům ovlivňujícím adaptační proces také vlivy mimopracovní (rodina, komunita), které působí na zaměstnance mimo organizaci. Naopak vnitřní faktory rozšiřuje o morální a charakterové vlastnosti jedince a jeho postoje (např. vztah k práci) (Rymeš, 1985, s. 86). Štikar (2003) vychází ze stejného principu a rozděluje faktory ovlivňující adaptační proces do skupiny faktorů objektivních a subjektivních (viz tabulka č.1). Shodný názor prezentuje Nový a Surynek (Nový et al., 2006, s. 156).

Tabulka č.1 Přehled faktorů ovlivňujících adaptaci podle Štikara (Štikar, 2003, s.91)

Faktory objektivní	Faktory subjektivní
Vnější pracovní podmínky	Odborná připravenost
Obsah a charakter práce	Výkonová dispozice
Způsob vedení pracovníků	Osobní vyhraněnost
Pracovní skupina	Hodnotová orientace
Hodnocení pracovníků	Postojové zaměření
Odměňování pracovníků	Motivační vyladění
Pracovní režim	Zvládnutí pracovní role
Organizace práce	
Sociální vybavení pracoviště	

Faktory uváděné Armstrongem jsou, na rozdíl od ostatních autorů, značně obecné a nekonkrétní. Podle Armstronga podporují stabilizaci zaměstnanců pověst podniku, získávání, výběr a rozmísťování pracovníků, styl a úroveň vedení, příležitosti ke vzdělávání a učení a uznávání, oceňování a odměňování výkonu (Armstrong, 2007, s. 197).

### **1.2.1 Objektivní faktory adaptačního procesu**

#### **Pracovní prostředí**

Kociánová definuje pracovní prostředí podle dle Hüttlové z roku 1997: „Pracovní prostředí je souhrn všech materiálních podmínek pracovní činnosti (stroje a zařízení, manipulační prostředky, osobní ochranné prostředky, ostatní vybavení pracovišť, suroviny a materiál, stavební řešení), které v souvislosti s dalšími podmínkami (technologí, organizací práce, společenskými podmínkami práce) vytváří faktory fyzikální, chemické, biologické, sociálně-psychologické a další, ovlivňující pracovníka v průběhu pracovního procesu.“ (Hüttlová in Kociánová, 2010, s. 179) Současně upozorňuje, že při dlouhodobém působení nepříznivých pracovních podmínek může dojít ke zdravotnímu či psychickému poškození jedince (Kociánová, 2010, s. 179).

Státní zdravotní ústav ČR sleduje základní rizikové faktory práce a pracovního prostředí. Monitoruje fyzikální, chemické a biologické činitele, prach, fyzickou zátěž, zátěž teplem a chladem, psychickou a zrakovou zátěž, které mohou mít vliv na zdraví. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 258/2000 Sb., O ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů, zákon č. 123/2000 Sb., O zdravotnických prostředcích a řada dalších slouží k zajištění vhodných pracovních podmínek ve zdravotnictví. Jejich zavedení do praxe a následné dodržování v organizaci zpravidla zajišťuje technik BOZP v rozsahu předepsaném interními normami (Státní zdravotní ústav, 2014). Koubek vnímá jako rizikové faktory pracovního prostředí prostorové podmínky pracoviště (pracovní poloha, zorné podmínky, výška pracovní plochy, pohybové prostory, přístup na pracoviště), mikroklimatické podmínky pracoviště (teplota vzduchu, relativní vlhkost vzduchu, rychlost proudění vzduchu), osvětlení pracoviště (osvětlenost, rovnoměrnost osvětlení, oslnění, směr osvětlení, barva světla), barevnou úpravu pracoviště, čistotu ovzduší a hluk, vibrace a záření (Koubek, 2007, s. 184).

Na nepříznivé vlivy práce sester upozorňuje Nakládalová. Jako hlavní rizika popisuje pracovní polohu, přetěžování svalových skupin, cévního řečiště a lokomočního aparátu; látky

znečišťující prostředí (chemické látky, biologické činitele); psychickou zátěž (dlouhodobé vypětí, životní a pracovní tempo, tok informací, přemíru úkolů, nárazovost, změnu pracovních návyků, interpersonální vztahy) a nepřiměřenou fyzickou zátěž. Zároveň podotýká, že průkaz vlivu práce neznamena vždy, že je znám vyvolávající faktor nebo že je dostatečně změřen účinek jeho působení na pracovníka (Nakládalová in Vévoda, 2013, s. 92-93). Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek zveřejňuje v roce 2005 výsledky výzkumu, který zorganizovala v zemích EU mezi celkem 30 tisíci zaměstnanci. Zjištění, že ve zdravotnictví tvoří 79 % zaměstnanců ženy, určitě není překvapující. Důležitým sdělením je, že jejich tempo práce určují přímé požadavky jiných osob až v 80 %, a navíc 61,8 % práce je prováděno ve vysokém tempu. Přitom 48,7 % zaměstnanců udávalo, že musí pracovat v únavných nebo bolestivých polohách, 43,4 % zaměstnanců muselo zvedat nebo přesunovat pacienty. V konečném výsledku trpělo 26,3 % zaměstnanců bolestmi zad a 24,3 % zaměstnanců bolestmi svalů (Petrů, Tomeček, 2006-2009). Výzkumné šetření Fendrychové a Markové z roku 2013 sleduje bezpečnost práce a pracovní rizika zdravotnických pracovníků. Toto šetření je součástí mezinárodního projektu 518015-LPP-1\_2011—IT-LEONARDO-LMP, jehož cílem bylo vytvoření počítačové aplikace, která by měla sloužit k výuce a podpoře bezpečnosti práce na zdravotnických pracovištích. Pro tento účel autorky identifikovaly nejčastější pracovní rizika: fyzickou zátěž, fyziologicky nevhodnou pracovní polohu, psychickou zátěž, hluk, chemické látky, vibrace, aerosoly, plyny, prach, lasery, ionizující záření, biologické činitele, radiofrekvenční záření a napadení. Pracovní rizika konkretizovaly v podobě pracovních činností, jako jsou např. manipulace s lůžkem, pomůckami, prádlem, biologickým materiálem, ležícím pacientem, stravou; příprava a podávání antibiotik, léků, dezinfekčních prostředků; mytí podlah, pomůcek a povrchů; poskytování péče infekčnímu pacientovi. Z výsledků šetření vyplynulo, že nejvíce jsou zdravotničtí pracovníci ohrožováni biologickými činiteli, v menší míře činiteli chemickými a nejméně se cítili být zatíženi fyzicky. Ve všech kategoriích byly nejvíce ohroženou skupinou sestry. Kategorie zdravotnického asistenta nebyla ve výzkumu samostatně vyčleněna, z výčtu pracovních činností lze určit, že v uvedených oblastech byla ohrožena shodným rizikem (Fendrychová, Marková in Sikorová, Bužgová, 2013).

Důležité je nevnímat pouze povinnosti spojené s dodržováním BOZP, ale využít také práva zaměstnanců na konzultace při hodnocení rizik, možnost podávat návrhy, právo být informován o rizicích pro zdraví a bezpečnost pracovníků a o opatřeních nutných k jejich odstranění. Zaměstnanec má právo podílet se na rozhodování o preventivních a ochranných

opatření, která mají být zavedena a také by měl obdržet dostatečné informace a školení o bezpečnosti a ochraně zdraví (Petrů, Tomeček, 2006-2009).

### **Obsah a charakter práce**

Za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených Vyhláškou č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Součástí činností zdravotnického pracovníka je také řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnosti související s poskytováním zdravotní péče, pokud je vykonávána zaměstnanci poskytovatele zdravotní péče. Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky; ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů může zdravotnický asistent provádět bez odborného dohledu. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči (Česko, 2011b). Zdravotnický asistent se podílí na poskytování komplexní ošetrovatelské péče jednotlivcům a skupinám, provádí ošetrovatelskou péči o dospělé a děti, s výjimkou novorozenců, v nemocničních i ambulantních provozech, stacionářích a domácí péči, ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče a v terénní péči.

Pracovní činnosti zdravotnického asistenta vyplývají z Vyhlášky č. 55/2011 Sb. a obsahují zejména:

- poskytování komplexní ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu, včetně provádění některých předepsaných vyšetření a výkonů, zajišťování včasného a přesného plnění ordinací, včetně diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonů, podávání léků per os, per rectum, kůží, inhalačně, aplikace podkožních a nitrosvalových injekcí, odebírání biologického materiálu,
- sledování fyziologických funkcí a projevů pacientů,
- péči o vyprazdňování, komplexní hygienickou péči, prevenci dekubitů, péči o akutní a chronické rány,
- rozdělování stravy pacientům podle diet a dohled na jejich dodržování, dohlížení na dodržování pitného režimu a krmení pacientů,

- přípravu pacientů k diagnostickým a léčebným výkonům, asistenci při složitějších výkonech ostatním zdravotnickým pracovníkům, poskytování ošetrovatelské péče při a po těchto výkonech,
- zavádění a udržování kyslíkové terapie,
- podílení se na rehabilitačním ošetrovatelství včetně prevence poruch z imobility, polohování pacientů, spolupráci s fyzioterapeutem,
- provádění sterilizace a dezinfekce,
- podílení se na činnostech spojených s příjmem, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta,
- vedení příslušné dokumentace,
- asistenci při transfúzích krve nebo krevních derivátů pod přímým vedením lékaře (Česko, 2011a, s. 482-544).

Kompetence je podle Hroníka trs znalostí, dovedností, zkušeností a vlastností, který podporuje dosažení cíle. Kompetence nejsou pouhými dovednostmi. Formulují kvalifikační předpoklady pro danou funkci a obvykle definují míru minimální a optimální. Někdy bývají označovány jako provozní a odborná způsobilost (Hroník, 2007, s. 63). Podobně vnímá Prošková kompetence zdravotnických pracovníků. Podotýká však, že schopnost a pravomoc by měly harmonizovat, proto doporučuje jasně definovat pracovní náplně zdravotnických pracovníků podle jejich kompetencí a současně tyto kompetence pravidelně ověřovat a prohlubovat. V souladu s kompetencemi pak doporučuje stanovit plán dalšího rozvoje pracovníka (Prošková, 2010). Zdravotnický asistent má kompetence určeny Vyhláškou č. 55/2011 Sb., § 30, odstavec 1. Mimo uvedené kompetence, za jejichž provedení nese jejich vykonavatel plnou odpovědnost, smí zdravotnický asistent vykonávat řadu činností, které provádí pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky a lékaře (§ 30, odstavec 2). Za výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý, nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí (Česko, 2004). Podmínky výkonu odborného dohledu specifikuje Slavík v právním výkladu k novele Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. V rámci odborného dohledu doporučuje zajistit místní dostupnost, kdy je dohlížející zdravotnický pracovník schopen okamžitě zasáhnout a časovou dostupnost, kdy je dohled zajištěn po celou dobu poskytování zdravotnické péče. Upozorňuje, že odborný dohled byl v počátcích uplatnění zdravotnických asistentů často zaměňován s přímým vedením. Výkon povolání pod přímým vedením obsahuje výkon

činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Stálou přítomností dohlížejícího zdravotnického pracovníka je nutno rozumět jeho nepřetržitou přítomnost v místnosti, kde jsou předmětné činnosti vykonávány (Slavík, 2008).

Povolání uvedená ve skupině pod odborným dohledem nemají možnost se dále rozvíjet, což vede k nezájmu o tato povolání, po ukončení vzdělání nemají absolventi zájem nastupovat do praxe. Pro zaměstnavatele je obtížné organizačně zajistit „odborný dohled“, zvláště v menších zdravotnických zařízeních. Výkony pod odborným dohledem snižují prestiž některých povolání, proto bude nutné je upravit a nově stanovit činnosti, které lze vykonávat samostatně a které např. za asistence (Česko, 2012). Kompetence zdravotnického asistenta nejsou shodné s kompetencemi všeobecné sestry, jsou jí podřízené. Proto má zdravotnický asistent charakterizovaný výkon zdravotnického povolání pod odborným dohledem, ale jeho činnosti se nerovnjají „pomocným“ pracím. Zdravotnický asistent v praxi plní intervence sestry v rámci ošetrovatelské péče a asistenci sestře i lékaři zrychluje a zkvalitňuje poskytovanou zdravotní péči (Modranská, Partilová, 2012).

Ve Fakultní nemocnici Olomouc jsou používány formuláře zohledňující kompetence zaměstnanců, jsou řízenou dokumentací. Při nástupu nový pracovník potvrzuje podpisem náplň práce. Zde má uvedeny odborné činnosti, které vykonává, stanovené kompetence, podpisová práva, ostatní činnosti (jako je třeba práce s nemocničním informačním systémem, zásady týmové práce, loajálnost k organizaci a zvyšování firemní kultury) a také speciální kompetence. Po ukončení adaptačního procesu provádí vedoucí pracovník změny v náplni práce právě v oblasti speciálních kompetencí (interní normy FNOL). Míru překračování kompetencí zdravotnických asistentů sledovala v roce 2012 Fiurášková a zjistila, že tyto kompetence jsou překračovány nejen „směrem nahoru“ - tj. k činnostem, které má vykonávat pouze všeobecná sestra, ale i „směrem dolů“ - tj. k činnostem, které má vykonávat ošetrovatel se sanitářem. Nejčastěji se v překračování kompetencí vyskytovalo orientační hodnocení fyziologických funkcí (ve 26,2 %), vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti nemocného (ve 20,9 %), hodnocení ošetrovatelské péče (ve 14,7 %), plánování ošetrovatelské péče (ve 13,9 %). Z kompetencí sanitářů a ošetrovatelů vykonávali zdravotničtí asistenti doprovod na vyšetření ve 14,6 % a úpravu lůžka ve 13,4 % (Fiurášková, 2011).

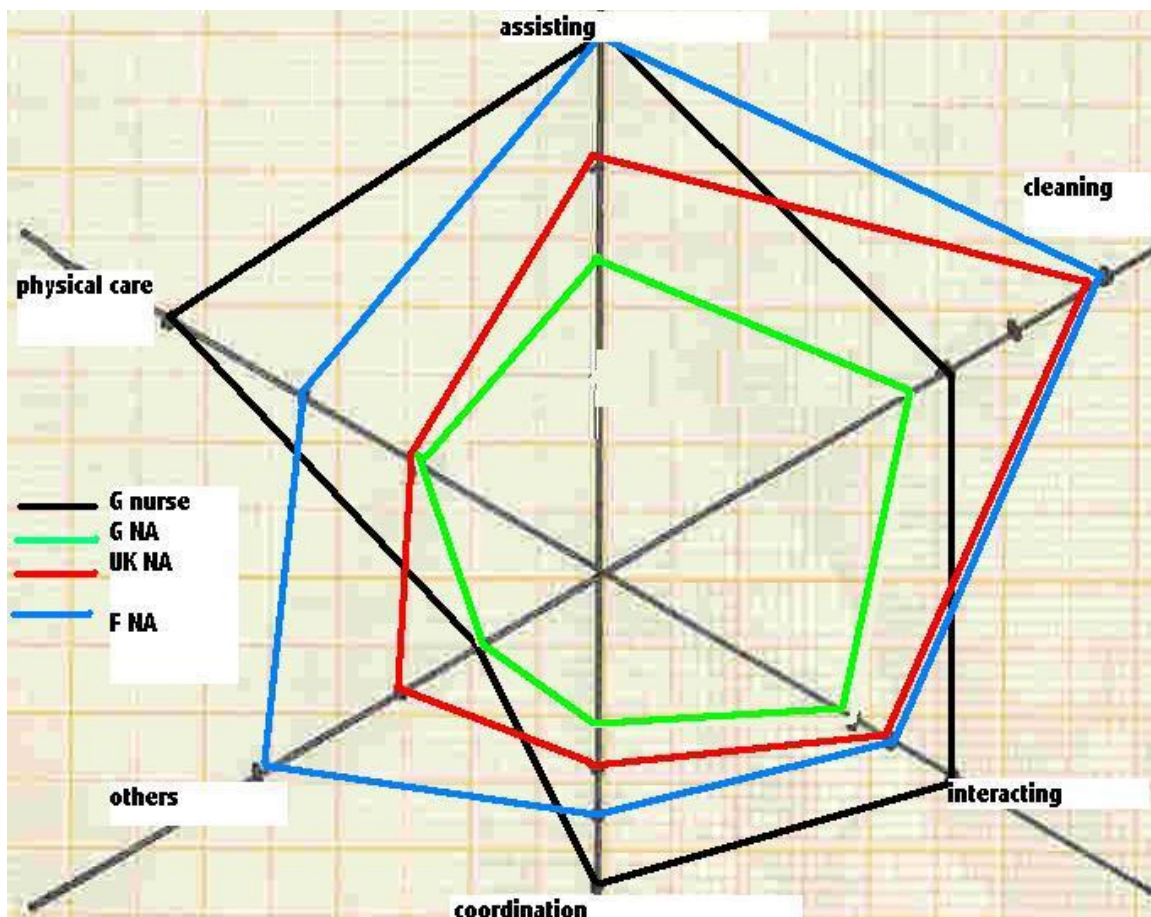
ČAS se zajímala o pracovní podmínky zdravotníků v ČR (Di Cara et al., 2013), a to prostřednictvím dotazníkového šetření mezi zdravotníky, poskytujícími přímou péči

pacientům. Průzkumu se zúčastnilo 5935 zdravotníků, převážně všeobecných sester. V otevřené otázce popsal mnoho respondentů velké množství činností, které ve své službě vykonávají, na standardních odděleních se sestry starají alespoň o 11 pacientů, třetina dokonce o více než 24 pacientů. V následné a sociální péči se přes 80 % sester stará o více než 24 klientů, kteří jsou stále častěji polymorbidní a sestra je zodpovědná za rozeznání komplikací či změn jejich zdravotního stavu. Pracovní zatížení respondentů je tak vysoké, že 81 % zdravotníků odpovědělo, že stále častěji nemají možnost starat se o své pacienty tak dobře, jak by chtěli. Nedostatek personálu, pracovní zátěž, nárůst administrativy a nedostatečné finanční hodnocení vplynuly jako zásadní nedostatky. Až 60 % respondentů však uvedlo, že se svými nadřízenými nemohou hovořit o svých pracovních podmínkách, protože mají obavy, že za svoji kritiku ponесou následky (Di Cara et al., 2013). Výsledky tohoto šetření úzce souvisejí se zjištěním Fiuráškové (2012) a Bártlové (2007), které potvrzují realizaci činností zdravotnických pracovníků mimo rámec jejich kompetencí. Bártlová také popisuje velmi silný vliv charakteru pracoviště a způsob výkonu povolání na hodnocení atmosféry na pracovišti. Uvádí časté narušování kompetence všeobecné sestry ze strany lékařů (pověřováním úkoly, které spadají do kompetence někoho jiného, narušováním organizace práce sestry neplánovanými zásahy a podceňováním práce sestry) (Bártlová, 2007). Pokud takto lékaři přistupují ke kompetencím všeobecné sestry, která je nedílnou součástí pracovního kolektivu, lze položit otázku, jak respektují kompetence zdravotnických asistentů a zda jsou s nimi vlastně seznámeni.

Zajímavá data přinesla srovnávací studie napříč Německem, Francií a Spojeným královstvím z roku 2006. Sleduje zdravotnické pracovníky s nižší odbornou kvalifikací - zdravotnické asistenty, a jejich využití ve zdravotnických zařízeních těchto zemí. Vedle popisu vzdělávacích programů v jednotlivých státech popisuje rozdílné úkoly, které jsou zdravotnickým asistentům zadávány (a ke kterým jsou kompetentní) a rozdělení práce v ošetrovatelských týmech. Francie i Spojené království mají delší tradici v začlenění zdravotnických asistentů do praxe (v letech 1992 bylo v UK statisticky evidováno 194 tisíc zdravotnických asistentů, ve Francii bylo ve stejném roce 175 tisíc těchto pracovníků). Získané informace byly převedeny do grafické podoby (viz graf č. 1) a názorně zobrazují podíl činnosti zdravotnických asistentů v šesti základních oblastech: asistence pacientovi (hygiena, transport, polohování, přesuny v místnosti, krmení), provozní činnosti (úprava a očista lůžek, pokoje pacienta, okolí pacienta), interakce (kontakt s pacientem, rodinou, reakce na signalizaci pacienta), koordinace (práce v týmu pod dohledem, předávání hlášení, práce s dokumentací), fyzická péče (kontrola fyziologických funkcí pacienta, provádění

odběrů biologického materiálu, podávání léků), práce bez dohledu (manipulace s prádlem, se stravou). Z grafu vyplývá, že k nejširšímu využití zdravotnických asistentů dochází ve Francii, méně jsou využíváni ve Spojeném království a nejméně potom v Německu. Autoři pro porovnání zařadili také rozsah pracovních aktivit německých sester. Rezervy je možno vidět v mnoha oblastech (Grimshaw et al., 2006).

Graf č . 1 Pracovní náplně ošetrovatelského personálu(Grimshaw et al., 2006)



Vysvětlivky:

- G nurse (všeobecná sestra v Německu)
- G NA (zdravotnický asistent v Německu)
- UK NA (zdravotnický asistent ve Spojeném království)
- F NA (zdravotnický asistent ve Francii)



## **Pracovní kolektiv**

Pracovní skupina je podle Nového a Surynka skupina lidí jednoho pracoviště, kteří jsou spjati společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením. Pracovní skupinu spojují společné pracovní cíle, společné pracoviště, pracovní činnost, vztahy mezi pracovníky a skupinové vědomí (což je systém hodnot spojených s prací a pracovními podmínkami, systém sociálních norem pracovního chování a pracovních postojů). Rozlišují dále mezi pracovní skupinou a týmem, který nemá vnitřní formální strukturu a je sestaven pro určené časové období či pro splnění konkrétního úkolu (Nový et al., 2006, s. 137). Nový a Surynek se domnívají, že intenzita spolupráce a společný pracovní cíl se podílejí na vytváření pravidel vzájemné interakce, spolupráce a obecného spolužití. Vytváří se tak sociální normy a jejich struktura. Platí pravidlo, že čím je pracovní skupina menší, tím silnější jsou tyto normy. Podobný efekt se vyskytuje v situacích, kdy narůstá význam dosažení společného cíle (Nový et al., 2006, s. 141).

Týmy dělí Kolajová na neformální, které uspokojují vlastní potřeby členů a kam patří různá zájmová sdružení, a formální, které sledují cíle organizace, úkoly pracoviště, řády, normy, pracovní náplň a funkce lidí. Do skupiny formálních týmů řadí zdravotnický tým jakožto tradiční součást zdravotnických zařízení (Kolajová, 2006, s. 13). Zdravotní péče představuje obrovský organizačně odborný mechanismus, pro jehož fungování je třeba kromě administrativně-technicko-ekonomických pracovníků také sociální zdravotní multidisciplinární tým (Kilíková, 2006, s. 36). Kelnarová řadí mezi členy zdravotnického týmu: lékaře, všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, ošetřovatelky a sanitáře. Podmnožinou zdravotnického týmu je tým ošetřovatelský, který zahrnuje všeobecné sestry s různým stupněm způsobilosti; zdravotnické asistenty, ošetřovatelky a sanitáře. Pro dosažení úspěšnosti zdravotnického týmu je nutná dobrá spolupráce jednotlivých členů, ale také koordinace činností všech zdravotníků (Kelnarová et al., 2009, s. 53). Bělohlávek poskytuje obecný pohled na rozdělení týmů, který lze snadno aplikovat na zdravotnická zařízení. Tým pracoviště, který spojuje vzájemná podpora, pomoc a společná komunikace nacházíme na zdravotnických jednotkách, zvláštní týmovou spoluprací je spolupráce mezi jednotlivými směny, kdy je nezbytná efektivní výměna informací, podpořená správně vedenou zdravotnickou dokumentací a také ochotou jednotlivců předávat všechny důležité informace a nepřenášet zjištěné problémy na jiné. Tradičně se ve zdravotnictví vyskytují mezioborové týmy, do kterých lze přiřadit také tým vrcholový (každý z manažerů odpovídá za samostatnou oblast). Procesní tým zefektivňuje

práci jednotlivých útvarů vzájemnou spoluprací v na sebe navazujících činnostech. Samotná firma by měla pracovat jako tým a v podobě týmů by se měla dále odehrávat spolupráce s externími partnery (např. výuka, spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními) (Bělohlávek in Plevová, 2012, s. 91-92).

Výzkum „Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu“ (Buriánek, Malina, 2009) přináší zjištění, že na stabilizaci mají nejsilnější vliv interpersonální vztahy, jednání nejbližších nadřízených, vztahy k dalším nadřízeným, spokojenost se vztahy vedení k zaměstnancům a interpersonální vztahy v pracovním kolektivu. Až třetina dotazovaných sester (výzkum byl publikován v roce 2009, krátce po nástupu prvních zdravotnických asistentů do praxe, nebyli zařazeni do sledovaného vzorku) uvedla, že nejčastějším důvodem k odchodu z pracoviště je špatné pracovní klima, neshody v týmu sester, zdravotní problémy a situace v rodinách sester (Buriánek, Malina, 2009, Bártlová, Hajduchová, 2010 in Haroková, Gurková, 2013). Střet hierarchie, profesí a osobností z pozice sestry sleduje tým Trešlové, cílem šetření bylo zjistit, jaké největší problémy ve vztazích s ostatními členy multidisciplinárního týmu mimo lékařů vidí sestry na svých pracovištích. Ve vztahu sester ke kolegyním s VŠ a SZŠ vzděláním se vyskytly faktory jako vzdělání (vysokoškolské vzdělání a specializační vzdělání), věk (mladší - sedí, pracují s dokumentací a starší nepomohou, ponižují), služebně starší nezaučují, rutina - nedovolí změnu, přístup managementu (neřeší, připomínky vnímá jako útok), druh oddělení, osobnost (výchova, komunikace), komunikace (děkuji, prosím, mohla bys, promiň), parta (ponorkový syndrom, jedna špatně naladěná sestra ovlivní celou partu), poměr ženy-muži (muži přispívají k pohodovější atmosféře), odpovědnost kontra pocit studu a znalost výše platu (Trešlová et al, in Bužgová, 2010, s. 115). Pracovní vztahy popisuje Bártlová jako výsledek působení lidí ve specifické skupině, která se vyznačuje sociometrickými vlastnostmi a zákonitostmi. Jejich kvalita ovlivňuje nejen spokojenost účastníků, ale také podaný výkon a jeho kvalitu. V prostředí pozitivních pracovních vztahů je pracovník výkonnější, je schopen uvolněně komunikovat a adekvátně reagovat. Za velmi významnou považuje Bártlová cílenou tvorbu a udržování pozitivních pracovních vztahů ve zdravotnickém týmu a to z důvodu četných zátěžových situací ve zdravotnictví, které často vedou k negativním a impulzivním reakcím. Výzkumným šetřením na vzorku 537 všeobecných sester zjistila, že pro naprostou většinu sester jsou vztahy s lékaři důležité pro jejich spokojenost v práci. K faktorům, které tyto vztahy ovlivňují, řadí sestry uznání za svoji práci, vnímání sestry jako rovnocenného partnera, konzultace se sestrou ohledně plánované péče o pacienta a postavení se za sestry lékařem v případě konfliktu s pacientem či jeho rodinou. 63,5 % sester uvedlo, že mají za sebou negativní zkušenost ve

spolupráci s konkrétním lékařem, nejčastějším důvodem této zkušenosti byla nadřazenost a neprofesionální chování lékařů (Bártlová, Hajduchová, 2010a, s. 17). Měřinská ve svém sledování začlenění vysokoškolsky vzdělaných sester do ošetrovatelského týmu pátrala po faktorech ovlivňujících začlenění do kolektivu. Z nabídnutých možností byla nejčastěji volena možnost „osobnost“ (21 %), dále „typ oddělení“ (17 %), méně často byly voleny možnosti „vzhled“, „vzdělání“ a „školitel“, nejmenší roli hrála „akreditace pracoviště“ (Měřinská, 2011).

## **Hodnocení pracovníka**

Kociánová konkretizuje osoby, které nesou odpovědnost za průběh adaptace.

- 1) Přímý nadřízený, který se podílí na adaptaci pracovníka v rámci svého oddělení a pracovního místa pracovníka. Má poskytovat novému zaměstnanci podporu, řešit případné problémy v průběhu jeho adaptace, kontrolovat a vyhodnocovat její průběh.
- 2) Personalisté, kteří vytvářejí plány adaptace pro jednotlivé kategorie pracovních míst a ve spolupráci s nadřízenými pracovníky specifikují plány adaptace pro konkrétní pracovníky.
- 3) Mentor, který věnuje v průběhu adaptace pracovníkovi zvýšenou pozornost. Má mu radit, zaškolovat ho do pracovní náplně a pomáhat mu s adaptací v sociálním prostředí (Kociánová, 2010, s. 135).

Jmenovaní pracovníci se následně podílejí na hodnocení nového pracovníka. Hodnocení má podle Stýbla provádět zásadně bezprostřední nadřízený pracovníka, případně vyšší nadřízený i pracovník personálního útvaru. Hlavními záměry hodnocení je podněcovat pracovní motivaci a vysokou výkonnost, nacházet a objektivně posuzovat silné a slabé stránky zaměstnanců a příležitosti jejich rozvoje, odstraňovat nedostatky v činnosti i v jejich chování, odkrývat rezervy a odhalovat možná rizika ohrožující pracovní výkonnost. Zaměstnanci mají povinnost se na hodnocení řádně a předem připravit. Stýblo mezi důvody pro hodnocení řadí mimo jiné posouzení vnitřních a vnějších vlivů působících na pracovní výkon (např. pracovní prostředí, bezpečnost práce, psychické zdraví zaměstnance apod.) (Stýblo, 2010, s. 46-47).

Saksová se Šimkovou rozlišují dle míry závaznosti dvě základní formy hodnocení. Formální hodnocení, které probíhá podle stanovených zásad a hodnocení neformální, u kterého nadřízený běžně sleduje výkon a pracovní chování zaměstnance. Neformální hodnocení by mělo být součástí každodenní řídicí práce a poskytovat tak průběžně zpětnou vazbu oběma

stranám. Podle počtu účastníků pak popisuje formu individuálního hodnocení (dialog mezi hodnoceným a vedoucím pracovníkem), skupinového hodnocení (hodnocený, spolupracovníci a vedoucí) a hodnocení za účasti odborníků (doporučuje na manažerských pozicích) (Sakslová, Šimková, 2009, s. 94-95).

Formální hodnocení může být stresující, časově náročné a hlavně negativně vnímanou záležitostí pro zaměstnance i pro vedoucího pracovníka. Škrlovi doporučují dodržovat několik základních pravidel:

- Zpětná vazba musí být poskytována pravidelně během celého hodnotícího období.
- Očekávané cíle zaměstnance pro příští období mají být stanoveny společně hodnoceným i vedoucím pracovníkem.
- Se stanovenými cíli je nutno dále pracovat (např. uvolňováním na kurzy, předáváním pravomoci apod.).
- Je nutno zvolit vhodnou hodnotící škálu, ale i vhodný způsob komunikace mezi hodnoceným a vedoucím pracovníkem.
- Základem setkání by měl být dialog; seštra manažerka má představit připravené hodnocení a hodnocený zdravotnický asistent předkládá vlastní sebehodnocení, poté má následovat diskuze o jednotlivých sporných bodech, v nichž se pohledy na hodnocení liší. Po diskusi by na základě identifikovaných slabých stránek měly být upřesněny jasné cíle.
- Alespoň jeden z vytyčených cílů by se měl týkat osobního růstu hodnoceného.
- Úkolem vedoucího pracovníka by mělo být správně motivovat a podporovat hodnoceného k neformální diskusi, která je oboustranně přínosná a mimo jiné umožňuje získat informace o organizační kultuře na pracovišti.
- Neformální hodnocení by mělo být pravidelně součástí celého hodnotícího období.

Na základě auditů a pozorování by měl vedoucí pracovník zjišťovat úroveň pracovního výkonu hodnoceného. Celý proces hodnocení by měl být uzavřen závěrečným pohovorem, ve kterém je souhrnně popsán a vyhodnocen adaptační proces nového pracovníka (Škrála, Škrlová, 2003, s. 321). Podle Duchoně by závěry hodnocení měly být písemné, na jednotném formuláři organizace, se záznamem nejdůležitějších změn od posledního hodnocení. Mají obsahovat stanovené cíle, dosažené výsledky a jejich analýzu, silné a slabé stránky pracovníka, přání pracovníka a komentář vedoucího, úkoly pro budoucí období a prostředky k jejich dosažení (Duchoně, Šafránková, 2008, s. 214). Sakslová se přiklání volit metodu hodnocení dle typu práce a důležitosti funkce. Může být vybrána metoda dotazníku, pohovoru, sebehodnocení, hodnotitelské zprávy, testů, hodnotitelského střediska, metoda

kritických případů, hodnocení podle cílů i sociometrické hodnocení mezilidských vztahů ve skupině (Sakslová, Šimková, 2009, s. 96).

## **1.2.2 Subjektivní faktory adaptačního procesu**

### **Odborná připravenost zdravotnických asistentů**

Pauknerová podmiňuje aktuální odbornou připravenost procesem kvalifikace. Odborná způsobilost vyjadřuje stupeň a rozsah odborné přípravy pracovníka pro výkon určité profese. Mimo odborné připravenosti je však nutno také zohlednit některé psychické (osobnostní) vlastnosti, nezbytné pro konkrétní pracovní zařazení (jedná se např. o specifické vlastnosti osobnosti, konkrétní pracovní dovednosti a pracovní návyky) (Pauknerová, 2006, s. 161). Odborná připravenost studentů oboru zdravotnický asistent je zaštitěna Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání 53-41/M01 vydaným MŠMT v roce 2008. Tento dokument vymezuje závazné požadavky na vzdělávání v jednotlivých stupních a oborech vzdělání, tzn. zejména výsledky vzdělávání, kterých má žák v závěru studia dosáhnout, obsah vzdělávání, základní podmínky realizace vzdělávání a pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Snaží se o lepší uplatnění absolventů středního odborného vzdělávání na trhu práce a jejich připravenost dále se vzdělávat, popřípadě se bezproblémově rekvalifikovat, a vést kvalitní osobní i občanský život. Další cílem je zvýšení kvality a účinnosti středního odborného vzdělávání (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2008a). Cetlová s Babickou ověřují, zda absolvent studia oboru zdravotnický asistent je schopen pomáhat a vést pacienty k odpovědnosti za své zdraví. Ve vztahu k sobě samému ovládl dovednosti seberegulace, sebehodnocení a upevňování vlastního zdraví, aby mohl čelit náročným profesionálním a životním situacím. Cílem studia oboru zdravotnický asistent je nabytí potřebných profesionálních kompetencí pro vztah k pacientům a ostatním pracovníkům i kompetencí potřebných z hlediska pracovního výkonu. Výzkumným šetřením autorky zjistily, že až polovina dotazovaných neví, jak komunikovat s dítětem nebo dospělým, kteří se bojí (Cetlová, Babická, 2010). Další nedostatek v odborné připravenosti zdravotnických asistentů odhalil výzkum Kohoutové a Pohlové z roku 2010, ve kterém hodnotili studenti střední zdravotnické školy v Praze přínos odborné praxe pro jejich profesní růst. Až polovina dotázaných vyjádřila částečné problémy s přístupem k lékařské a ošetrovatelské dokumentaci. Volnou odpovědí se studenti vyjadřovali k nedostatkům v ošetrovatelských činnostech, které si v praxi neměli možnost osvojit. Mezi nejčastěji prováděné výkony zařadili studenti

ošetřování katetrizovaných nemocných, péči o operační ránu a odběry biologického materiálu (Kohoutová, Pohlová, 2010). Studenti zdravotních škol se vzdělávají jak v teorii, tak především v praktickém osvojení si zásad moderního ošetřovatelství. Měli by tedy využívat ošetřovatelské standardy, zaměřit se na saturaci potřeb pacienta a vést efektivní komunikaci. Pekara et al. však konstatuje, že v praxi se často setkávají s naprostým opakem. Proto se ptají, proč je to jiné ve škole a jiné v praxi. Vůči personálu jsou studenti velmi kritičtí, vysoké procento z nich posléze zajede do stejných kolejí. Autor se ptá, zda mají v praxi vzory, podle kterých se mohou adaptovat a rozvíjet. Často se studenti setkávají s posměchem vůči školskému a učebnicovému přístupu (Pekara et al., 2012).

### **Výkonová dispozice (fyzická a psychická dispozice) zdravotnických asistentů**

Krninská doporučuje manažerům pracovat s lidským potenciálem člověka, který zahrnuje potenciál zdraví (tj. zdatnost a odolnost jedince), dovednostní a poznatkový potenciál (tj. vědomosti, zkušenosti, zručnost a připravenost je uplatnit), sociálně participační potenciál (tj. schopnost jedince vstupovat do širších sociálních vazeb a respektovat fungování sociálních útvarů), hodnotově orientační potenciál (tj. schopnost člověka diferencovat význam všeho, co souvisí se životem; rozhodování dle vnitřně přijatých hodnot, motivace spjatá s vnitřními hodnotami), tvořivý potenciál (tj. tvorba nového a maximální míra jeho uplatnění) a individuálně integrativní a regulační potenciál (tj. ovlivnění vlastního života, efektivní kultivace a seberealizace) (Krninská, 2002, s. 29-30). Zdravotničtí pracovníci po delším působení v oboru pociťují značnou únavu, jsou ohroženi i syndromem vyhoření. Jak sestry, tak i zdravotničtí asistenti jsou vystaveni stálé psychické zátěži, musí přistupovat k práci s maximálním nasazením. Na jejich schopnosti, dovednosti a znalosti jsou kladeny vysoké požadavky. Přidají-li se k tomuto typické stresové faktory, jako je například směnný provoz, změny rytmu spánku a odpočinku, dále zodpovědnost za nemocné, nedostatek sester a pomocného personálu, ale také aspekty soukromého života, může po nějaké době dojít k vyčerpání psychických i fyzických rezerv organismu (Heplová, Michálková, 2010). Psychická i fyzická zátěž začínajících zdravotníků spolu s konfrontací s utrpením a nemocí klade na nově nastupující pracovníky vysoké nároky. Významně souvisí s věkem, ve kterém absolvují nástupní praxi. Venglářová popisuje rizikové faktory související se špatně zvládanou adaptací. Jmenuje nevyzrálou osobnost studenta (není schopen se vždy správně orientovat na potřeby pacienta), konflikt rolí (konflikt mezi pečováním o vlastní a cizí), pocit bezmocnosti (nevléčitelně nemocní, umírající), vysoká odpovědnost, časový stres,

nepřetržitý kontakt s nemocnými, směnný provoz (narušení nočního odpočinku) a pocit narušeného osobního času (Venglářová, 2011, s. 28-29). Příprava a vzdělávání zdravotnických asistentů směřuje k rozvoji tělesných i duševních schopností a dovedností žáků, k prohlubování dovedností potřebných k sebereflexi, sebepoznání a sebehodnocení, k utváření adekvátního sebevědomí a aspirací žáků, k utváření a kultivaci svobodného, kritického a nezávislého myšlení žáků, k rozvoji jejich úsudku a rozhodování; k přijímání odpovědnosti žáků za vlastní myšlení, rozhodování, jednání, chování a cítění; ke kultivaci emočního prožívání žáků, včetně prožívání a vnímání estetického; k rozvoji kreativity a imaginace žáků; k rozvoji volných vlastností žáků a také k rozvoji specifických schopností a nadání žáků (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2008b).

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Velký význam zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše mnohdy řeší v třísměnném provozu na velmi specializovaných pracovištích. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Simonová, Ozorovský, 2010, s. 25). Stres spojený s prací může být způsoben psychosociálními faktory, jako jsou pracovní doba, organizace a řízení, vysoké nároky na práci s omezenou možností ji řídit, vnucené pracovní tempo, ohrožení zdraví vlastního či jiných osob, směňová a trvalá noční práce a také konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti. Stresogenním faktorem označujeme vše, co konkrétní jedinec vnímá nepříjemně, co ho zatěžuje, unavuje nebo vyčerpává. K vybraným rizikovým faktorům řadí Topf a Dillon kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, soukromí, smrt), emoční stavy pacientů, velkou odpovědnost zdravotníků, konflikty rolí (např. matka versus nároky profese), nedostatečnou pozornost věnovanou vlastním neřešeným problémům, sklony k samoléčbě, profesionální selhání, zdravotní rizika spojená s výkonem povolání, třísměnný provoz a spánkovou deprivaci, nároky plynoucí z týmové práce, nárazový charakter práce, ale také nepředvídaný hluk (Topf a Dillon, 1998 in Agentura ASPECTIO, 2011). Chrápavá se zaměřila na výskyt stresu u sester a s překvapením nepotvrdila hypotézu, že sestry do pěti let praxe nevykazují známky emocionálního vyčerpání (využila dotazník MBI zjišťující míru syndromu vyhoření). Naopak 33,72 % dotazovaných sester vykazovalo hodnoty signalizující

příznaky vyhoření (Chrápavá, 2009). Nešpor varuje před neefektivní strategií prevence profesionálního stresu zdravotnických pracovníků (užívání návykových látek - alkohol, tabák, káva, léky; útek od problému; agresivní chování; obranné mechanismy - vytěsnění, regrese, popření). Preventivní opatření doporučuje jednak samotným jedincům, ale i organizaci. V prevenci profesionálního stresu na úrovni jedince doporučuje prohloubit sebeuvědomění, vytvořit si kvalitní mezilidské vztahy, vést dobrou komunikaci s kolegy, opatřit si optimum informací a zvládnout nutné pracovní dovednosti, klást na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle, učit se ovládat negativní emoce (cvičením, výživou, relaxačními technikami). Na úrovni organizace by měly probíhat analýzy specifických stresových faktorů, míra odpovědnosti by měla odpovídat míře pravomoci pracovníka, organizace by měla podporovat odborné kontakty a vzdělávání, zprostředkovat nestigmatizující formu podpory. Příkladem může být PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům - strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací. Součástí systematických preventivních opatření by mělo být také finanční a morální ocenění pracovníka (Nešpor, 1995, s. 14-15).

Fyzická pracovní zátěž při ošetrovatelských činnostech byla předmětem zkoumání v NEXT-studii (The Nurses Early Exit Study). Studie poskytla informace o zátěži všeobecných sester v různých systémech zdravotní péče v 10 zemích Evropy (Francie, Německo, Finsko, Belgie, Velká Británie, Itálie, Holandsko, Polsko, Švédsko, Slovensko). V oblasti fyzické zátěže posuzovali autoři nejčastější úkony v oblasti práce s pacientem, jako jsou přesun, přenos a zvedání pacientů, mobilizace pacientů, stlaní a úprava lůžka, provádění hygienické péče u pacientů, oblékání pacientů, pomoc při stravování, setrvání v nepohodlné tělesné poloze a manipulace s lůžkem nebo vozíkem. Fyzikální expozice zvedání a ohýbání byla prokazatelně ovlivněna profesní pozicí. V Německu, Belgii, Finsku, Francii, Velké Británii a na Slovensku zdravotničtí asistenti prováděli úkony související se zvedáním a ohýbání více než registrované všeobecné sestry, což souhlasí s praktickým zaměřením zdravotnických asistentů na základní ošetrovatelskou péči. V dílčím šetření studie NEXT zaměřené na fyzické a psychické zdraví sester v Evropě dokládá, že všeobecné sestry na Slovensku a v Polsku hodnotí vlastní fyzické zdraví nejhůře mezi sestrami v Evropě. V souvislosti se zdravím se u nich nejčastěji ze sledované skupiny objevují bolestivá poškození krku, ramen a bederní páteře a také se vyznačují vysokou mírou vyhoření. Nejlépe si ve všech třech sledovaných kategoriích vedly sestry z Nizozemí. Vysokou míru vyhoření udávaly také sestry ve Francii (Hasselhorn et al., 2005). V českých podmínkách se na fyzickou zátěž sester zaměřila Mizerová a zpracovala souhrnnou práci s tímto tématem. Přestože sledovanou skupinou byly



sestry, lze předpokládat, že v případě zdravotnických asistentů, jejichž zaměření je více praktické, by byla zjištění velmi obdobná. Cituje řadu autorů sledujících následky fyzické zátěže sester, které spočívají ve zvýšeném výskytu muskuloskeletálních poruch v podobě onemocnění svalů, šlach, vazů, kloubů a chrupavek. Vliv počtu ošetřovaných pacientů a samotná práce ve směnném provozu jsou výrazným rizikovým faktorem v práci sester (Mizerová, 2013). Uhlíř, Betlachová, Kuchařová ve svém článku informovali, že práce všeobecné sestry byla vysoce zatěžující pro pohybový aparát. Při každodenní rutinní práci všeobecné sestry docházelo k přetížení svalů a meziobratlových plotének (Uhlíř, Betlachová, Kuchařová, 2011, s. 438).

### **1.3 Rizika nesprávně vedeného adaptačního procesu nových pracovníků**

Nesprávně řízený proces adaptace může přinést řadu problémů. Často dochází k tomu, že ačkoliv má organizace formálně zpracován postup adaptačního procesu, tak není využíván v plné šíři a organizace nepožaduje poskytnutí zpětné vazby. Proces adaptace bývá často zkracován. Pro optimální efektivitu adaptačního procesu je podle Tejnorové nezbytné jeho správné nastavení, řízení a zpětné vyhodnocení. Důvody podceňování adaptačního procesu mohou být různé: nepochopení významu a důležitosti, časová náročnost, nedostatečné zaškolení mentorů, nedodržení metodického procesu či nevyužití dostupných nástrojů (Stance Communications, 2011). Neúspěch adaptace může mít souvislost také s předchozí nedostatečnou profesionální přípravou, s nepříznivými osobními vlastnostmi či fyzickými indispozicemi zaměstnance. Pro dosažení optimálního průběhu adaptačního procesu je podle Pauknerové nezbytné věnovat patřičnou pozornost jeho řízení. Doporučuje nepodceňovat kvalitní výběr pracovníků s ohledem na jejich odbornou, výkonovou, motivační, sociální, morální, charakterovou a zdravotní způsobilost. Důležité je také kvalitní sestavení programu a řízení procesu adaptace nového pracovníka a vyhodnocování a kontrola průběhu tohoto procesu. Zabezpečování těchto podmínek a metodických pokynů mají v organizaci personalisté, úkolem přímých nadřízených je pak faktické uskutečňování procesu adaptace. Nedodržení těchto klíčových bodů se organizace vystavuje riziku finančních ztrát a potřebě opakovaného náboru nových pracovníků (Pauknerová, 2006, s. 216). Průběh adaptace a její důsledky mohou ovlivnit i činnosti předcházející, tedy nábor a výběr. Ne každý kvalifikovaný uchazeč se hodí do každého prostředí (Femppel, Zander, 2008). Pouze v případě, že obě strany znají vzájemná očekávání a na jejich základě jsou vybráni správní kandidáti na správné

pozice, může dojít ke zvýšení vzájemné spokojenosti, k porozumění a následnému přijetí organizační kultury a zároveň ke snížení míry fluktuace.

Škrlovi sledují rizika nesprávně vedeného adaptačního procesu přímo ve zdravotnických zařízeních a upozorňují na specifika českého zdravotnictví, a to na nedostatek personálu, jeho demotivaci a nízké finanční ohodnocení, které se projevuje i na adaptačním procesu nových zdravotnických pracovníků. Správně nastavený proces adaptace minimalizuje rizika spojená s nesprávným výběrem zaměstnance, jakými jsou násilí na pracovišti, demoralizace stávajících zaměstnanců, rizika spojená s nedostatkem nadšení a nízkou výkonností, stížnosti klientů, krádeže a škody z nedbalosti, sexuální obtěžování, finanční ztráty a ztráty vyplývající z opakovaného výběru a tréninku nových zaměstnanců (Škrla, Škrlová, 2008, s. 79). Šimáková se v roce 2010 věnovala výzkumu adaptace vybraných skupin pracovníků pomáhajících profesí na vzorku 85 sester (zdravotničtí asistenti nebyli zařazeni, lze však předpokládat, že jejich zkušenosti s adaptačním procesem budou obdobné). Na otázku výskytu nezájmu, naschválnů a neochoty pomoci ze strany spolupracovníků v době adaptace se 14,12 % sester vyjádřilo souhlasně, 25,88 % sester se s touto neochotou setkalo výjimečně. Největšími stresory v období adaptace byly pro tyto sestry obava ze zodpovědnosti a neznalosti, druhým největším stresorem byl nedostatek času a třetím pak těžké stavy ošetřovaných pacientů. Varovné bylo zjištění, že 25,88 % sester odpovědělo, že se v době adaptace setkaly na pracovišti se šikanou, mobbingem či bossingem. 14,12 % sester pak na základě špatné zkušenosti s adaptačním procesem chtělo změnit své zaměstnání (Šimáková, 2010, s. 43-47).

## 2 ADAPTAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ

V České republice je kontrola počáteční fáze výkonu povolání tradicí. Dříve byla označována jako nástupní praxe a její ukončení bylo formalizované. V roce 2004 však byl zrušen metodický pokyn určující její podrobnosti. I po zrušení tohoto předpisu zůstala povinnost zaměstnavatele zabezpečit absolventům středních, vyšších a vysokých škol přiměřenou odbornou praxi pro získání praktických dovedností. Řada zdravotnických zařízení nečekala a v rámci vnitřních předpisů vytvořila vlastní normy, kterými byl adaptační proces řízen (Vévoda, 2013, s. 108-109). Zdravotnické povolání obnáší řadu specifíků, a proto je třeba uzpůsobit adaptační proces těmto okolnostem. Pro jednotný postup byl v roce 2009 vydán Ministerstvem zdravotnictví ČR Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské pracovníky. Nejde o závazný právní předpis, ale pouze o návod či doporučení. Povinnost absolvovat adaptační proces má nelékařský zdravotnický pracovník, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona 96/2004 Sb. (např. absolventi SZŠ), dále nelékařský zdravotnický pracovník, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky (např. zaměstnanci na rodičovské dovolené) a dále nelékařský zdravotnický pracovník, který přešel na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho nové práce se výrazně liší. Fáze adaptačního procesu ve zdravotnictví dělí Škrlovi na základní, všeobecnou a odbornou. V základní fázi trvající 1-2 týdny je úkolem seznámit zaměstnance s nemocnicí, harmonogramem práce, provozním řádem, posláním a vizí, bezpečnostními předpisy a řády, systémem odměňování a popisem a náplní jeho práce. Všeobecná část v rozsahu až 6 týdnů zahrnuje osvojení si všeobecných informací a výkonů zaměstnancem (např. odběry biologického materiálu, výživa pacientů, podávání léků apod.). V poslední fázi trvající několik měsíců se zaměstnanec sžívá s novým prostředím, s hodnotovým systémem organizace, prověřují se jeho znalosti a dovednosti před převzetím plné odpovědnosti za svou práci (Škrla, Škrlová, 2008, s. 77).

Každý účastník adaptačního procesu musí mít vedenou předepsanou dokumentaci o průběhu adaptace. Ihned při nástupu do zaměstnání je pro něj vystaven plán adaptačního procesu, určen školící pracovník a zaměstnanec je vedoucím pracovníkem seznámen s průběhem a organizací tohoto procesu. Pracovníka určeného ke školení nových zaměstnanců v rámci adaptačního procesu lze vybrat z kategorie nelékařských pracovníků, kteří získali odbornou způsobilost dle zákona 96/2004 Sb., nebo nelékařského pracovníka, který získal Osvědčení

k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, event. specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost. Proces adaptace probíhá v rozmezí 3-12 měsíců, jeho délka závisí na znalostech, dovednostech a schopnostech zaměstnance. Kratší doba adaptace (3-6 měsíců) je určena pro zaměstnance po přerušení výkonu povolání na více než 2 roky a zaměstnance měnící pracoviště ve zdravotnickém zařízení. Vedoucí pracovník má povinnost minimálně 1krát měsíčně provést hodnotící pohovor, prověřit praktické dovednosti a provést krátký záznam o průběhu adaptace do řízené dokumentace. Vedoucí pracovník má také možnost zadat účastníkovi adaptačního procesu písemnou práci na odborné téma. Informace o průběhu adaptačního procesu jsou dále předávány vedoucímu pracovníkovi nelékařských zdravotnických oborů. Vedoucí pracovník může ve spolupráci se školícím pracovníkem provádět návrhy na přeřazení účastníka adaptačního procesu na jiné pracoviště, dále může prodloužit či zkrátit délku adaptačního procesu či provést písemné hodnocení závěrečné práce. Navrhované změny musejí být odsouhlaseny vedoucími pracovníky nelékařských zdravotnických oborů. Úkolem školitele je přímé odborné vedení nového zaměstnance, jeho průběžné hodnocení se zápisem a předáváním informací o průběhu adaptace vedoucímu pracovníkovi (Česko, 2009). Školitel může svým osobním přístupem výrazně ovlivnit vztah k práci, zdravotnímu prostředí i formování osobnosti nově nastoupeného zdravotního asistenta. Školitel by měl být silnou osobností s dostatečnou praxí a pokud možno vyšším vzděláním než nově nastupující pracovník. Měl by pomáhat nejen odborně, ale i lidsky. Při jeho výběru by se mělo přihlížet k osobním kvalitám, jako jsou profesionální zaujetí prací, schopnost rychle navazovat a udržet kontakt s lidmi, zájem o práci s lidmi a dostatečná sdílnost. (Skoupá, 2009) Svými schopnostmi, empatií a akceptací pacienta, kultivovaností, vystupováním na veřejnosti a prezentováním organizace, by mentor měl být profesionálním vzorem a napomáhat novému zaměstnanci upevnit si vztah k výkonu povolání (Lajdová et al., 2010, s. 46).

Ukončení adaptačního procesu by mělo probíhat formou závěrečného pohovoru, jehož se účastní nový zaměstnanec, vedoucí pracovník daného úseku a školitel. V případě zadání závěrečné práce je součástí také obhajoba této práce. V případě úspěšného ukončení adaptačního procesu je zaměstnanec seznámen se závěrečným hodnocením, vedoucí pracovník vše řádně zaznamená do dokumentace, která je součástí osobního spisu zaměstnance. Na podkladě ukončení adaptačního procesu je pracovníkovi navržena náplň práce a jsou posíleny jeho kompetence v souladu se zákonem. Metodický pokyn přesně definuje nezbytné součásti dokumentace vedené v souvislosti s adaptačním procesem. Patří sem identifikační údaje zdravotnického zařízení a organizačního úseku, kde adaptace probíhá,

název řízeného dokumentu (Plán zapracování/adaptačního procesu), jméno, příjmení a rok narození účastníka adaptace, jméno a příjmení vedoucího pracovníka a školitele. V dokumentaci musí být záznam o seznámení s vnitřními předpisy daného zařízení a daného úseku, výčet odborných znalostí a dovedností, které účastník adaptace zvládl, hodnotící kritéria a závěrečné hodnocení celého procesu, které obsahuje také další doporučení k rozvoji a vzdělávání zaměstnance (Česko, 2009).

Fakultní nemocnice v Olomouci je akreditovaným zdravotnickým zařízením a otázka adaptačního procesu nelékařských zdravotnických pracovníků je systematicky zpracována interními normami. Tyto jsou závazné pro všechny vedoucí pracovníky. Dokumentace monitorující průběh adaptačního procesu od jeho zahájení, přes průběžná hodnocení a písemné zprávy z těchto setkání, jsou součástí personálního spisu zaměstnance. Ukončení adaptačního procesu, které obsahuje závěrečné hodnocení a také doporučení pro další rozvoj, stvrzuje svým podpisem vedoucí pracoviště (přednosta kliniky), vrchní sestra, staniční sestra a zaměstnanec. V této podobě je předloženo náměstkovi nelékařských oborů ke schválení (interní normy FNOL).

### 3 PROFESE ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

#### Vzdělávání zdravotnických asistentů

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se získává absolvováním školního vzdělávacího programu nebo vzdělávacího kurzu. Vyhláška 39/2005 Sb. stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Školní vzdělávací program má standardní dobu studia 4 roky, z toho praktické vyučování činí nejméně 900 hodin. Vzdělávací program kurzu zahrnuje nejméně 500 hodin teoretické výuky a nejméně 400 hodin praktického vyučování (Česko, 2005). Dále mají odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky (Česko, 2004). Absolvent vzdělávacího programu by měl nalézt uplatnění ve zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního charakteru a v domácí ošetrovatelské péči; jako zdravotnický pracovník v zařízeních sociální péče, v ústavech sociální péče, ve stacionářích pro osoby se zdravotním postižením, zařízeních geriatrické péče a zařízeních hospicové a respitní péče (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2008b). Zdravotnický asistent zde poskytuje ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů poskytuje bez odborného dohledu a ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči (Česko, 2011b). Činnosti zdravotnického asistenta specifikuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., která je prováděcím předpisem zákona č. 96/2004 Sb. Vymezuje činnosti, ke kterým jsou zdravotničtí asistenti způsobilí a které mohou z pověření zaměstnavatele vykonávat samostatně a které pod odborným dohledem.

První absolventi studia oboru zdravotnický asistent se zapojili do praxe v červnu 2008. Odborná veřejnost však nebyla dostatečně připravena na přijetí nového člena ošetrovatelského týmu. Mikšová na poradě hlavních sester v listopadu 2008 v Praze upozornila, že zdravotnický asistent je platným členem zdravotnického týmu a odpovídá za činnosti, které vykonává v souladu se svými kompetencemi (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008b).

## **Finanční hodnocení zdravotnického asistenta**

Plat nebo mzda patří k důležitým faktorům: je-li nepříznivý, pak silně ovlivňuje nespokojenost s prací. V ošetrovatelském povolání je uváděn jako jeden z hlavních prediktorů odchodu z této profese. Mezinárodní studie The European NEXT-Study dotazovala 56 000 sester v deseti evropských zemích. Ve všech zemích byly sestry nespokojeny s platem nejvýrazněji ve vztahu k porovnání s platy v jiných profesích. Velkou roli hraje v ošetrovatelském povolání nízká úcta ve spojení s nízkou odměnou a nízkou kontrolou statutu (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, 2005, in Haroková, Gurková, 2013).

Finanční hodnocení zdravotnických pracovníků ve státních zdravotnických zařízeních vyplývá z pracovní smlouvy a sjednaného druhu práce, může být odměněn platem v rozsahu 7. - 9. platové třídy (Brůha, Prošková, 2011). Vláda stanovuje nařízením zařazení prací do platových tříd, kvalifikační předpoklady, způsob zařazování zaměstnanců do platových tříd, podmínky pro určení započitatelné praxe a další parametry (Hůrka et al., 2014). V roce 2009 publikovala Bezděková přehled nárůstu platů zdravotnických pracovníků, mimo jiné také zdravotnických asistentů: v 1. pololetí 2008 činil průměrný měsíční plat zdravotnického asistenta 13 280,- Kč, v 1. pololetí roku 2009 vzrostl na částku 13 985,- Kč. Výše platu je závislá na velikosti zdravotnického zařízení: čím větší je zdravotnické zařízení, tím vyšší plat poskytuje nelékařským pracovníkům. Nejvyšší platové hodnocení mají nelékařští pracovníci ve státních a obecních zařízeních, nejméně potom v soukromých zařízeních. (Bezděková, 2009).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

### Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je deskripce subjektivních a objektivních faktorů ovlivňujících adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL. Dílčími cíli výzkumu jsou:

- posouzení vlivu pracovních podmínek,
- hodnocení účinku interpersonálních vztahů,
- úloha hodnocení pracovníka v adaptačním procesu,
- přínos odborné připravenosti,
- působení osobní připravenosti na adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL.

### 4.1 Metodika výzkumu

#### Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořili zdravotničtí asistenti, pracující na lůžkových interních pracovištích FNOL.

Kritéria pro výběr respondentů:

- zdravotnický asistent pracující na lůžkovém interním pracovišti FNOL,
- absolvent ukončeného adaptačního procesu před nejdéle 12 měsíci,
- souhlasící s účastí ve výzkumném šetření (projevenou souhlasem s realizací rozhovoru).

Výběr respondentů byl záměrný, a to proto, aby respondenti měli zkušenosti se zkoumaným problémem v podobném prostředí a jimi poskytnuté informace pak podaly informačně bohatý a pravdivý obraz (Gavora, 2000, s. 144). Výběrový soubor se shoduje se souborem základním (Mioviský, 2006, s. 131).



## **Použitá metoda a technika sběru dat**

K dosažení vytyčených cílů a získání odpovědí na výzkumné otázky byl zrealizován kvalitativní výzkum. Použita byla technika rozhovoru, jehož struktura byla předem připravena, jednalo se o polostrukturované (semistrukturované) rozhovory se zdravotnickými asistenty. Metoda moderovaného rozhovoru je vhodná k získání kvalitativních dat, Miovský doporučuje její použití, díky kterému je dosaženo odpovědí na předem stanovená témata (dle vypracovaného schématu se specifikací okruhů otázek) a současně je respondentům umožněn volný projev a možnost vyjádření se k subjektivně vnímaným problémům, které nebyly předem stanoveny. Pořadí jednotlivých kategorií otázek lze zaměňovat, tazatelé poskytují rozhovor možnost kladení doplňujících dotazů k vysvětlení a rozpracování konkrétních témat do hloubky s ohledem na cíle výzkumu a současně možnost kombinace vlastního rozhovoru s metodou pozorování. Vzájemné spojení těchto metod umožňuje tazatelé vytvoření vztahu s dotazovaným a budování otevřenější atmosféry, která usnadňuje hlubší proniknutí do tématu a získání validnějších dat (Miovský, 2006, s. 156).

Schéma rozhovoru bylo pro tazatele závazné. V tomto schématu byly otázky řazeny do jednotlivých zkoumaných kategorií vytvořených dle výzkumných záměrů. Bylo možno aktuálně měnit pořadí otázek, ale také pokládat doplňující otázky pro ověření správného pochopení respondentem a pro možné rozšíření odpovědi. Úvodní část rozhovoru obsahovala cílený dotaz na souhlas s účastí ve výzkumném šetření a dotaz na souhlas s přepisem rozhovorů a dodržení anonymity. Potvrzení souhlasu s účastí ve výzkumném šetření bylo již součástí zvukového záznamu rozhovoru.

## **Organizace výzkumného šetření**

V listopadu 2013, po schválení výběru účastníků výzkumného šetření z řad pracovníků FNOL ředitelem tohoto zdravotnického zařízení, určili pracovníci personálního odboru vhodné kandidáty, jejich počet a umístění na jednotlivých pracovištích. Jednalo se o anonymní skupinu sedmi zdravotnických asistentů, splňujících daná kritéria. Prostřednictvím vrchních sester jim byly předány dopisy s informacemi o osobě výzkumníka, cílech výzkumného šetření, jejich roli ve výzkumu a rámcově jim byly sděleny tematické okruhy dotazů. Bylo jim vysvětleno, jakým způsobem bude nakládáno se záznamy rozhovorů a jak bude ošetřena jejich anonymita v rámci výzkumného šetření. V závěru motivačního dopisu byly uvedeny

kontaktní údaje na výzkumníka. 5 kandidátů následně kontaktovalo výzkumníka a následně se účastnilo výzkumného šetření.

Rozhovory byly prováděny v předem dohodnutém čase a v prostředí, které zajišťovalo klid a minimum rozptylujících faktorů pro dotazované. Ve třech případech volili místo realizace rozhovoru respondenti, ve dvou případech navrhoval lokalitu pro provedení rozhovoru tazatel. V úvodu samotného rozhovoru a před zahájením zvukového záznamu proběhlo navázání vztahu krátkou společenskou konverzací se snahou získat důvěru respondenta (Chráška, 2007, s. 153; Gavora, 2000, s. 110). Délka záznamů jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí od 15 do 28 minut. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu, zvukový záznam byl poté přepsán a následně analyzován (Příloha č. 1). Audiozáznam byl přínosem pro výzkumníka, který si nemusel dělat poznámky a záznamy z interview, ale mohl si zaznamenávat výsledky pozorování (pozorování, mimika respondenta, zamyšlení, váhání, pauza v rozhovoru, ironie v odpovědích). Takto bylo výzkumníkovi umožněno získat maximum fixovaných dat (Miovský, 2006, s. 198). Vedení dialogu bylo nedirektivní, byly kladeny doplňující otázky pro získání konkrétnějšího obsahu odpovědí. Tazatel se opíral o písemné schéma (Příloha č. 2). Realizace rozhovorů proběhla v období od 27. 12. 2013 do 5. 2. 2014. Písemný přepis rozhovorů do textové podoby proběhl ve všech případech do 3 dnů od samotného provedení, aby byla v co nejširší míře vystižena atmosféra setkání. Bylo použito textového editoru MS Word a opakovaného poslechu audiozáznamů se závěrečnou kontrolou obsahu přepisu výzkumníkem (Miovský, 2006, s. 207).

### **Pilotní rozhovory**

V rámci předvýzkumu byly provedeny pilotní rozhovory. Tazatel s nedostatečnými zkušenostmi ve vedení rozhovoru si mohl vyzkoušet jejich realizaci a následně je analyzovat, současně bylo možno posoudit subjektivní faktory tazatele i respondenta (Chráška, 2007, s. 153). Dohled a posouzení pilotních rozhovorů zajišťoval vedoucí práce. Respondenti byli vybráni z okruhu zdravotnických asistentů, kteří nesplňovali kritéria výzkumu z důvodu delšího časového úseku od ukončení adaptačního procesu. Tímto výběrem zůstal zachován maximální počet respondentů splňujících kritéria výzkumu. V úvodu každého rozhovoru byli účastníci dialogu upozorněni na účel vzájemného setkání, pro autentičnost byl použit diktafon. Audiozáznamy nebyly uloženy ani použity ve výzkumném šetření. Cílem pilotních rozhovorů bylo zaměřit se na osobnost tazatele, skladbu a způsob kladení otázek, návaznost dialogu, schopnost upřesnění odpovědí doplňujícími otázkami s umožněním volných

odpovědí, nonverbální komunikaci tazatele, rušivé prvky okolí a časový rozsah rozhovoru. Po skončení rozhovoru byli dotazovaní vyzváni k hodnocení srozumitelnosti kladených otázek a k subjektivnímu vyhodnocení přístupu tazatele. Výsledkem prvního rozhovoru byly změny ve znění a konkretizaci otázek s otevřenou odpovědí a ve vstupní informovanosti respondenta k rozhovoru (souhlas s účastí ve výzkumu, souhlas s nahráváním dat a zajištění anonymity). Oba pilotní rozhovory přinesly podstatné informace pro skladbu a formulaci otázek a ovlivnily přístup tazatele, zejména v oblasti vedení rozhovoru a monitoraci kvality získaných odpovědí.

## **4.2 Třídění a analýza dat**

Vybraná kvalitativní analýza spočívala v systematickém nenumeričném organizování dat výzkumníkem s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy (Hendlin Skutil, 2011, s. 213). Miovský tuto fázi realizace kvalitativní studie označil jako nejobtížnější. Bylo nutné i přes velkou míru volnosti výkladu a nízkou standardizaci dílčích postupů analyzovat získaná data metodou vytváření trsů. Trsy vznikly na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami (Miovský, 2006, s. 221). Při práci byla použita elektronická verze textu a technika barvení textu, kdy každé z témat bylo vyjádřeno jednou barvou. V kombinaci s metodou prostého výčtu, která je na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem, bylo popsáno, jak často se daný jev vyskytl.

Vytvořeny byly následující kategorie otázek:

### **Obecné údaje:**

- vyjádření ochoty odpovídat na položené dotazy a poskytnutí souhlasu s účastí na výzkumném šetření
- vyjádření souhlasu se zvukovým záznamem našeho rozhovoru, který bude ihned po doslovném přepisu zničen
- sdělení, kdy byl ukončen adaptační proces

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení pracovních podmínek na adaptační proces?**

- první dojmy z prostředí nového pracoviště
- nejjintenzivněji působící prvek z nového pracoviště
- návrh změny prostředí nového pracoviště

- hodnocení spokojenosti s osobním a hygienickým zázemím pracoviště
- možnost dodržovat pracovní přestávky
- hodnocení dostupnosti a množství pomůcek a materiálu
- určení druhů přístrojové techniky na pracovišti a doba potřebná k jejímu samostatnému ovládnutí
- způsob seznámení s přístrojovou technikou
- motivace pro výběr pracoviště
- představy o práci na oddělení v porovnání se skutečnými požadavky

**Výzkumná otázka č. 2: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na vliv interpersonálních vztahů na adaptační proces?**

- vliv pracovního kolektivu
- výběr poskytovatele zvýšené péče o nového zaměstnance
- identifikace způsobu, jakým byla tato péče projevoována
- doba pro zařazení do pracovního týmu
- úroveň spolupráce s pomocným nelékařským personálem pracoviště
- úroveň spolupráce s lékaři pracoviště
- vývoj vztahu k pacientům v průběhu adaptačního procesu

**Výzkumná otázka č. 3: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na roli hodnocení pracovníka v adaptačním procesu?**

- plán hodnocení adaptačního procesu
- osoby hodnotící adaptační proces a volba prostředí
- pocity spojené se setkáními v rámci hodnocení
- příprava k hodnocení, zdroje informací
- způsob hodnocení praktických dovedností
- použitá metoda hodnocení adaptačního procesu
- spokojenost s použitou metodou hodnocení

**Výzkumná otázka č. 4: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na význam odborné připravenosti v adaptačním procesu?**

- znalosti a dovednosti ze školy, které absolvent uplatňuje

- klíčové oblasti dovedností
- úroveň připravenosti v oblasti ošetrovatelské dokumentace
- úroveň připravenosti v oblasti komunikace
- znalosti kompetencí získané ve škole
- znalosti kompetencí získaných na pracovišti
- dodržování kompetencí okolím

**Výzkumná otázka č. 5: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na přínos osobní připravenosti na adaptační proces?**

- vliv nového zaměstnání na psychiku respondentů
- dopad nového zaměstnání na fyzickou stránku respondentů
- způsob vyrovnání se se směnným provozem
- dopad nástupu do nového zaměstnání na zdravotní stav respondentů

**Prostor k vyjádření respondenta; postřehy k průběhu adaptačního procesu a doplnění klíčových bodů, které nebyly zmíněny.**

### 4.3 Sumarizace výsledků

#### **Výzkumná otázka č. 1: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení pracovních podmínek na adaptační proces?**

##### **První dojmy z prostředí nového pracoviště**

K této otázce se vyjádřili všichni respondenti, jedna z respondentek použila srovnání s minulým zaměstnáním a popisovala šok z rytmu nového pracoviště. Další respondentka nedokázala posoudit, protože šlo o první pracovní zkušenost. Ostatní respondenti vyjadřovali spokojenost a dobré dojmy, které spojovali s novým pracovištěm.

ZA 1: *„Byl to šok- přijdete na nové místo, já jsem předtím pracovala na LDN, tak tam byl ten rytmus té práce jinej, ale tak člověk si zvykne. Takže prvotní byl jako ten šok, protože tady je víc těch odborných výkonů a víc odborných věcí než jenom ta ošetrovatelská péče.“*

##### **Nejintenzivněji působící prvek z nového pracoviště**

Své názory vyjádřili všichni respondenti, ve dvou případech poukazovali na nedostatek prostoru pro práci sester, nevhodné uspořádání pracovních ploch, jeden respondent zmínil nevyhovující přístupnost k lůžku pacienta a další respondentka uvedla, že na ni silně zapůsobilo nevyhovující sociální zařízení pacientů. Kladné působení zmínila vedle kritiky pouze jedna z respondentek, zapůsobilo na ni čisté prostředí.

ZA 1: *„Tak bylo všechno čisté a vymalované, asi sesternu by to chtělo větší, tam je málo toho pracovního prostoru, když se jede ta skupinová péče, tak do sebe vrážíme loktama u těch pracovních ploch. No, ale jinak jako, chtělo by to samozřejmě zmodernizovat to oddělení, ale tak to už jsou takovy věci asi nereálný. Co já vím, co jsme se učili ještě ve škole, tak každý pokoj by měl mít to svoje sociální zařízení a takové ty různé věci a tady to splňují tři pokoje vlastně z deseti a je to takové i pro ty pacienty. A když se podívám na to sociální zařízení pro pacienty- to společné, tak bych si ho představovala prostě takovy lepší co se týče přístupnosti, prostoru.“*

##### **Návrh změny prostředí nového pracoviště**

K této otázce se vyjádřili všichni respondenti. Jedna respondentka by s ohledem na krátké působení na pracovišti nic neměnila. Návrhy ke změně se lišily, jedna z respondentek by chtěla změnit sociální a hygienické zázemí pro pacienty, další by vylepšila pokoje a jejich vybavení, další respondent by si přál změnu prostor a doplnění nových pomůcek pro pacienty, komunikační systém, poslední respondentka by změnila výmalbu, aby se cítila jako doma. V konečném hodnocení byly všechny navrhované změny směřovány k většímu komfortu pacientů.

ZA 2: „*Tak kdyby byly peníze, tak určitě bych dopřála pacientům lepší pokoje, lepší vybavení a všechno. Proto, aby měly sestřičky větší prostor na práci, protože kolikrát je to náročné, když je hodně pacientů. Kdyby byly peníze, tak proč ne.*“

### **Hodnocení spokojenosti s osobním a hygienickým zázemím pracoviště**

V odpovědích vyjadřují všichni respondenti spokojenost s hygienickým a sociálním zázemím personálů, hodnotí je jako dostačující, jedna respondentka by chtěla změnit koupelnu.

ZA 1: „*No, tak, jelikož teoreticky by jsme se měli osprchovat, když jdeme z práce, a jediná sprcha je taková miniaturní, co máme na sesterně na záchodkách, tak to bych taky změnila, protože mi to přijde ještě to je tam takový, jak ve starém paneláku- mi to přijde, Ale jinak šatny jako jsou v pořádku, každý vlastně skříňka nová. Ale tu sprchu přesto používáme, protože občas je to potřeba.*“

### **Možnost dodržovat pracovní přestávky**

Respondenti odpověděli všichni, v odpovědích respondentů ZA 2 a ZA 3 byl znát ironický podtón v odpovědích, provázený smíchem a úšklebkem. Všichni však odpovídali, že pracovní přestávku čerpají podle možností provozu, časové úseky mezi přestávkami ani délku přestávky nedodržují přesně, spíše orientačně a rozdělené na kratší přestávky v průběhu dne. Zajímavé bylo sdělení ZA 4, kterého nedostatek času během pracovních přestávek přiměl k nekuřáctví.

ZA 1: „*Á- pracovní přestávky, no tak celkově za tu směnu ji dám dohromady tu přestávku, ale že bych měla v kuse tu půlhodinu, tak to málokdy se stane, že bych to vyloženě stihla.*“

ZA 2: „*Snažíme se (smích- pozn. autora) když je, tak je, když není, tak není-no. Ale není to zas tak často, to si najdeme čas se najest a napít nebo jít na záchod.*“

ZA 4: „*Daří, teď už jo, já jsem přestal kouřit, tak teď už jo. To bylo na začátku, kdy jsem fakt neměl dost času na tu přestávku, to byla dobrá odvykačka. Já jsem přestal kouřit vlastně tady na tomhle místě. Bylo to z nedostatku toho času a taky nemám rád, když se někdo schovává. Ty místa pro kouření, tam je člověk jak na hanbě, všichni to sledují o to víc.*“

### **Hodnocení dostupnosti a množství pomůcek a materiálu**

V odpovědích na spokojenost s množstvím pomůcek a materiálu se nejčastěji vyskytoval názor, že pomůcek je dostatek, případný aktuální nedostatek řeší respondenti vypůjčením si konkrétního materiálu z okolních pracovišť. Jeden z respondentů by ocenil více pomůcek pro cvičení a manipulaci s pacienty. Jedna z respondentek cítí výrazný nedostatek pomůcek a materiálu, cítí potřebu navýšení tohoto materiálu na takovou úroveň, aby nemusela šetřit, což ji omezuje.

ZA 1: „*Ne, ne, ne, ne- řekla bych i pro takový ten větší komfort těch pacientů- no úplně komplet všeho, že by toho mělo být třeba i o polovinu víc, ať už vezmu jenom ochranný pomůcky, rukavice, stříkačky, jehly, no prostě, abych nemusela šetřit, je to svým způsobem omezující.*“

### **Určení druhů přístrojové techniky na pracovišti a doba potřebná k jejímu samostatnému ovládnutí**

Výčet přístrojové techniky pracovišť byl poměrně skromný, což se dalo předpokládat s ohledem na standardní oddělení, na kterých respondenti pracují. Některým respondentům činilo obtíže vzpomenout si, jaké vlastně přístroje na pracovišti mají, jedna respondentka jmenovala i přístroje, které neobsahuje, protože slouží k intravenózní aplikaci léčiv. Doba potřebná k samostatnému zvládnutí uvedené jednoduché přístrojové techniky se pohybovala od 1- 4 měsíců. V průměru tato doba činila 2,1 měsíce.

ZA 1: „*Tak tady máme vlastně ty inhalery- akorát, infuzní pumpy, ale s těma jako já nepracuji, injektomy- s těma také ne, a jinak odsávačky, no a kyslík a sání- centrální. No, takže, to bylo různě, co se týče těch přístrojů, většinu jsem třeba znala ze školy, ten centrální kyslík i ta odsávačka, tam zmáčknete párkrát čudlík a je to. Trošičku s těma inhalerama jsem bojovala, kam dát vlastně tu inhalační látku, do těch třech měsíců si troufla říct, že to zvládnou.*“

### **Způsob seznámení s přístrojovou technikou**

Nejčastěji se respondenti seznamovali s přístrojovou technikou pomocí ukázky (ve všech případech), 3 respondenti trénovali práci s přístrojem pomocí nácviku, jedna respondentka přímo u pacienta pod dohledem sestry. Pouze jedna z respondentek uvedla, že měla možnost seznámit se s dokumentací k přístrojům.

ZA 3: „*Já myslím, že toto šlo dobře. Jak jsme se v práci dostaly k tomu, že použijeme ten přístroj, tak mi to sestra ukázala a příště jsem to mohla zkusit už u pacienta a ona mě kontrolovala. Nebylo to tak náročné.*“

ZA 5: „*Všechno mi staniční předvedla a ukázala, pak jsem si to mohla vyzkoušet a pak mi ukázaly ještě ty papíry k tomu. Ty jsem si jenom přečetla.*“

### **Motivace pro výběr pracoviště**

V odpovědích respondentů byla 3krát zmíněna odbornost pracoviště a s ní spojené odborné výkony, 2 respondenti zohlednili lokalitu zdravotnického zařízení a jeden respondent byl motivován od kamarádky, která pracovala na podobném oddělení.

ZA 1: „*Tak lákalo mě to, že je to zpátky v místě mého bydliště a jednak taky jsem chtěla přejít od té ošetrovatelské péče k těm odborným výkonům, s tím se tady setkáváme celkem dost, takže to mě vyhovuje.*“



ZA 5: „Mám kamarádku, která to dělala na jiným oddělení a vyprávěla mi o tom, takže jsem si dovedla představit, co to obnáší a věděla jsem, že to je zajímavý.“

### **Představy o práci na oddělení v porovnání se skutečnými požadavky**

Odpovědi respondentů na tuto otázku se různily, jedna respondentka neměla žádnou představu o práci na vybrané jednotce, další dva vyjádřili shodu s představami, u jedné z respondentek se představa shodovala pouze částečně a jedna respondentka měla odlišné představy zejména v oblasti dopadu na psychiku.

ZA 1: „No, upřímně, já jsem nějakou vyloženou představu, když jsem semka šla, neměla. Já jsem v životě na takovém oddělení nebyla, jenom na exkurzi a to jsme jenom tak prosvištěli, takže jsem nevěděla, jaký je tady ten harmonogram práce a toho všeho, takže jsem šla tak jakoby na slepo, když to řeknu.“

ZA 3: „Něco jsem si dovedla představit a něco jsem poznala až tady, jako že chodijou ještě na jiné výkony, co jsem ani nevěděla, že je tady dělají. To jsem poznala až tady. Třeba ty přípravy před tím výkonem, to jsem si myslela, že bude jednodušší a třeba to bylo složitější.“

### **Výzkumná otázka č. 2: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na vliv interpersonálních vztahů na adaptační proces?**

#### **Vliv pracovního kolektivu**

Odpovědi respondentů vyjadřují spokojenost s pracovním kolektivem včetně lékařů, oceňují ochotu pomáhat, přátelský vztah a práci v týmu.

ZA 1: „Já si myslím, že dobře, jo, neměla jsem s nikým žádný problém, že by byli neochotní nebo tak, všechno šlo dobře.“

ZA 5: „Samá pozitiva, já jsem s kolektivem spokojená.“

#### **Výběr poskytovatele zvýšené péče o nového zaměstnance**

Pouze jeden z respondentů odpověděl, že od členů kolektivu dostával stejnou podporu, dvěma respondentům poskytovala větší péči školící sestra, vedoucí pracovník poskytoval větší péči dvěma sestrám, jedna respondentka získávala větší podporu od dohled provádějících sester.

ZA 1: „No tak trošičku větší moje školící sestřička, ale jinak jako všichni vycházeli vstříct, když jsem něco potřebovala vědět tak jo. Ale i vedoucí sestra. Já jsem nastupovala zrovna v době, kdy se tady měnily staniční sestry, takže to bylo trošičku takový komplikovanější, ale jinak, že bych mohla říct něco špatného, ne, tam bylo trošičku hektičtější.“

ZA 2: „Tak sestřička, co mě zaučovala, tak jelikož jsem s ní sloužila často, tak jsem k ní měla asi nejbližší a potom časem už jsem se sprátelila se všema ostatními. Jak to bývá, tak vždycky máte někoho víc ráda a někoho trošku míň, ale fakt jako supr, supr kolektiv.“

## **Identifikace způsobu, jakým byla tato péče projevována**

Dva respondenti jmenovali vysvětlení a společnou práci, jeden respondent uvedl ukázkou, poskytnutí materiálů, manuálu, ale také se jeden z respondentů zmínil o opatření upozorňujícím na chybu, které přispělo k jeho vyvarování se opakování chyby.

*ZA 4: „Na moje otázky mi vždycky narovinu odpověděli. Když po mojí službě něco našli, tak mi vždycky nechali obálku na stole, takhle jsme byli domluveni, abych to příště spravil. Vždycky jsem si pak vzpomněl, co tam bylo a jak se mi nechtělo se zase vracet a spravovat to. Nakonec ty chyby z obálek si asi pamatuju nejlíp.“*

## **Doba pro zařazení do pracovního týmu**

Jeden respondent uvedl dobu 1 měsíc, další 1-2 měsíce, další 2 měsíce a další 3 měsíce. Jeden respondent zadal dobu, která byla potřebná k vnímání sebe sama jako součásti kolektivu na 12 měsíců. Průměrná doba činila 3,9 měsíců.

*ZA 1: „To je takový, asi ten rok, co jsem si říkala, že už semka patřím, jo, asi rok.“*

*ZA 3: „Jak dlouho? Tak než jsem se do toho dostala, byla jsem právě čerstvě ze školy, tak já myslím, že měsíc, dva měsíce.“*

## **Úroveň spolupráce s pomocným nelékařským personálem pracoviště**

Společným prvkem všech respondentů při hodnocení spolupráce s pomocným nelékařským personálem bylo výborné hodnocení vztahů, ve třech odpovědích respondentů se zobrazila skutečnost, že řadu výkonů provádějí společně a zřejmě i proto vnímají tyto vztahy jako bližší.

*ZA 1: „S nima můžu říct, že vycházím jako velmi dobře, že tam to bylo takovy, prostě, no dobrý, asi jsme si i blíž než s ostatníma sestrama.“*

*ZA 3: „To bylo od začátku bezproblémové, hodně věcí děláme společně a tak i ty vztahy jsou jiné.“*

## **Úroveň spolupráce s lékaři pracoviště**

Tři respondenti hodnotili spolupráci s lékaři jako dobrou, jeden jako výbornou a jeden na stejné úrovni s ošetřovatelkami. Dva respondenti jmenovali ochotu lékařů a jeden respondent překonával prvotní ostych.

*ZA 1: „No, já si myslím, že spolupráce byla celkem dobrá, tam šlo jenom o takovej ten můj prvotní ostych že prostě než si na ně člověk zvykne, než zjistí jak na ně a tak, teďkom už je to bez problémů.“*

*ZA 5: „Stejně jak jsem řekla s těma ošetřovatelkami, i paní doktorka když od nás něco potřebuje, hlavně dokumentace teda, jsou tam mladý doktorky a rozumíme si.“*

## **Vývoj vztahu k pacientům v průběhu adaptačního procesu**

Respondenti vyjádřili ve třech odpovědích změnu, která byla spojena s rozvojem a ověřením znalostí, dva respondenti změnu neudávali, ovšem jeden z nich zaznamenal bližší vztahy s pacienty, které se snaží překonat a udržovat si odstup.

ZA 1: „*Určitě tam byla změna, tím jak jsem získávala zkušenosti z toho pracoviště, tak jsem si byla jistější v těch výkonech a nebo třeba i v tom, když se poučují pacienti, tak prostě jsem ano 100 % věděla, že to o čem mluvím je tak na 100 % a že to nemám jenom naučeny.*“

ZA 3: „*Tak už je to jiné než z toho začátku, že už jsem tady přes půl roku, určitě je tam změna, to je lepší, než to bylo. Víc si rozumíme, známe se. Taky pozoruju změnu, je to lepší, ta komunikace. V rámci pacientů, když jsem ještě neznala tolik ty výkony, teď už jsem se s nima víc seznámila, tak už ty pacienty i víc poučím, už víc na co jdou.*“

## **Výzkumná otázka č. 3: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na roli hodnocení pracovníka v adaptačním procesu?**

### **Plán hodnocení adaptačního procesu**

Všichni respondenti uváděli, že měli naplánováno průběžné hodnocení, které bylo rozvrženo zhruba po měsíci. Tři z respondentů sdělili, že termíny hodnocení byly měněny, buď z důvodu nedostatku času nebo podle služeb zaměstnance.

ZA 1: „*No, jak jsem předtím říkala, tak tam jsme měli předem jakoby smluvené datумы, kdy by mělo proběhnout zkoušení nebo něco takového, ale jenom párkrát se stalo, že to vyloženě to vyšlo v ten daný termín prostě skrz nedostatek času a tak. Někdy se stalo, že v týdně dvakrát a pak třeba měsíc nic, a pak jako zkoušení, prostě bylo to strašně individuální. No, ono to původně bylo rozepsané každý měsíc, ale pak se to organizačně změnilo.*“

ZA 4: „*Hodnocení- konečné nebo průběžné? Průběžné hodnocení hned po zkouškách různých okruhů, vycházelo to asi jednou za měsíc, ale někdy se to posunulo, podle toho, jak vycházely služby. Ale měl jsem to napsané od vrchní sestry. To konečné hodnocení bylo vlastně to poslední, kdy mi vrchní sestra s vedoucím lékařem řekli, jestli jsou spokojení a jestli tam budu zůstat.*“

### **Osoby hodnotící adaptační proces a volba prostředí**

Ve všech odpovědích respondentů se vyskytovaly jako hodnotitelé vrchní a staniční sestry. Ve dvou odpovědích se k týmu hodnotitelů přidal také vedoucí lékař oddělení. Pouze jeden respondent uvedl, že při jeho hodnocení adaptačního procesu se v pozici hodnotitele objevila sestra školitelka. Prostředí, ve kterém hodnocení probíhalo, bylo 4krát v pracovně vrchní sestry či na vyšetřovně, jeden respondent uvedl, že hodnocení probíhalo ve výukové místnosti.

ZA 3: „*Tak určitě tam bylo hodnocení ze strany vrchní sestry, staniční sestry a i té mé školitelky. Chodila jsem každý měsíc na zkoušení k vrchní sestřičce ohledně anatomie srdce a těch výkonů. Hodnocení probíhalo u vrchní sestřičky.*“

ZA 4: „*Vrchní sestry, staniční sestra a pan primář. Vždycky jsme seděli v učebně, samostatně.*“

### **Pocity spojené se setkáními v rámci hodnocení**

Všechny odpovědi respondentů označily jednoznačně nervozitu jako průvodní pocit hodnocení adaptačního procesu. Dvakrát se v odpovědi vyskytla podobnost procesu hodnocení s maturitní zkouškou, jeden z respondentů byl překvapen množstvím požadovaných informací a jedna respondentka vyjádřila svoji nejistotu při dotazech na interní předpisy zdravotnického zařízení. Jedna z respondentek byla dopředu varována kolegyněmi, že hodnocení bude náročné.

ZA 1: „*No pocitově- já ústní zkoušení teda k smrti nesnáším ( i když třeba vím, že to vím)ale, no prostě taková ta nervozita, tréma, kolikrát z vás vypadnou, věci, který by jste nevěřila, že řeknete. Jako kdyby jste měli ve škole maturitu nebo něco takovýho a to ještě na maturitu jsem byla klidnější mi přišlo.*“

ZA 2: „*Tak mě hlavně hodnotily v průběhu té práce a potom, když už jsem měla jako kdyby složit tu zkoušku tak se mě ptaly na ty určitý onemocnění.Tak jsem se na to musela připravovat, ale byla jsem nervózní, nevěděla jsem, na co se budou ptát. A taky holky mi říkaly, že to bude těžký.*“

### **Příprava k hodnocení, zdroje informací**

Všichni respondenti odpověděli, že věděli, z čeho mají čerpat informace, materiály ke studiu získali od vrchní sestry. Ve dvou případech použili respondenti materiály předané od kolegyně, která naposledy absolvovala adaptační proces. Dva z respondentů uvedli, že použili data uložená v počítačové síti organizace, další dva respondenti jmenovali vedle ostatních zdrojů internet.

ZA 3: „*Měla jsem zadané zdroje a ještě jsem měla půjčenou literaturu právě z oboru, tak z toho jsem se připravovala. No a v práci mi sestřičky ukazovaly všechny ty postupy a ty směrnice, ale to jsem moc nestudovala, spíš mi k tomu něco řekly.*“

ZA 4: „*Měl jsem zdroje i od vrchní sestry a od předchozí sestřičky z adaptace. V počítači je vlastně všechno připravený, tak tam jsem to procházel, ale ty odborný věci, to jsem musel z těch knížek a časopisů. Taky to byly takový špeky, co jsme ani ve škole moc nebrali.*“

### **Způsob hodnocení praktických dovedností**

Praktické dovednosti všech respondentů byly v období adaptačního procesu hodnoceny průběžně a to většinou staniční sestrou, ostatními sestrami, které pak staniční předaly tyto informace, v jednom případě hodnotila praktické dovednosti vrchní sestra přímou kontrolou

a v jednom případě se staniční sestra dotázala přímo pacientů, jak jsou spokojeni s výkony zdravotnického asistenta.

ZA 1: *„No. Já si teda troufnu říct, že převážně kladně, nějaký nedostatky tam byly, hlavně v dokumentaci, v tom je to do teďka, člověk neví, kam se může podepsat a kam ne. I co se týče těch výkonů, člověk kolikrát si není jistej, co může, co nemůže, furt v těch kompetencích je takovej zmatek. Tak to bylo v průběhu toho adaptačního procesu. Prokázat jsem je musela vlastně před školící sestrou a taky staniční věděla, jak pracuju, jestli mi to jde.“*

ZA 5: *„Sestřičky z oddělení řekly staniční, jak pracuju a pak i staniční mě chodila kontrolovat, dívala se, když jsem si chystala věci a hned se ptala, kde jako mám to a kam si dám jehlu-třeba. Na to právě mě učila ty postupy, protože tam to všechno je, ale to mi trvalo, než jsem se to tak naučila jak ve škole. To bylo asi tak průběžně.“*

### **Použitá metoda hodnocení adaptačního procesu**

Dotázání respondenti byli ve všech případech hodnoceni formou rozhovoru.

ZA 1: *„My jsme to vlastně vždycky měli v průběhu, to zkoušení na to dané téma se jakoby prozkoušelo a tím bylo to určité téma uzavřeno. To bylo ústní zkoušení.“*

### **Spokojenost s použitou metodou hodnocení**

Ve svých odpovědích 4 respondenti plně souhlasili s ústní metodou hodnocení adaptačního procesu. Jedna respondentka by preferovala písemnou formu a jedna by ji tolerovala.

ZA 1: *„Jelikož já jsem strašnej trémař v tom ústním zkoušení, takže mě to teda moc nevyhovovalo, i když jsem to zvládla, ale nevyhovovalo, ale asi radši bych dělala test nebo nějaká i písemná práce.“*

ZA 4: *„Pro mě vyhovující určitě. Co se týče pracoviště, určitě zkoušení z odběrového materiálu a různých věcí i až tak nevadilo, ale ten adaptační proces, to zkoušení těch různých témat to bylo jiný. Já jsem to nikde nezažil nikde v nemocnici, nikde jinde to nemají. Pro mě to byla novinka. Ale nikdy si nikde vrchní sestra nevšimla takovým stylem jako je zkoušení ústních témat. Možná, že jsem z toho byl až v rozpacích, že jsem nevěděl, jak mám reagovat, já jsem si připadal jak u maturitní zkoušky. Já jsem si říkal, že čtyři roky mám za sebou, stačí mě seznámit s oddělením a něco se doučím. Když ta teorie moc není, protože není čas při té práci a člověk potom u té zkoušky je takový zmatený a nedokáže odpovědět na všechny otázky, tak je potom hodnocen špatně a dělá to takové mínus. Přitom vím, že to ovládám dobře, ale ta teorie, to mě překvapilo, kolik toho chtěli.“*

### **Výzkumná otázka č. 4: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na význam odborné připravenosti v adaptačním procesu?**

#### **Znalosti a dovednosti ze školy, které absolvent uplatňuje**

Hodnocení znalostí získaných studiem SZŠ bylo kladné, 2 respondenti je hodnotili jako výborné, 3 respondenti se cítili být vybaveni znalostmi částečně. Zmíněny byly dobré znalosti ošetrovatelských postupů a výkonů, znalosti anatomie a skupin léků.

ZA 2: „*Tak částečně, protože na SZŠ jsme tak ty věci z tohoto oboru neprobírali, ale třeba anatomii, to jsem znala, nebo podávání a skupiny léků, hygienickou péči v ošetrovatelství, to jsme měli hodně probrané a předtím jsem pracovala jinde, takže jsem tam získala zkušenosti a potom jsem přišla sem a zase, to se jenom tak nahrnuje, furt se učíme.*“

### **Klíčové oblasti dovedností**

Nejčastěji se v odpovědích na otázku vlastních silných oblastí vyskytla činnost podávání léků (uvedli 3 respondenti), odběry krve (uvedli 2 respondenti), hygienická péče (2 respondenti), dále ovládání standardních ošetrovatelských postupů (1 respondent) a komunikace s pacientem (1 respondent). Rozporuplný je uvedený nedostatek znalostí jedné respondentky v oblasti problematiky kanylace žil a na druhé straně sdělení dalšího respondenta o množství času a informací věnovaných péči o žilní kanylu v rámci přípravy na střední zdravotnické škole.

ZA 3: „*Tam na té škole si myslím, že jsme to brali hodně, nějaký ty léky, ale potom tady to mě chyběly ty kanyly. Tam na té škole to moc nedovolují, spíš těm, co studují tu vyšší odbornou. Určitě odběry krve, léky, to i nedělá problémy vůbec.*“

ZA 4: „*Hlavně teorie, ale i ty znalosti. Ve škole jsme byli snad pořád na praxi a u pacientů, pořád jsme se učili jak podávat léky a dělat hygienu a kolik času jsme se učili kanyly a jak o ně pečovat. A pak tady se s těma kanylama vůbec pracovat nemůže, tak proč nás to tam učili.*“

### **Úroveň připravenosti v oblasti ošetrovatelské dokumentace**

V oblasti připravenosti v práci s dokumentací se názory respondentů hodně tříštily. Dvě respondentky vyjádřily nejistotu při práci s dokumentací, jedna respondentka se práci s dokumentací naučila díky každodennímu opakování, další respondent po předchozí zkušenosti s elektronickou dokumentací měl potíže a uváděl nedostatek času ke zpracování písemné formy. Celkem 3 respondenti požadovali více času ke zpracování dokumentace, dva respondenti upozornili na problém aktuálních změn v ošetrovatelské dokumentaci.

ZA 2: „*Ono to je v každé nemocnici jiné, od toho je ta sestra školitelka, která vám ukáže a vysvětlí vám jak se co zapisuje, pak když už s tím dennodenně pracujete, tak už se do toho dostanete, to není problém, ale ono se to tady u nás pořád obměňuje.*“

ZA 5: „*Myslím, že by bylo dobře, aby žákyňky víc pracovaly s dokumentací. To jsem měla tuhle slabinu v práci. Je toho hrozně moc a hodně rozdílné. Ze začátku jsem na konci směny seděla a psala a psala. To by se mělo víc učit, jaký je v tom systém a co doplnit.*“

### **Úroveň připravenosti v oblasti komunikace**

Připravenost v oblasti komunikace byla všemi 5 respondenty hodnocena jako dobrá, dva respondenti oceňovali rozsah komunikace v rámci praktické výuky ve škole.

ZA 1: „V komunikaci si myslím celkem dobře, obzvlášť s pacientem, tam jsme museli být furt s tím pacientem na pokoji.“

ZA 5: „Komunikace mi nedělala problém, už ve škole jsme museli s pacientama hodně mluvit a pak jsem mezi školou a touto prací byla v zaměstnání, kde jsem musela s lidma hodně komunikovat.“

### **Znalosti kompetencí získané ve škole**

V odpovědích 3 respondentů zaznělo vyjádření, že kompetence ze školy znali částečně, nepřesnosti, směřovali do oblasti kompetencí týkajících se ošetrovatelských výkonů i do oblasti týkající se práce s dokumentací. V jedné odpovědi respondenta zaznělo, že ve škole vůbec neřešili kompetence zdravotnického asistenta. Jedna z respondentek se ve škole setkala s prohlášením, že budoucnost uplatnění zdravotnického asistenta je nejistá. Jedna respondentka si pod kompetencemi nedokázala představit konkrétní postup, ujasnění přišlo z praxe.

ZA 1: „No, takže, to už jsem říkala několikrát, každý rok přišlo něco nového, jednou, že můžeme jít píchat sami s.c. injekce, podruhé ne, pak jednou dokumentace ano, dokumentace ne, no prostě pořád jinak.“

ZA 4: „Tam to neřešili vůbec.“

### **Znalosti kompetencí získaných na pracovišti**

Všichni respondenti uvedli, že byli se svými kompetencemi seznámeni vrchní sestrou při nástupu na pracoviště, jedna respondentka upřesnila, že to bylo při podpisu náplně práce a jedna respondentka při prvním pohovoru s vrchní sestrou.

ZA 2: „Tady jsem podepisovala náplň práce a tam to je napsany, dávala mi to vrchní.“

ZA 5: „To bylo přímo při našem prvním pohovoru s vrchní sestrou, ta mi říkala, co můžou dělat asistenti.“

### **Dodržování kompetencí okolím**

Ve třech odpovědích se respondenti vyjádřili, že jejich okolí respektuje jejich kompetence, dva respondenti přiznávají jistou rezervu v dodržování kompetencí okolím, jedna z respondentek vnímá, že zdržuje ostatní sestry svými limitovanými kompetencemi.

ZA 1: „Já si myslím, že oni si to velmi dobře uvědomují, kde ty kompetence teoreticky jsou a teoreticky nejsou, ale pak když řeknu po pravdě, v praxi se to tak trošičku smývá.“

ZA 5: „Je to tam trochu složitější, je to kámen úrazu, všichni to respektují, ale pro ně je to velká brzda, mám pocit, že je pořád zdržuju, že po nich musím něco chtít, ale nikdo mi nikdy nic nevyčtl, spíš to tak cítím.“

## **Výzkumná otázka č. 5: Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na přínos osobní připravenosti na adaptační proces?**

### **Vliv nového zaměstnání na psychiku respondentů**

Odpovědi respondentů ve dvou případech spojovaly dopad na psychiku s intenzivním kontaktem se smrtí a umíráním. Jedna z respondentek si uvědomila nepatřičnost předčasného konce života, který v předchozím zaměstnání vnímala s nižší intenzitou, protože pracovala se starými pacienty na LDN. Druhá respondentka cítila na podkladu vnitřního vývoje potřebu naučit se minimalizovat dopad smrti na vlastní psychiku. Jeden z respondentů nezaregistroval žádnou změnu v oblasti psychiky. Jedna respondentka přiznala přemíru soucitu v počátcích a potřebu naučit se, jak si závažnost situace nepřipouštět do osobního života.

*ZA 1: „Tím, že jsem začínala na té LDN, kde jsem to dokonce počítala, kolik mě za ten rok potkalo úmrtí osobně, spíš bych řekla, že jako záporně, že už mě to jakože netíží, když je to teda v tom stáří jako. Pak jsem přišla sem a tady se stalo, že umřel mladý člověk a to mě ten první moment jako tak setne, jakoby až otupělost jeden moment, když jsem si to uvědomila, tak jsem si říkala, že by mi to nemělo být tak volný. S tím jak se s tím člověk tak často setkává tak to vezme až moc jako součást života.“*

*ZA 5: „Musela jsem si na to zvykat, jsou tam těžké případy, je to o něčem jiném, abych věděla, jak se s nima bavit, jak s nima mluvit a jak to potom v sobě porovnat. Abych je nelitovala a netrápila se tou nemocí, kterou mají. To jsem si předtím nosila domů a občas jsem kvůli tomu brečela. Ale pak jsem se naučila to radši nechat v práci.“*

### **Dopad nového zaměstnání na fyzickou stránku respondentů**

V oblasti fyzické kondice v počátcích nového zaměstnání sdělovali dva respondenti počáteční fyzickou únavu, jedna respondentka si stěžovala i na výskyt bolesti zad, druhá měla problémy spíše s hladem, který se objevil, pokud včas nešla na přestávku. Dva respondenti se aktivně věnují sportu a změnu v nárocích na fyzickou kondici nezaznamenali. Jedna respondentka vyzdvihla nárůst zručnosti v manipulaci s pacientem.

*ZA 1: „Fyzická zdatnost- no tak ale jo- spíš zručnost, nějaká jistota v té manipulaci s pacientem, když si pamatuju na střední škole, tam jsme byli všichni vyklepaní z toho, ale fyzicky, že by mě to nějak povzneslo, tak to ne, to tělo si tak nějak zvyklo. Ta fyzická se vytvořila, pak se to nějak ustálilo a už to nechce nahoru.“*

*ZA 5: „Člověk se tam nalítá, naběhá, polohuje. Musela jsem si na to zvykat, jsou tam těžké případy, tak ten začátek jsem byla unavená, pak se občas objevily bolesti zad, když tam byl nějaký těžkej pacient. Ale už jsem si zvykla. Ne, to ne, k lékaři jsem nemusela, to zase nebylo takový.“*

### **Způsob vyrovnání se se směnným provozem**

Tři respondenti odpověděli, že ve směnném provozu již pracovali před nástupem do FNOL a nečinilo jim žádné potíže se přizpůsobit, jedna respondentka si směnný provoz přímo



pochvalovala a jedna respondentka si rychle zvykla i přes původní předpoklad, že to bude náročnější.

ZA 4: „*Tam jsem neměl taky problém, protože jsem byl zvyklý z bývalého zaměstnání.*“

ZA 5: „*Dobře, toto mi nedělalo problémy, myslela jsem si, že to bude horší, ty noční. Snad už po týdnu to bylo dobré. Důležitý pro mě bylo dost spát po těch nočních a pak už to nebyl problém.*“

### **Dopad nástupu do nového zaměstnání na zdravotní stav respondentů**

Čtyři respondenti odpověděli jednoznačně, že nástup do zaměstnání se neodrazil na jejich zdravotním stavu, jedna respondentka měla potíže s křečovými žilami, které se nástupem do zaměstnání zvýraznily.

ZA 1: „*No odrazilo se to tím, že máme vlastně v rodině z matčiny, z otcovy strany křečové žíly. Já jsem je měla prostě na hraně a tím jak jsem začala pracovat tak mi to vylezlo a rozjelo se to.*“

### **V závěru rozhovoru byl respondentovi poskytnut prostor k vlastnímu vyjádření k probíranému tématu:**

Všem respondentům byl poskytnut prostor k vyjádření vlastních postřehů spojených s procesem adaptace, které považují za důležité. Zazněl požadavek na vytvoření pořádku v kompetencích, jedna respondentka již studuje vyšší odbornou školu, další dvě respondentky studium plánují. Jeden respondent vyjádřil nespokojenost s výsledky hodnocení zaměstnanců, vnímal je jako chybné posouzení zaměstnance. Další respondentka otevřela otázku finančního hodnocení zdravotnického asistenta, které vnímá jako nedostatečné.

ZA 3: „*Práce asistenta mě baví, ale chtěla bych si za nějakou dobu dodělat nějakou školu, abych nebyla jenom právě ten asistent. Teďka jo, teď je to dobré, ale potom, za několik let bych toho chtěla dělat víc, tak si plánuju nějakou školu.*“

ZA 5: „*Já si teda myslím, že jsme zmínily hodně otázek, ale co tady nezaznělo, je nedostatek financí, že je to špatně hodnocené, ta práce. Tam je u těch asistentů velký problém. Vnímám to tak, že rozhodně je dobré si ještě dodělat školu.*“

## DISKUZE

Výzkumné šetření prokazuje, že první dojmy respondentů spojené s novým pracovištěm byly většinou kladné. Kritika respondentů poukazuje na nedostatek pracovních ploch v pracovních sester, neergonomické upořádání pracovní sester, nedostatek prostoru pro přístupnost lůžka pacientů a na nevyhovující sociální zařízení pro pacienty. Respondenty navrhované změny pracoviště jsou zaměřeny na zlepšení prostředí pacientů: sociální zařízení pro pacienty, lepší pokoje s lepším vybavením, komunikační systém, barevné prostředí pro pocit domova. Uspokojování vlastních potřeb nevnímají respondenti jako prioritu (uvedli, že by neměnili sociální zázemí pro personál, že jim vyhovovalo množství pomůcek a materiálu, že pracovní přestávky čerpali podle možností organizace provozu). Toto sdělení koresponduje s výzkumným šetřením Ivanové a Vévody, kteří sestavili žebříček nejvyšších hodnot pracovní spokojenosti sester a péče o pacienty je druhým nejdůležitějším faktorem. Péče o pacienty je specifickou náplní všeobecných sester, ale i zdravotnických asistentů, je faktorem, za který jsou oceňováni společností a jejich povolání tak získává společenskou prestiž (Ivanová et al., 2013, s. 118). Výzkum samotných pracovních podmínek sester, provedený Machálkovou, však přináší zjištění, že tyto podmínky jsou neuspokojivé. Prokázala, že sestry nemají možnost odpočinku během pracovní doby a nejsou spokojeny s technickým vybavením pracovišť (Machálková, 2008, s. 2). Potřebu kvalitního pracovního prostředí pro zdravotníky vyzdvihuje Haroková s Gurkovou, které zpracovaly literární přehled zabývající se pracovní spokojeností sester. Pracovní prostředí bylo jako jeden z jedenácti popisovaných faktorů označeno výrazným podílem jako prediktor setrvání sester na pracovišti. Bylo prokázáno, že kvalitní pracovní prostředí zmírňuje fluktuaci sester. Význam pracovních podmínek narůstá tehdy, pokud jsou nepříznivé a vytvářejí nepohodu. Podle již zmiňované studie The European NEXT-Study uváděly sestry z bývalých postkomunistických zemí špatné pracovní podmínky a nejnižší spokojenost (zejména v Polsku a na Slovensku) (Haroková, Gurková, 2013).

Motivací k výběru pracoviště byl respondenty uveden výběr klinického oboru, který jim poskytuje vysokou odbornost. Dalším jmenovaným motivátorem je geografická poloha pracoviště. Tato zjištění korespondují s výsledky Koutné s Jarošovou, které mapovaly a popsaly faktory, které mají vliv na volbu prvního pracoviště u studentů zdravotních škol. Zájem o určitou oblast ošetrovatelství byl čtvrtým nejvýše hodnoceným faktorem ovlivňujícím volbu pracoviště (stupeň míry vlivu 43,4 %). 40,6 % stupni míry vlivu bylo hodnoceno pracoviště, které podporovalo odborný růst a vzdělávání sester, 34,4 % stupně

vlivu byla hodnocena možnost získávat další zkušenosti v určité oblasti ošetrovatelství a geografická poloha pracoviště také ovlivňovala výběr pracoviště (28,1 % stupně vlivu) (Koutná, Jarošová, 2010). Výsledky provedeného výzkumného šetření potvrzují, že představy nově nastupujících zdravotnických asistentů se převážně shodovaly se skutečností, která je čekala v praxi. Pokud je nástup absolventa do praxe spojen s nereálnými představami o výkonu povolání, v praxi následně může dojít ke změně pohledu, což může být příčinou odchodu pracovníka ze zdravotnictví. Grainer a Bolan proto doporučují poskytnutí objektivního obrazu a vyvrácení zkreslených představ již uchazečům o studium zdravotnických oborů. Začlenění této praxe by mohlo ovlivnit odliv kvalifikovaných pracovníků mimo zdravotnictví (Grainer, Bolan, 2006).

**Prvním dílčím cílem práce** bylo zjistit vliv **působení pracovních podmínek** na adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL. První cíl byl splněn, na základě zjištěných výsledků můžeme říci, že nástup zdravotnických asistentů do FNOL je ovlivněn z velké míry vysokou odborností, kterou zaměstnancům nabízí. Shodující se představy se skutečnými požadavky pracoviště jsou přínosem pro zmírnění fluktuace pracovníků. Pracovní prostředí, osobní zázemí, možnost čerpání pracovních přestávek, množství a dostupnost pomůcek a materiálu, práce s přístrojovou technikou, to vše vnímají v základu jako dostatečné a vyhovující, přáli by si však takové změny pracovního prostředí, které budou přínosem zejména pro pacienty (větší pokoje, lepší vybavení, více barev, lepší sociální zařízení), byť v konečném důsledku prospějí i ostatním pracovníkům poskytujícím péči. Pracovní podmínky (vnímané jako fyzické, biologické a chemické) v monitorovaném procesu adaptace hrály malou roli, jejich dopad vyplývá jako **pozitivní**.

Respondenti výzkumného šetření popisují vliv pracovního kolektivu kladně, vnímali ochotu, podporu a snahu pomoci novému pracovníkovi. V hierarchii faktorů ovlivňujících spokojenost sester figuruje pracovní kolektiv a interpersonální vztahy v něm na prvním místě a nejvíce ovlivňují spokojenost sester. Větší míru péče zaznamenali respondenti od školící sestry nebo sestry provádějící dohled, a to díky společné práci, vysvětlení, ale i upozornění na chybu. Jako výborné hodnotí vztahy se sanitárnkami a ošetrovatelkami (řadu výkonů provádějí společně), vztahy s lékaři hodnotí vlažněji. Jako součást pracovního týmu začali sebe sama vnímat nejčastěji po 2 měsících. Toto zjištění nekoresponduje s výsledky výzkumu Majerníkové s Obročníkovou. Autorky potvrdily, že u sester pracujících v organizaci kratší dobu než 1 rok nehrály výborné mezilidské vztahy žádnou roli. Mezilidské vztahy na pracovišti hodnotily pouze jako podporu ke kvalitnímu výkonu zaměstnanců. Nárůst vlivu interpersonálních vztahů se stal viditelným až od 1-5 let působení, nejvyšší úroveň dosáhl po

více než 15 letech na pracovišti (Majerníková, Obročníková, 2011, s. 92). Výzkum Buriánka a Maliny potvrzuje, že kvalitní interpersonální vztahy mají větší dopad na stabilizaci sester než spokojenost s platem (na pětistupňové škále mezi šesti velmi důležitými položkami byl plat hodnocen průměrem 1,9; po provedení faktorové analýzy se na celkové stabilizaci nejvíce podílela organizace práce a dále vztahy na pracovišti). Vztahy na pracovišti Buriánek a Malina sledovali ve dvou liniích, vertikální (jednání bezprostředních nadřízených, vztahy k dalším nadřízeným, spokojenost s vedením zařízení) a horizontální (interpersonální vztahy na pracovišti)(Buriánek, Malina, 2009, s. 83-86). Při vysoké shodě náplně práce a shodném pracovním prostředí všeobecných sester a zdravotnických asistentů lze výsledky tohoto výzkumu aplikovat i na zdravotnické asistenty. Na výsledky šetření Buriánka a Maliny navázali Ivanová a Vévoda. Žebříček osobních priorit všeobecných sester sice na první místo umístil mzdu, ale následovala péče o pacienty, jistota pracovního místa a spolupráce v provozu oddělení (Ivanová et al., 2013, s. 119). V době adaptačního procesu prošel vývojem i vztah respondentů k pacientům. Změna se týkala zvýšené sebejistoty respondentů při ošetrovatelských výkonech získáním zkušeností a poskytnutí kvalitnějších informací na základě v praxi ověřených znalostí.

**Druhým dílčím cílem diplomové práce** bylo zjistit vliv **působení interpersonálních vztahů** na adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL. Pozitivním zjištěním je, že nově nastupující zdravotničtí asistenti cítili podporu, ochotu a snahu pomoci od pracovních kolektivů. Výborné vztahy udržují s pomocným nelékařským personálem i s lékaři, v krátké době se začali cítit jako součást pracovního týmu. Rozvoj zkušeností se pozitivně odrazil na vztazích k pacientům. A to je podstata, protože samotná péče o pacienty tvoří jádro obsahu práce zdravotnických asistentů a pocit dobře odvedené práce je pro zaměstnance obrovským posílením a motivací (Ivanová et al, 2012). Odpověď na otázku působení vlivu interpersonálních vztahů na adaptační proces je, že zaznamenané pozitivní interpersonální vztahy a podpora okolí pomohly zdravotnickým asistentům posílit sebedůvěru, jejíž nárůst se následně pozitivně odrazil ve vztahu s pacienty, což zdravotnickým asistentům přineslo pracovní spokojenost a motivaci. Dopad na adaptační proces je tedy **pozitivní**.

Výsledky výzkumu dokládají, že všichni zdravotničtí asistenti v adaptačním procesu měli určené termíny k provádění jeho průběžného hodnocení. Tyto termíny nebyly pevně dodržovány, byly měněny z důvodu nedostatku času a podle služeb zaměstnance. Hodnocení vždy prováděla staniční sestra s vrchní sestrou, zastoupení sestry školitelky bylo spíše výjimečné, přesto si respondenti uvědomovali, že školící sestra předávala nadřízeným informace o schopnostech a přístupu nového pracovníka k plnění úkolů a o jeho praktických

dovednostech. Metodou hodnocení byl ve všech případech rozhovor a většině respondentů vyhovoval. Toto zjištění nekoresponduje s výsledky výzkumu Vodičkové, která monitorovala organizaci adaptačního procesu prostřednictvím rozhovorů s vrchními sestrami. Tři respondentky požadovaly po nově nastoupených zdravotnických asistentech písemné zpracování ošetrovatelského plánu u pacienta s určitou diagnózou a pouze 2 respondentky prováděly hodnocení nových pracovníků průběžně s poskytnutím zpětné vazby. Závěrečné hodnocení adaptačního procesu provádělo všech 8 respondentek (Vodičková, 2011). Výzkumné šetření prokazuje, že hodnocení respondentů bylo prováděno v soukromí. Průvodním znakem těchto setkání byla nervozita (úroveň hodnotícího rozhovoru byla dokonce přirovnávána k maturitní zkoušce, přesto forma rozhovoru vyhovovala). Studijní materiály, které měli respondenti k dispozici od vrchních sester od zahájení adaptačního procesu, měly zmírnit nervozitu a nejistotu respondentů. Využívali však také písemné a slovní informace od kolegyň. Adaptační proces požaduje také seznámení nového pracovníka s interními normami pracoviště, což při rozsahu organizace jakou je FNOL zahrnuje velké množství informací. Povinností každého zaměstnance FNOL je aktuálně se seznamovat s novými interními normami a řídit se jimi. Respondenti výzkumného šetření nepřikládali v době adaptačního procesu studiu interních norem vysokou důležitost („*ty postupy a ty směrnice, ale to jsem moc nestudovala, spíš mi k tomu něco řekly*“ - kolegyně - pozn. autora).

**Třetím dílčím cílem diplomové práce** bylo zjistit vliv **význam hodnocení pracovníka** v adaptačním procesu zdravotnických asistentů ve FNOL. Na podkladě zjištěných výsledků lze určit, že hodnocení bylo vnímáno jako silný stresor pro nově nastupující zdravotnické asistenty. Při nástupu do zaměstnání dostali od vedoucích pracovníků rámcové informace, které vymezovaly spektrum vědomostí a praktických dovedností, a znali předběžné termíny průběžného hodnocení, přesto tato setkání prožívali se značnými obavami, zda splní očekávání hodnotitelů. Hodnocení přikládali roli zkoušky (přirovnání s maturitou), nevnímali zpětnou vazbu ani povzbuzení v dalším plnění úkolů. Hodnocení probíhalo vždy formou rozhovoru, ne všichni tuto slovní formu vítali. Hodnocení z pohledu zdravotnických asistentů tedy působí jako **negativní** faktor v procesu adaptace.

Výzkum ukazuje, že respondenti hodnotili svoji odbornou připravenost jako částečnou, lze předpokládat, že znalosti požadované konkrétním pracovištěm přesahují svým specifickým zaměřením úroveň přípravy na SZŠ. Vysokou míru jistoty vyjadřují respondenti v oblasti ošetrovatelských postupů a výkonů, ve znalosti anatomie a skupin léků, odběrů krve, hygienické péči o pacienta a v komunikaci s pacientem. Tyto poznatky korespondují se zjištěním Baťkové, která posuzovala úroveň kvalifikační přípravy zdravotnických asistentů.

Podávání léků per os bylo druhým nejvýše hodnoceným výkonem na úrovni kvalifikační přípravy absolventů (54,3 %) z celkového výběru 27 ošetrovatelských činností. Velmi vysokou úroveň přikládali zdravotničtí asistenti v oblasti aplikací s.c, i.m. injekcí, odběrech biologického materiálu, provádění komplexní hygienické péče a v oblasti sledování fyziologických funkcí pacienta (Bařková, 2013). Výzkumné řetření upozorňuje na nedostatečnou připravenost respondentů v oblasti ošetrovatelské dokumentace. Práci s ošetrovatelskou dokumentací jim v době adaptace komplikovaly aktualizace zdravotnické dokumentace FNOL, nedostatek času k jejímu zpracování a nejistota vyplývající z neznalosti kompetencí. Ošetrovatelská dokumentace je ve FNOL ošetřena směrnici, která popisuje každou položku a každý formulář, který je součástí řízené ošetrovatelské dokumentace (tj. posouzen, upraven a schválen Oddělením kvality FNOL). V podrobném manuálu je vizualizována základní dokumentace (ordinační list a realizace ošetrovatelského plánu), a v každé části je zadáno, kdo odpovídá za správné vyplnění (děleno na lékaře a ZPBD, ZPOD). Výsledky výzkumu jsou v částečném rozporu se zjiřtěními Bařkové, která potvrdila, že příprava zdravotnických asistentů v oblasti ošetrovatelské dokumentace byla na vysoké úrovni (41 %), samotná práce s dokumentací dosahovala nejvyšší četnosti (80 %) a byla vnímána pouze jako částečně náročná (Bařková, 2013). Získané výsledky výzkumného řetření potvrzují nedostatečnou připravenost respondentů v oblasti znalostí kompetencí zdravotnických asistentů získaných při studiu na SZŠ. Výzkum Brožové koresponduje s tímto zjiřtěním (51,9 % dotázaných zdravotnických asistentů uvedlo, že zná dobře své kompetence) (Brožová, 2012). Výzkum Petruželové potvrdil hypotézu, že méně než 45 % studentů oboru Zdravotnický asistent neví, kde hledat výčet odborných kompetencí, přestože s nimi byli obeznámeni (Petruželová, 2012). Výsledky řetření provedeného ve FNOL ukazují, že je nezbytné intenzivně posilovat znalost kompetencí zdravotnických asistentů, ale i ostatních členů nelékařského zdravotnického personálu. Výzkum Fiřarové potřebu posílení znalostí kompetencí podporuje zjiřtěním, že jak zdravotničtí asistenti, tak všeobecné sestry se v legislativě nedostatečně orientují (Fiřarová, 2013). Překročením legislativních pravidel, ať již vědomě či nevědomě, se členové ošetrovatelského týmu vystavují riziku postihu (Česko, 2004; Česko, 2011a). Z odpovědí respondentů vyplývá, že po absolvování studia si sami nebyli jisti rozsahem kompetencí, spoléhali na skutečnost, že jejich rozsah ujasní praxe. Při nástupu do pracovního poměru byli respondenti seznámeni s kompetencemi (jejich konkretizace je obsahem náplně práce, která je řízenou dokumentací FNOL). Kompetence zdravotnických asistentů jsou podle vyjádření respondentů dodržovány. Tyto výsledky nejsou podporovány výzkumem Vodičkové, která hodnotila znalost kompetencí zdravotnického

asistenta mezi všeobecnými sestrami. Pouze jedna ze šesti odpovídajících sester uvedla, že zná kompetence zdravotnického asistenta a byla s nimi obeznána staniční sestrou. Důležitým prvkem pro hodnocení dodržování kompetencí je existence mechanismu kontroly a následný postih. Výsledky výzkumu Brožové ukázaly, že mechanismus kontroly je zcela nedostatečný (50 % sester manažerek nevědělo a 8,9 % neprovádělo kontrolní činnost svého pracoviště) (Brožová, 2012). Šetření Fišarové ukázalo, že 64 % zdravotnických asistentů a 52 % všeobecných sester nevědělo o žádných kontrolních mechanismech, které jsou v rámci jejich oddělení a navíc považují kontrolu za formu byrokracie (Fišarová, 2013).

**Čtvrtým dílčím cílem diplomové práce** bylo zjistit vliv **přínos odborné připravenosti** v adaptačním procesu zdravotnických asistentů ve FNOL. Odborná připravenost poskytnutá zdravotnickými vzdělávacími instituty je hodnocena jako částečná (velmi dobře vnímají respondenti připravenost v oblasti ošetrovatelských postupů). Nedostatky respondenti pocíťovali v oblasti ošetrovatelské dokumentace, kde svůj podíl mohlo mít i nedostatečné nastudování interní normy FNOL, zabývající se ošetrovatelskou dokumentací. Znalost kompetencí ze školy posuzují jako částečnou, při nástupu do zaměstnání byli vedoucími pracovníky seznámeni se svými kompetencemi a jsou přesvědčeni, že okolí jejich kompetence respektuje. Vzdělávací instituce zajistily zdravotnickým asistentům odbornou připravenost ve smyslu odborných výkonů, nedostatečná je však připravenost v oblasti legislativy a kompetencí. Tato skutečnost snižuje kvalitu odborné přípravy na nedostačující, dopad odborné připravenosti vyplývá jako **negativní**.

Hodnocení vlivu nového zaměstnání na fyzickou a psychickou zátěž nových pracovníků nepřináší mnoho překvapivých zjištění. Fyzická kondice respondentů se změnila v počátcích zaměstnání nejvýše zvýšenou únavou, minimální dopad měla pro aktivní sportovce. Je otázkou, zda zvýšená únava, spojovaná s fyzickými nároky, nebyla částečně způsobena směnností provozu. V oblasti psychiky popisují respondenti změny, kterými prošli v souvislosti s nástupem do zaměstnání. Často je pracovní zátěž nutily přehodnotit své názory, priority, ale i naučit se vyrovnávat se s nimi. Klíčovým bodem bylo setkání se smrtí mladých pacientů a závažnost onemocnění. Výzkum Machálkové uvádí, že 54 % sester je nespokojeno s fyzickou náročností své profese a 55,5 % je nespokojeno s psychickou náročností (Machálková, 2008). Dopad psychofyzické zátěže na fluktuaci sester sledovaly Bártlová s Hajduchovou. Zjistily souvislost mezi vzděláním a výskytem pocitů tělesného vyčerpání, vzdělání spojovaly s tělesným vyčerpáním díky předpokladu, že sestry s nižším vzděláním vykonávají více fyzicky náročnou práci. Prokázaly, že sestry na standardních ošetrovatelských jednotkách pracující ve směnném provozu častěji pocíťují tělesné vyčerpání.

Tyto pocity však nesouvisejí s kvalitou vztahů mezi sestrami a lékaři na pracovišti a na úrovni jejich spolupráce, na rozdíl od pocitů psychického vyčerpání, které přímo souvisely s interpersonálními vztahy. Komačková zjišťovala, jaké je povědomí sester o prevenci rizik nadměrné psychické a fyzické zátěže a zda znají způsoby zvládnání fyzické a psychické zátěže. V oblasti fyzické zátěže potvrdila nedostatky sester v oblasti kinestetiky (89,1 %), ve využívání technického vybavení pro ulehčení práce (89,1 %). Pozitivním zjištěním je spolupráce v páru při manipulaci s pacientem, která ovšem neplatí na nočních směnách, kdy je na pracovišti nedostatek personálu. Psychickou zátěž řešily sestry shodně zastoupeným využíváním efektivních strategií řešení problému a neefektivními strategiemi, orientovanými na emoce a dále strategií mentálního úniku. Výzkum nepotvrdil předpoklad o vztahu mezi délkou praxe a vyšší mírou aktivního jednání a používání efektivních strategií. Pro praxi doporučila autorka vytvoření vzdělávacího modulu se zaměřením na efektivní zvládnání nadměrné psychické zátěže a realizace systematické pomoci prostřednictvím supervize (Komačková, 2009).

**Pátým dílčím cílem diplomové práce** bylo zjistit **vliv osobní připravenosti** na adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL. Pozitivním zjištěním byla snadná adaptace nových pracovníků na fyzickou zátěž, spojenou s výkonem pracovních povinností a minimální dopad na jejich zdravotní stav. V oblasti psychiky se setkali se situacemi, které je přiměly změnit priority a zamyslet se nad smrtí. Jedna z respondentek sdělila, že se musela učit, jak se s přílišnými emocemi vyrovnat. Tyto kroky jsou v souladu s efektivními strategiemi orientovanými na emoce, a pokud je budou respondenti dále rozvíjet, pomohou jim efektivně zvládat stres. Osobní připravenost zdravotnických asistentů absolvujících adaptační proces ve FNOL byla dostatečná a její dopad hodnotím jako **pozitivní**.

V závěru rozhovorů byla každému respondentovi nabídnuta možnost k vlastnímu vyjádření k tématu adaptačního procesu. Často se vyskytla zmínka o dalším vzdělávání. Příčinou může být nízká prestiž oboru. Vnímání prestiže oboru sledovala Fišarová - 55 % všeobecných sester ji považovalo za nedostatečnou, ještě vyšší počet - 79 % zdravotnických asistentů, se přiklápělo k tomuto názoru. Právě společenskou prestiž si zdravotničtí asistenti přejí zlepšit prostřednictvím rozšíření vzdělání (Fišarová, 2013). Postoj k vlastnímu obsahu práce je podle Hroníka základem pracovní spokojenosti (Hroník, 2007, s. 267). Míra nezaměstnanosti zdravotnických asistentů je přesto jedna z nejnižších, takže na trhu práce je vysoká poptávka po kvalifikovaných zdravotnických asistentech (Burdová, Chamoutová, 2012). Brožová (2012) publikovala názory sester manažerek na budoucí uplatnění zdravotnických asistentů, až 80 % vedoucích sester považuje za budoucnost zdravotnických asistentů vysokoškolské



studium. Není důvod se domnívat, že uchazeči o studium oboru zdravotnický asistent již v průběhu studia plánovali studium vysokoškolské. Většina absolventů nastoupila do praxe a teprve poté se rozhodla pro rozšíření vzdělání. Do jisté míry lze předpokládat vliv vedoucích pracovníků na toto rozhodnutí, rozhodně méně vliv ze strany všeobecných sester. Co tedy zdravotnické asistenty láká na vysokoškolském studiu ošetrovatelství, které je náročné, vyžaduje finanční náklady, okrádá je o volný čas a aktivity, ale i hrozí neúspěchem? Jsem přesvědčena, že je to právě velmi úzké propojení s oborem všeobecné sestry, které ve spojení s překračováním kompetencí, poskytuje zdravotnickým asistentům přesvědčení, že obsah práce všeobecné sestry zvládnou. K motivaci ke studiu přispívá zcela jistě platové hodnocení, které je u všeobecných sester na daleko vyšší úrovni.

Limity výzkumu jsou určeny nízkým počtem zdravotnických asistentů splňujících kritéria respondentů výzkumu ve FNOL. Řada výsledků výzkumu je srovnávána s výzkumy, jejichž respondenty byly všeobecné sestry. V těchto případech bylo nezbytné vybírat výsledky, které společně se všeobecnými sestrami zasahují i zdravotnické asistenty (např. shodné pracovní prostředí, vysoká shoda v náplni práce všeobecných sester a zdravotnických asistentů apod.).

Profese zdravotnického asistenta je nový, mladý obor, který rozšiřuje ošetrovatelský tým, vymezuje si své místo v jeho řadách a buduje image profese. Pro usnadnění tohoto procesu je třeba zapojit všechny dostupné činitele, kteří jsou schopni situaci ovlivnit: výchovné poradce již na základních školách, vyučující na SZŠ a v kurzech, personál zajišťující dohled na odborných praxích studentů a následně pracovní kolektivy a vedoucí pracovníky ve zdravotnických zařízeních. Správně prováděný adaptační proces je dalším nástrojem, kterým může být uplatnění zdravotnických asistentů posíleno.

# ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo sumarizovat poznatky o adaptačním procesu zdravotnických asistentů ve FNOL výzkumem působení faktorů ovlivňujících adaptační proces. Téma bylo zvoleno z důvodu rozporuplných reakcí tradičních členů ošetrovatelského týmu na stále častější zařazení zdravotnických asistentů do ošetrovatelského procesu a jeho organizace. Výzkumný problém sledoval dopad objektivních a subjektivních faktorů na adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL.

Výsledky diplomové práce svědčí o skutečnosti, že adaptační proces zdravotnických asistentů ve FNOL je vhodně nastaven a správně realizován. K hladkému průběhu adaptačního procesu výrazně přispívá pracovní kolektiv, pracovní prostředí a vysoká osobní připravenost nově nastupujících zdravotnických asistentů. V oblasti odborné připravenosti jsou zdravotničtí asistenti dobře připraveni zejména v praktickém provádění ošetrovatelských výkonů, nedostatky vnímají v práci s ošetrovatelskou dokumentací a výrazné nedostatky mají ve znalostech vlastních kompetencí. Dalším negativně působícím faktorem bylo hodnocení zdravotnických asistentů v průběhu adaptačního procesu. Plánování, četnost, prostředí i volba hodnotitelů je ve FNOL správně řízeno, samotné prožívání hodnocení je provázeno vysokou mírou nervozity a obavami z neúspěchu. Cíle diplomové práce byly splněny.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit zdravotnickému zařízení FNOL při realizaci adaptačního procesu nových zdravotnických pracovníků, který by měl posilovat pozitivně působící faktory a cíleně pracovat s faktory, které se v tomto šetření zobrazily jako negativní. Faktor hodnocení, který byl respondenty vnímán jako negativní, je běžnou součástí pracovního procesu a ve většině organizací probíhá každoročně. Už na počátku adaptačního procesu by bylo přínosné vysvětlit novým pracovníkům důvody hodnocení, jeho přínos pro samotného pracovníka (sebedůvěra, pocit zvládnutého úkolu, bližší pochopení studované problematiky), hodnotitelé i školitelé by měli nové pracovníky pozitivně motivovat nejen k praktickým výkonům, ale i získání teoretických znalostí. Velkou mírou uplatnění by výsledky diplomové práce měly nalézt v zaměření vzdělávacích programů odborných institucí pro zdravotnické asistenty. Zde je potřeba vyplnit rezervy v oblasti znalostí legislativy a kompetencí. Pro hladší začlenění nových zdravotnických asistentů do pracovního procesu by bylo vhodné je připravit na adaptační proces seznámením s obsahem tohoto procesu.

Předpokládám, že pokud by seznámení s adaptačním procesem ve zdravotnictví proběhlo již na úrovni vzdělávací instituce, pak by zdravotničtí asistenti nebyli natolik zaskočeni požadavky vedoucích pracovníků a uvedený negativní dopad tohoto faktoru by byl zmírněn. Výsledky diplomové práce mohou posloužit k dalšímu výzkumu.

# REFERENČNÍ SEZNAM

- AGENTURA ASPECTIO. 2011. *Studie č. 31 BOZP a stres na pracovišti a jeho specifika v odvětví zdravotnictví*[online]. 2011 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: [http://kzps.monitorovani.eu/moduly/vybermodulu/files/vystupy\\_z\\_projektu/dopadove\\_studie/zdravotnictvi/Zdravotnictvi\\_-\\_DS\\_-\\_BOZP\\_final.pdf](http://kzps.monitorovani.eu/moduly/vybermodulu/files/vystupy_z_projektu/dopadove_studie/zdravotnictvi/Zdravotnictvi_-_DS_-_BOZP_final.pdf)
- ARMSTRONG, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. Praha: Grada Publishing, 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- BARTÁK, Jan. 2004. *Lidé a změny*. Praha: Votobia, 2004. 269s. ISBN 978-80-722-0184-6.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. 2007. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. 2007, **17**(3), 14-17, ISSN 1210-0404.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, HAJDUCHOVÁ, Hana. 2010a. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. 2010, **12**(1), 20-33, ISSN 1212-4117.
- BÁRTLOVÁ, Sylva; HAJDUCHOVÁ, Hana. 2010b. Psychofyzická zátěž sester a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 2010. roč. 13, č. 3, s. 110-115. ISSN 1213-6050.
- BAŤKOVÁ, Aneta. 2013. *Zdravotnický asistent a jeho implementace do ošetrovatelského týmu* [online]. 2013 [cit. 2014-02-26]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová. Dostupné z: <http://theses.cz/id/fbn7v4/>
- BEZDĚKOVÁ, Iva. 2009. Přehled příjmů u různých profesí ve zdravotnictví. *Medical Tribune CZ* [online]. 27.8 2009 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14704-prehled-prijmu-u-ruznych-profesi-ve-zdravotnictvi>.
- BEZDĚKOVÁ, Marie. 2009. Zdravotní sestry si přilepší. V průměru o 2500 korun. *Týden.cz* [online]. © 2006 EMPRESA MEDIA, a.s. 24. 4. 2009. [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: [http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotni-sestry-si-prilepsi-v-prumeru-o-2500-korun\\_116372.html?showTab=diskutovane#.U3M\\_KnYQONg](http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotni-sestry-si-prilepsi-v-prumeru-o-2500-korun_116372.html?showTab=diskutovane#.U3M_KnYQONg)
- BROŽOVÁ, Miroslava. 2012. *Zdravotnický asistent ? přínos pro kvalitu profesionálního ošetrovatelství*. [online]. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie Trešlová. [cit. 2014-02-23]. Dostupné také z: <http://theses.cz/id/8fu4w4/brozova.pdf>.

BRŮHA, Dominik; PROŠKOVÁ, Eva. 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer, 2011. 559 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

BURDOVÁ, J., CHAMOUTOVÁ, D. 2012. Nezaměstnanost absolventů škol se středním a vyšším odborným vzděláním – 2012. *Informační systém o uplatnění absolventů škol na trhu práce* [online]. 2012 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z:

<http://www.infoabsolvent.cz/Temata/Publikace/9-0-71/Nezamestnanost-absolventu-skol-se-strednim-a->

BUREŠ, Vladimír. 2007. *Znalostní management a proces jeho zavádění - průvodce pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. 212 s. ISBN 978-80-247-1978-8.

BURIÁNEK, Jiří; MALINA, Antonín. 2009. Pracovní spokojenost zdravotních sester. Stabilizace a pracovní podmínky personálu. *Zdravotnictví v České republice*. 2009. **12**(3), 82-89. ISSN 1213-6050.

BUŽGOVÁ, Radka; SIKOROVÁ, Lucie. 2010. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech [sic] [elektronický zdroj]*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, 2010. ISBN: 978-80-7368-694-9.

CETLOVÁ, Lada; BABICKÁ, Marcela. 2010. *Etika v ošetrovatelství*. [online]. 2010 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/etika-v-osetrovatelstvi?page=8>.

ČESKO. 2012. Návrh zákona o zdravotnických povoláních. *Transformace nelékařských zdravotnických oborů* [online]. 2012 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: [www.transformace-nelekaru.cz](http://www.transformace-nelekaru.cz)

ČESKO. 2011a. Vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN neuvedeno. Dostupné také z: [http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska\\_55-r-2011.pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf)

ČESKO. 2011b. Zákon č. 105/2011 Sb., ze dne 25. března 2011, kterým se mění 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), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40, s. 1695-1698. ISSN 1211-1244.

- ČESKO. 2009. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*[online]. 2009, částka 6. Publikováno 25. 11. 2013 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z:[http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesupro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky\\_2340\\_930\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesupro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html).
- ČESKO. 2006. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84, s. 3146-3241. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2005. Vyhláška č. 39/2005 Sb. ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 8. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2004. 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), ze dne 4. února 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2001. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4799. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2000a. Zákon č. 123/2000 Sb., ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 36, s 1692 –. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2000b. Zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů ČR Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 1993- Roč. 2000, částka 74, s 3622 – 3664. ISSN 1211-1244.*
- DALE, Margaret. 2007. *Vybíráme zaměstnance. Základní znalosti personalisty*. Brno: Computer Press, 2007. 181s. ISBN 978-80-251-1522-0.
- DI CARA, Veronika; CHARVÁTOVÁ, Petra; PETR Tomáš. 2013. *Pracovní podmínky zdravotníků v ČR Průzkum ČAS 2013*. [online]. 2013 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2014/1/pracovni-podminky-zdravotniku-v-cr-pruzkum-cas-2013/>.

- DUCHONĚ, Bedřich; ŠAFRÁNKOVÁ, Jana. 2008. *Management. Integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. Praha: C.H. Beck, 2008. 378s. ISBN 978-80-7400-003-4.
- DVOŘÁKOVÁ, Zuzana; et al. 2007. *Management lidských zdrojů*. Praha: C.H. Beck, 2007. 485s. ISBN 978-80-7179-893-4.
- EDOST. 2012. *Mentoring ve firemní praxi. Studijní materiál* [online]. Vzdělávací společnost EDOST s.r.o., 2012, 62 s. [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://kvalitalektoru.ohkcv.cz/files/metodicke-listy/Studijn%C3%AD%20materi%C3%A1l%20-%20mentoring.pdf>.
- FEMPEL, Kurt, ZANDER, Ernst. 2008. *Praxis der Personalführung. Was Sie tun und lassen sollten*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2008. 153 s. ISBN 978-3-406-56083-5.
- FIŠAROVÁ, Světluše. 2013. *Kompetence členů ošetrovatelského týmu a týmu porodní asistence z pohledu odborníků zdravotnického systému*. [online]. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. [cit. 2014-01-10]. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová. Dostupné také z: <http://theses.cz/id/63us49/>
- FIURÁŠKOVÁ, Pavla. 2012. *Kompetence členů ošetrovatelského týmu v praxi zdravotnických institucí*. [online]. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. [cit. 2014-02-10]. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová. Dostupné také z: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/00151865-381236781.pdf>
- FOOT, Margaret; HOOK, Caroline. 2005. *Personalistika*. Praha: Computer Press, 2005. 462s. ISBN 978-80-722-6515-2.
- GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207s. ISBN 80-85931-79-6.
- GRAINGER, P; BOLAN Ch. 2006. Perceptions of nursing as a care choice of students in the Baccalaureate nursing program. *Nurse Education Today* [online]. 2006, 26(1), 38-44. ISSN: 0260-6917. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691705001115>
- GRIMSHAW, D. et al. 2006. *Shaping and reshaping the work organisation: including or excluding low skilled labour? The case of the nurse assistant in Germany, France and the United Kingdom* [online]. Paper prepared for the SASE conference Trier, 2006 July [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: [http://www.researchgate.net/profile/Philippe\\_Mehaut/publications/](http://www.researchgate.net/profile/Philippe_Mehaut/publications/)

- HAROKOVÁ, Silvie; GURKOVÁ, Elena. 2013. Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti - literární přehled. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, **4**(2), 573-582. ISSN: 1804-2740.
- HASSELHORN, H.M.; MÜLLER, B.H.; TACKENBERG, P.; 2005. *Nex tScientific Report July 2005* [online]. Wuppertal: University of Wuppertal. 2005, 79s. [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: [http://www.econbiz.de/archiv1/2008/53602\\_nurses\\_work\\_europe.pdf](http://www.econbiz.de/archiv1/2008/53602_nurses_work_europe.pdf)
- HEINOVÁ, Hana. 2010. *Rozvoj lidských zdrojů* [online]. Praha: učební text č. 16. 2010. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: [http://www.cmkos.cz/data/articles/down\\_2533.pdf](http://www.cmkos.cz/data/articles/down_2533.pdf)
- HEPLOVÁ, Monika; MICHÁLKOVÁ, Helena. 2010. Motivační prvky v práci sestry. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 30-31, ISSN 1210-0404.
- HRONÍK, František. 2007. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1457-8.
- HŮRKA, Petr et al. 2014. *Zákoník práce a související ustanovení občanského zákoníku: s podrobným komentářem k 1.1.2014*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Olomouc: ANAG, ©2014. 1063 s. ISBN 978-80-7263-857-4.
- HUSNÍK, Petr. 2006. Plné třídy zdravotnických asistentů?. *Učitelství noviny*. 2006, **109**(19), 9. ISSN 0139-5718.
- CHRÁPAVÁ, Klára. 2009. *Stres v pomáhající profesi zdravotníka* [online]. Zlín, 2009. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. [cit. 2014-03-07]. Vedoucí práce Lubomír Vašina. Dostupné z: <http://theses.cz/id/enfew3/>
- CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu - Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 272s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- IVANOVÁ, Kateřina et al. 2013. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. *Kontakt*. 2013, **15**(2), 115-127, ISSN 1212-4117.
- JAROŠOVÁ, Darja; DUŠOVÁ, Bohdana. 2008. *Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*. [online]. 2008 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: <http://www1.osu.cz/mentor/olomouc-prispevek.doc>
- JURÁSKOVÁ, Dana. 2012. Prohlášení České asociace sester ke zneužívání sester poskytovateli zdravotní péče. *Florence*. 2012, **8**(10), 36. ISSN: 1801-464X.



- KELNAROVÁ, Jarmila; et al. 2009. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník. Praha: Grada Publishing, 2009. 240s. ISBN 978-80-247-2830-8.
- KILÍKOVÁ, Mária. 2006. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 978-80-89271-01-4.
- KOCIÁNOVÁ, Renata. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2497-3.
- KOHOUTOVÁ, Ivanka; POHLOVÁ, Zuzana. 2010. Jaká je budoucnost nové ošetrovatelské generace. *Sestra*. 2010, **20**(3), 17. ISSN 1210-0404.
- KOLAJOVÁ, Lenka. 2006. Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada Publishing, 2006. 105s. ISBN 978-80-247-1764-7.
- KOMAČEKOVÁ, Dagmar. 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, **19**(7-8), 26-28. ISSN 1210-0404.
- KOUBEK, Josef. 2007. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. Praha: Management Press, 2007. 399 s. ISBN 978-80-726-1168-3.
- KOUTNÁ, Martina, JAROŠOVÁ, Darja. 2010. Faktory ovlivňující výběr prvního pracoviště u všeobecných sester. *Kontakt*. 2010, **12**(2), 131-135. ISSN 1212-4117.
- KRAMPEROVÁ, Hana; et al. 2010. *Novinky v ošetrovatelské péči: skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovatelské péči* [online]. 1. Vyd. Praha: Garamound, 2010. 130 s. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: [http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta\\_kurzNovinky.pdf](http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf)
- KRNINSKÁ, Růžena. 2002. *Řízení lidských zdrojů ve třetím tisíciletí*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita. 2002, 182s. ISBN 978-80-806-9105-9.
- LAJDOVÁ, A., URÍČKOVÁ, A., ONDRUŠKOVÁ, S. 2010. Význam osobnostních předpokladů při výběru sester mentorek. *Sestra*. 2010, **20**(2), 25-26. ISSN 1210-0404.
- MACHÁLKOVÁ, Lenka. 2008. Jaká je pracovní spokojenost sester? Diagnóza v ošetrovatelství, 2008. **4**(10), 26. ISSN 1801-1349.
- MAJERNÍKOVÁ, L'udmila; OBROČNÍKOVÁ, Andrea. 2011. *Motivačné a demotivačné činitele prevzdelávanie a prác u sestier* [online]. Prešov: Prešovská univerzita, 2011. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: [www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/.../p15.pdf](http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/.../p15.pdf)

- MĚŘINSKÁ, Kristina. 2011. *Začlenění VŠ vzdělaných sester do ošetrovateľského tímu* [online]. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2014-02-13]. Vedoucí práce Jana Levová. Dostupné z: [http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38900/1/MerinskaK\\_ZacleneniVysokoskolsky\\_JL\\_2011.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38900/1/MerinskaK_ZacleneniVysokoskolsky_JL_2011.pdf).
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. 2008a. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání, 53 – 41 – H/01 Ošetrovateľ, MŠ MT* [online]. 2008, 74 s. [cit. 2014 – 02 - 02]. Dostupné z: <http://www.szs.cz/obory/szs-53-41-h-01-osevovateľ>
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. 2008b. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/01. Zdravotnický asistent* [online]. Praha: Národní ústav odborného vzdělávání, 2008. 78 s. [cit. 2014-01-10] Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/rvp/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2008a. *Je třeba navýšit cenu práce sester a posílit jejich kompetence: tisková zpráva* [online]. © 2010 MZČR. 1. 11. 2008 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/tz-je-treba-navysit-cenu-prace-sester-a-posilit-jejich-kompetence\\_1168\\_870\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/tz-je-treba-navysit-cenu-prace-sester-a-posilit-jejich-kompetence_1168_870_1.html).
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2008b. Porada hlavních sester 29.1.2008. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Publikováno 1. 2. 2008. [cit. 2014 – 01 - 02]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/porada-hlavnich-sester\\_1763\\_2129\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/porada-hlavnich-sester_1763_2129_3.html).
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332s. ISBN 978-80-247-1362-4.
- MIZEROVÁ, Petra. 2013. *Pracovní fyzické zatížení všeobecných sester* [online]. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. [cit. 2014-02-23]. Vedoucí práce Lenka Machálková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/yk11gv/>
- MODRANSKÁ, K., PARTILOVÁ, A.2012. *Pripravenosť zdravotníckeho asistenta na starostlivosť o rôzne spoločenské skupiny klientov/pacientov v zdravotníckych zariadeniach*[online]. Prešov: Stredná zdravotnícka škola, 2012. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: [www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/.../Modranska.pdf](http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/.../Modranska.pdf)
- NEŠPOR, Karel. 1995. Profesionální stres u zdravotnických pracovníků. *Zdravotnické noviny* (MF). 1995, **44**(23), 14-15, ISSN 1805-2355.

- NOVÝ, Ivan a kol. 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2006. 287 s. Manažer. Management. ISBN 80-247-1705-0.
- PAUKNEROVÁ, Daniela; et al. 2006. *Psychologie pro ekonomy a manažery*, 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 254 s. ISBN 978-80-247-1706-7.
- PEKARA, Jaroslav et al. 2012. Ošetrovatelství – profese, na kterou není čas. 2012. *Zdravotnické noviny* (MF). 2012, **61**(10), 18-20. ISSN 0044-1996.
- PETRUŽELOVÁ, Tereza. 2012. *Role zdravotnického asistenta v ošetrovatelském procesu* [online]. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lenka Mazalová. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/qy3ah4/>
- PETRŮ, Adolf, TOMEČEK, Milan. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci v praxi*. Praha : Verlag Dashöfer, 2006-2009. ISSN: 1802-2235.
- PLEVOVÁ, Ilona; et al. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-8241-6.
- POLICAR, Radek. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PROŠKOVÁ, Eva. 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. 2010, **6**(10), 3-4. ISSN: 1801-464X.
- PRŮCHA, Jan; VETEŠKA, Jaroslav. 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing, 2012. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
- RYMEŠ, Milan. 1985. *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1985.
- RYMEŠ, Milan. 2008. Zaměstnanec jako proces zvládnutí změn. In: *Sociální procesy a osobnost* [online]. 1. vyd. Brno: MSD, 2008. s. 348-352. ISBN 978-80-7392-016-6. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z <http://www.scribd.com/doc/5418994/49/Milan-Ryme%C5%A1>
- SAKSLOVÁ, Věra; ŠIMKOVÁ, Eva. 2009. *Základy řízení lidských zdrojů: systematický přehled základní personální problematiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 170 s. ISBN 978-80-704-1995-3.
- SIKOROVÁ, Lucie; BUŽGOVÁ Radka. 2013. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [online]. 1. Vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 146 s. ISBN 978-80-7464-

264-7. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://lf.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/sbornik-2013.pdf>.

SIMONOVÁ, Iveta; OZOROVSKÝ, Vojtěch. 2010. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010, **20**(7-8), 24-25. ISSN: 1210-0404.

SKOUPÁ, Petra. 2009. *Začleňování všeobecných sester - absolventek do pracovního procesu* [online]. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. [cit. 2014-02-13]. Vedoucí práce Dana Krethová. Dostupné také z: <https://otik.uk.zcu.cz/bistream/handle/11025/3813/Bakalarska%20prace%202012%20Mrazova.pdf?sequence=1>

SKUTIL, Martin; et al. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLAVÍK, Jiří. 2008. Novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Dentální tým* (suppl. LKS) [online]. 2008, (11),. A29-A33. [cit. 2014- 01 - 04]. ISSN 1210-3381. Dostupné z: [http://www.dent.cz/img\\_data/file/DT-11-web.pdf](http://www.dent.cz/img_data/file/DT-11-web.pdf)

STÝBLO, Jiří. 1992 *Manažerská motivační strategie*. Praha: Management Press, 1992. 74 s. ISBN 978-80-856-0305-7.

STÝBLO, Jiří. 2010. *Řízení týmové a firemní kultury organizace*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2010. 61s. ISBN 978-80-740-8032-6.

STÝBLO, Jiří. 1994. *Jak vybírat spolupracovníky*. Ostrava: MONTANEX, 1994. 123 s. ISBN 978-80-85780-06-2.

ŠIMÁKOVÁ, Marcela. 2010. *Adaptace vybraných skupin pracovníků pomáhajících profesí a další profesní růst* [online]. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. [cit. 2014-02-23]. Vedoucí práce Anna Krátká. Dostupné také z: <http://theses.cz/id/iued8w/>

ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 978-80-7172-841-2.

ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ Magda. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. 200s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKUBOVÁ, Jarmila. 2009. Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních. *Florence*. 2009, **5**(6), 3. ISSN: 1801-464X.

ŠTIKAR, Jiří. 2003. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. 461s. ISBN 978-80-246-0448-0.

STANCE COMMUNICATIONS. 2011. *Zpětná vazba na adaptační proces nových zaměstnanců není využívána u 30 % společností: tisková zpráva*[online]. © 2007 Stance Communications, s.r.o.,15. 11. 2011. [cit. 2014-02-14]. Dostupné z:

[http://www.stance.cz/tiskove\\_stredisko/presscenter.php?p=text\\_detail&idfirmy=65&idslozky=812&idtextu=4909](http://www.stance.cz/tiskove_stredisko/presscenter.php?p=text_detail&idfirmy=65&idslozky=812&idtextu=4909)

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2014. *SZÚ* [online]. (c) Státní zdravotní ústav. [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: [www.szuz.cz](http://www.szuz.cz)

TREŠLOVÁ, Marie; et al. 2010. Sestra ve střetu hierarchie, profesí a osobností. In:BUŽGOVÁ, Radka, ed. a SIKOROVÁ, Lucie, ed. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [CD-ROM]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2010. S. 113-143. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-7368-694-9.

UHLÍŘ, P., BETLACHOVÁ, M., KUCHAROVÁ, Z. 2011. Bolesti dolních části zad u zdravotních sester a jejich prevence. *Medicína pro praxi*. 2011, 8(10), 438 - 440. ISSN 1803-5310. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/10/10.pdf>

VAJNER, Luděk. 2007. *Výběr pracovníků do týmu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 112s. ISBN 978-80-247-1739-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. 160s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VODIČKOVÁ, Petra. 2011. *Role zdravotnických asistentů a sester v ošetrovatelském procesu* [online]. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie Trešlová. [cit. 2014-01-28]. Dostupné také z: <http://theses.cz/id/ezlboxj/>

VOCHOZKA, Marek; MULAČ, Petr; et. al. 2012. *Podniková ekonomika*. Praha: Grada Publishing, 2012. 576s. ISBN 978-80-247-4372-1.

# SEZNAM ZKRATEK

apod. a podobně

ČR Česká republika

FNOL Fakultní nemocnice Olomouc

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. například

pozn. poznámka

s. strana

tj. to je

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 Přehled faktorů ovlivňujících adaptaci podle Štikara

Graf č . 1 Pracovní náplně ošetrovatelského personálu

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ukázka přepisu zvukového záznamu rozhovoru s respondentem ZA 1

Příloha č. 2: Schéma rozhovoru



## **Příloha č. 1 Ukázka přepisu zvukového záznamu rozhovoru s respondentem ZA 1**

TA: Svoji ochotou odpovídat na položené dotazy poskytujete souhlas s účastí na výzkumném šetření. Souhlasíte?

ZA 1: Ano, souhlasím.

TA: Souhlasíte se zvukovým záznamem našeho rozhovoru, který bude ihned po doslovném přepisu zničen?

ZA 1: Ano.

TA: Kdy jste ukončila adaptační proces?

ZA 1: V říjnu, vloni.

TA: Jaký byl Váš první dojem z prostředí nového pracoviště?

ZA 1: Byl to šok- přijdete na nové místo, já jsem předtím pracovala na LDN, tak tam byl ten rytmus té práce jinej, ale tak člověk si zvykne. Takže prvotní byl jako ten šok, protože tady je víc těch odborných výkonů a víc odborných věcí než jenom ta ošetrovatelská péče.

TA: Co z nového pracoviště na Vás nejvíce zapůsobilo?

ZA 1: Tak bylo všechno čisté a vymalované, asi sesternu by to chtělo větší, tam je málo toho pracovního prostoru, když se jede ta skupinová péče, tak do sebe vrážíme loktama u těch pracovních ploch. No, ale jinak jako, chtělo by to samozřejmě zmodernizovat to oddělení, ale tak to už jsou takovy věci asi nereálný. Co já vím, co jsme se učili ještě ve škole, tak každý pokoj by měl mít to svoje sociální zařízení a takové ty různé věci a tady to splňují tři pokoje vlastně z deseti a je to takové i pro ty pacienty. A když se podívám na to sociální zařízení pro pacienty- to společné, tak bych si ho představovala prostě takovy lepší co se týče přístupnosti, prostoru.

TA: Chtěla by jste na Vašem pracovišti něco změnit?

ZA 1: To asi jo, ale na to asi nejsou peníze, dneska už vůbec ne.

TA: Přesto se pokuste vynechat otázku financí a zamyslet se nad tím, co by podle Vašeho názoru potřebovalo změnit.

ZA 1: Já si myslím, že momentálně mi přijde trnem v oku právě to sociální zařízení, přijde mi to chvílkama takovy- nevím jak to slušně vyjádřit.

TA: Jak jste spokojena s osobním a hygienickým zázemím pracoviště?

ZA 1: No, tak, jelikož teoreticky by jsme se měli osprchovat, když jdeme z práce, a jediná sprcha je taková miniaturní, co máme na sesterně na záchodkách, tak to bych taky změnila, protože mi to přijde ještě to je tam takový, jak ve starým paneláku- mi to přijde, Ale jinak šatny jako jsou v pořádku, každý vlastně skříňka nová. Ale tu sprchu přesto používáme, protože občas je to potřeba.

TA : Jak se Vám daří dodržovat pracovní přestávky?

ZA 1: Á- pracovní přestávky, no tak celkově za tu směnu ji dám dohromady tu přestávku, ale že bych měla v kuse tu půlhodinu, tak to málokdy se stane, že bych to vyloženě stihla.

TA: Jak by jste hodnotila dostupnost a množství pomůcek a materiálu?

ZA 1: Ne, ne, ne, ne- řekla bych i pro takový ten větší komfort těch pacientů- no úplně komplet všeho že by toho mělo být třeba i o polovinu víc, ať už vezmu jenom ochranný pomůcky, rukavice, stříkačky, jehly no prostě abych nemusela šetřit, je to svým způsobem omezující.

TA: Jaké druhy přístrojové techniky máte na pracovišti a jak dlouho Vám trvalo, než jste?

ZA 1: Tak tady máme vlastně ty inhalery- akorát, infuzní pumpy, ale s těma jako já nepracuji, injektomaty- s těma také ne, a jinak odsávačky, no a kyslík a sání- centrální. / No, takže, to bylo různě, co se týče těch přístrojů, většinu jsem třeba znala ze školy, ten centrální kyslík i ta odsávačka, tam zmáčknete párkrát čudlík a je to. Trošičku s těma inhalerama jsem bojovala, kam dát vlastně tu inhalační látku, do těch třech měsíců si troufla říct, že to zvládnou.

TA: Jak probíhalo Vaše seznámení s touto technikou?

ZA 1: S přístrojovou technikou to bylo tak, že mě vzala sestřička pod křídlo, šla se mnou, ukázala mi to, to je tohlenc to a tohlenc to, dělá se s tím tak a tak a pak se podepiš, že jsme tě seznámili.

TA: Co Vás lákalo na práci na tomto oddělení?

ZA 1: Tak lákalo mě to, že je to zpátky v místě mého bydliště a jednak taky jsem chtěla přejít od té ošetrovatelské péče k těm odborným výkonům, s tím se tady setkáváme celkem dost, takže to mě vyhovuje.

TA: V čem se shodovala Vaše představa se skutečnými požadavky?

ZA 1 : No, upřímně, já jsem nějakou vyloženou představu, když jsem semkašla, neměla. Já jsem v životě na takovém oddělení nebyla, jenom na exkurzi a to jsme jenom tak prosvištěli, takže jsem nevěděla, jaký je tady ten harmonogram práce a toho všeho, takže jsem šla tak jakoby na slepo, když to řeknu.

TA: Jak na Vás působil pracovní kolektiv?

ZA 1: Já si myslím, že dobře, jo, neměla jsem s nikým žádný problém, že by byli neochotní nebo tak, všechno šlo dobře.

TA: Poskytoval Vám někdo z kolektivu větší péči?

ZA 1: No tak trošičku větší moje školící sestřička, ale jinak jako všichni vycházeli vstříct, když jsem něco potřebovala vědět tak jo. Ale i vedoucí sestra, já jsem nastupovala zrovna v době, kdy se tady měnily staniční sestry, takže to bylo trošičku takový komplikovanější, ale jinak, že bych mohla říct něco špatného, ne, tam bylo trošičku hektičtější.

TA: Jakým způsobem Vám tuto péči projevoval?

ZA 1 : Někdo mě odkázal na manuál, někdo šel se mnou a ukázal a vysvětlil mi to polopaticky jak blbečkovi (což je nejideálnější) a pak vím, že jedna sestřička mi pučila materiály, který měla ona, když jako procházela tím adaptačním procesem, takže v tomhle netom nebyl problém.

TA: Jak dlouho trvalo, než jste se začal/a cítit jako součást pracovního týmu?

ZA 1: To je takový, asi ten rok, co jsem si říkala, že už semka patřím, jo, asi rok.

TA: Jak by jste popsala Vaši spolupráci s pomocným nelékařským personálem?

ZA 1: S nima můžu říct, že vycházím jako velmi dobře, že tam to bylo takovy, prostě, no dobrý, asi jsme si i blíž než s ostatními sestrama.

TA: Jak by jste popsala Vaši spolupráci s lékaři pracoviště?

ZA 1: No, já si myslím, že spolupráce byla celkem dobrá, tam šlo jenom o takovej ten můj prvotní ostych že prostě než si na ně člověk zvykne, než zjistí jak na ně a tak, teďkom už je to bez problémů.

TA: Měnil se Váš vztah k pacientům v průběhu adaptačního procesu?

ZA 1: Určitě tam byla změna, tím jak jsem získávala zkušenosti z toho pracoviště, tak jsem si byla jistější v těch výkonech a nebo třeba i v tom, když se poučují pacienti, tak prostě jsem ano 100% věděla, že to o čem mluvím je tak na 100% a že to nemám jenom naučeny.

TA: Jak probíhalo hodnocení Vašeho adaptačního procesu?

ZA 1: ZA 1: No, jak jsem předtím říkala, tak tam jsme měli předem jakoby smluvené datумы, kdy by mělo proběhnout zkoušení nebo něco takového, ale jenom párkrát se stalo, že to vyloženě to vyšlo v ten daný termín prostě skrz nedostatek času a tak. Někdy se stalo, že v týdnu dvakrát a pak třeba měsíc nic, a pak jako zkoušení, prostě bylo to strašně individuální. No, ono to původně bylo rozepsané každý měsíc, ale pak se to organizačně změnilo.

TA: Kdo Vás hodnotil a kde, v jakých prostorách?

ZA 1: Tak- moje úplně první zkoušení probíhalo s vrchní sestrou a s vedoucí lékařkou. A pak už to bylo většinou jenom s vrchní sestrou a staniční. Bývalo to u vrchní v kanceláři a nebo pak tady na vyšetřovně, ale bylo to v soukromí.

TA: Jak jste tato setkání prožívala, s jakými pocity?

ZA 1: No pocitově- já ústní zkoušení teda k smrti nesnáším ( i když třeba vím, že to vím) ale, no prostě taková ta nervozita, tréma, kolikrát z vás vypadnou, věci, který by jste nevěřila, že řeknete. Jako kdyby jste měli ve škole maturitu nebo něco takovýho a to ještě na maturitu jsem byla klidnější mi přišlo.

TA: Jak jste se připravovala, z čeho, věděla jste, odkud máte čerpat informace?

ZA 1: Já jsem hlavně čerpala za středoškolského učiva a pak když tam byly nějaký ty specializovaný věci tak internet a popř. ty materiály od sestřičky. Dostala jsem taky nějaký materiály od vrchní sestry. Ale spíš jsem používala ty věci z praxe. Ne, to nám vrchní neříkala, co přesně se máme naučit a odkud.

TA: Jakým způsobem byly hodnoceny Vaše praktické dovednosti?

ZA 1: No. Já si teda troufnu říct, že převážně kladně, nějaký nedostatky tam byly, hlavně v dokumentaci, v tom je to do teďka, člověk neví, kam se může podepsat a kam ne. I co se týče těch výkonů, člověk kolikrát si není jistej, co může, co nemůže, furt v těch kompetencích je takovej zmatek. Tak to bylo v průběhu toho adaptačního procesu. Prokázat jsem je musela vlastně před školící sestrou a taky staniční věděla, jak pracuju, jestli mi to jde.

TA: Jakou metodou jste byla hodnocen/a?

ZA 1: My jsme to vlastně vždycky měli v průběhu, to zkoušení na to dané téma se jakoby prozkoušelo a tím bylo to určité téma uzavřeno. To bylo ústní zkoušení.

TA: Vyhovoval Vám tento způsob hodnocení?

ZA 1: Jelikož já jsem strašnej trémař v tom ústním zkoušení, takže mě to teda moc nevyhovovalo, i když jsem to zvládla, ale nevyhovovalo, ale asi radši bych dělala test nebo nějaká i písemná práce.

TA: Jak jste cítil/a být vybaven/a znalostmi a dovednostmi ze školy?

ZA 1: Jo, tak to výborně, to já do teďka vlastně, teďkom si dělám dálkově vysokou školu v Ostravě -a doteďka čerpám ze střední tady z Olomouce. Tam nás to učili fakt hodně, všechny postupy a výkony.

TA: Které oblasti by jste vyzdvihla?

ZA 1: Ty standardy, to ošetrovatelství vlastně samo o sobě, my jsme na to měli výbornou profesorku, takže já doteďka když udělám něco špatně, tak ji vidím nad sebou, jak mi nadává za to.

TA: Jak jste byla připravena v oblasti ošetrovatelské dokumentace?

ZA 1: No, tak to vůbec ne, to už když jsem byla v Hranicích, tak to byl první kámen úrazu, sestřičky mi tam řekli, ty jsi ten nověj asistent, ty bys měla poučovat nás, a pak jsem se jednou zeptala profesorky na praxi, co teda je tohleto, tak a ona mi řekla, že se s tím vůbec nesetkám, tam je to pořád asistent může a nemůže, člověk je z toho úplně zblblý.

TA: Jak jste byla připravena v oblasti komunikace?

ZA 1: V komunikaci si myslím celkem dobře, obzvlášť s pacientem, tam jsme museli být furt s tím pacientem na pokoji.

TA: Jak dobře jste ze školy znala své kompetence?

ZA 1: No, takže, to už jsem říkala několikrát, každý rok přišlo něco nového, jednou, že můžeme jít píchat sami s.c. injekce, podruhé ne, pak jednou dokumentace ano, dokumentace ne, no prostě pořád jinak.

TA: Jak a kdy Vás vedoucí pracovník nového pracoviště seznámil s Vašimi kompetencemi?

ZA 1: Tady na pracovišti vrchní sestra, hned při nástupu mi to popsala.

TA: Jak respektuje Vaše pracovní okolí Vaše kompetence?

ZA 1: Já si myslím, že oni si to velmi dobře uvědomují, kde ty kompetence teoreticky jsou a teoreticky nejsou, ale pak když řeknu po pravdě, v praxi se to tak trošičku smývá.

TA: Jaký vliv mělo nové zaměstnání na Vaši psychiku?

ZA 1: Tím, že jsem začínala na té LDN, kde jsem to dokonce počítala, kolik mě za ten rok potkalo úmrtí osobně, spíš bych řekla, že jako záporně, že už mě to jakože netíží, když je to teda v tom stáří jako. Pak jsem přišla sem a tady se stalo, že umřel mladý člověk a to mě ten první moment jako tak setne, jakoby až otupělost jeden moment, když jsem si to uvědomila, tak jsem si říkala, že by mi to nemělo být tak volný. S tím jak se s tím člověk tak často setkává tak to vezme až moc jako součást života.

TA: Jak jste se cítil/a po fyzické stránce v období Vašich začátků?

ZA 1: Fyzická zdatnost- no tak ale jo- spíš zručnost, nějaká jistota v té manipulaci s pacientem, když si pamatuju na střední škole, tam jsme byli všichni vyklepaní z toho, ale fyzicky, že by mě to nějak povzneslo, tak to ne, to tělo si tak nějak zvyklo. Ta fyzicka se vytvořila, pak se to nějak ustálilo a už to nechce nahoru.

TA: Jak jste se vyrovnal/a se směnným provozem?

ZA 1: Směnněj provoz, tak ten mi vyhovuje, já si nedokážu představit, že bych chodila od pondělí do pátku od 7-15, to myslím, že by mě to stávání zabilo.

TA: Projevil se nástup do zaměstnání na Vašem zdravotním stavu?

ZA 1: No odrazilo se to tím, že máme vlastně v rodině z matčiny, z otcovy strany křečové žíly. Já jsem je měla prostě na hraně a tím jak jsem začala pracovat tak mi to vylezlo a rozjelo se to.

TA: Nyní bych Vám ráda bych poskytla prostor k vyjádření Vašich postřehů k průběhu adaptačního procesu a doplnění pro Vás klíčových bodů, které jsme doposud nezmínili.

ZA 1: D: Hlavně by se měl udělat pořádek v těch kompetencích, protože to se pořád mění a není to jasný.

## **Příloha č. 2 Schéma rozhovoru**

### **Obecné otázky:**

Svojí ochotou odpovídat na položené dotazy poskytnete souhlas s účastí na výzkumném šetření. Souhlasíte?

Souhlasíte se zvukovým záznamem našeho rozhovoru, který bude ihned po doslovném přepisu zničen?

Kdy jste ukončil/a adaptační proces?

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení pracovních podmínek na adaptační proces?

Otázky rozhovoru:

Jaký byl Váš první dojem z prostředí nového pracoviště?

Co z nového pracoviště na Vás nejvíce zapůsobilo?

Chtěl/a by jste na Vašem pracovišti něco změnit?

Jak jste spokojen/a s osobním a hygienickým zázemím pracoviště?

Jak se Vám daří dodržovat pracovní přestávky?

Jak by jste hodnotil/a dostupnost a množství pomůcek a materiálu?

Jaké druhy přístrojové techniky máte na pracovišti a jak dlouho trvalo, než jste ji ovládal/a zcela samostatně?

Jak probíhalo Vaše seznámení s touto technikou?

Jak dlouho trvalo, než jste ji ovládal/a zcela samostatně?

Co Vás lákalo na práci na tomto oddělení?

V čem se shodovala Vaše představa se skutečnými požadavky?

Doplňující otázky:

Jaké byly vaše vnitřní pocity při první návštěvě pracoviště?

Můžete být, prosím konkrétnější?

Můžete mi to zdůvodnit?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení interpersonálních vztahů na adaptační proces?

Otázky rozhovoru:

Jak na Vás působil pracovní kolektiv?

Poskytoval Vám někdo z kolektivu větší péči?

Jakým způsobem Vám tuto péči projevoval?

Jak dlouho trvalo, než jste se začal/a cítit jako součást pracovního týmu?

Jak by jste popsal/a Vaši spolupráci s pomocným nelékařským personálem?

Jak by jste popsala Vaši spolupráci s lékaři pracoviště?

Měnil se Váš vztah k pacientům v průběhu adaptačního procesu?

Doplňující otázky:

Na jaké pracovní pozici tento člověk pracoval?

Můžete mi to blíže popsat?

Vyskytly se ve spolupráci nějaké obtíže či negativní zážitky?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení hodnocení pracovníka na adaptační proces?

Otázky rozhovoru:

Jak probíhalo hodnocení Vašeho adaptačního procesu?

Kdo Vás hodnotil?

Jak jste tato setkání prožíval/a, s jakými pocity?

Jak jste se připravoval/a, z čeho, věděl/a jste, odkud máte čerpat informace?

Jakým způsobem byly hodnoceny Vaše praktické dovednosti?

Jakou metodou jste byl/a hodnocen/a?

Vyhovoval Vám tento způsob hodnocení?

Doplňující otázky:

Odkud jste se dozvěděl/a o termínech hodnocení?

Můžete zvolit z nabízených metod: písemná (test), slovní forma (rozhovor, zkoušení), praktická zkouška (předvedení výkonu v praxi).

Volil/a by jste jinou metodu hodnocení?

**Výzkumná otázka č. 4:** Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení odborné připravenosti na adaptační proces?

Otázky rozhovoru:

Jak jste cítil/a být vybaven/a znalostmi a dovednostmi ze školy?

Které oblasti by jste vyzdvihl/a?

Jak jste byl/a připraven/a v oblasti ošetrovatelské dokumentace?

Jak jste byl/a připraven/a v oblasti komunikace?

Jak dobře jste ze školy znal/a své kompetence?

Jak a kdy Vás vedoucí pracovník nového pracoviště seznámil s Vašimi kompetencemi?

Jak respektuje Vaše pracovní okolí Vaše kompetence?

Doplňující otázky:

Kdy Vás s těmito kompetencemi seznámila?

**Výzkumná otázka č. 5:** Jaký je názor zdravotnických asistentů ve FNOL na působení osobní připravenosti na adaptační proces?

Otázky rozhovoru:

Jaký vliv mělo nové zaměstnání na Vaši psychiku?

Jak jste se cítil/a po fyzické stránce v období Vašich začátků?

Jak jste se vyrovnal/a se směnným provozem?

Projevilo se nástup do zaměstnání na Vašem zdravotním stavu?

Doplňující otázky:

Jak jste tuto potřebu řešil/a?

Byla jste u lékaře s tímto problémem?

**Prostor k vyjádření respondenta; ráda bych Vás požádala o Vaše postřehy k průběhu adaptačního procesu a doplnění pro Vás klíčových bodů, které jsme doposud nezmínili:**