

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ROLE SESTRY ŠKOLITELKY/MENTORKY
V ADAPTAČNÍM PROCESU NA JEDNOTKÁCH
INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Iva Dobrovolná, DiS.**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC
KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**The role of the supervisor nurse in the introductory
process in the intensive care unit**

Bachelor's thesis

Author: **Iva Dobrovolná, DiS.**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Velice děkuji vedoucí mé práce, Mgr. Evě Vachkové za její laskavý přístup, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Rovněž děkuji vedoucím pracovníkům nemocnic za vstřícný přístup a umožnění sběru dat, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Současně děkuji svému partnerovi a své rodině za podporu při mé cestě za vědomostmi.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Cíle teoretické části	9
1.2 Povolání všeobecná sestra	9
1.2.1 Osobnost všeobecné sestry	10
1.2.2 Role všeobecné sestry	11
1.2.3 Profesionální chování všeobecné sestry	11
1.2.4 Motivace v profesi všeobecné sestry	12
1.3 Vzdělávání v ošetrovatelství	13
1.4 Adaptační proces	15
1.5 Specifika práce všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče	20
1.6 Management v ošetrovatelství, personální management	25
1.6.1 Vedení ošetrovatelského týmu	27
1.7 Mezilidské vztahy na pracovišti, pracovní spokojenost	28
1.7.1 Týmová spolupráce	29
1.7.2 Komunikace a sociální interakce	30
1.8 Ošetrovatelství a pedagogika	32
1.8.1 Vzdělávání, učení a vyučování	32
1.8.2 Edukace	33
1.8.3 Didaktika	34
1.8.4 Andragogika	35
1.9 Mentoring, mentor	35
1.9.1 Mentoring ve zdravotnictví	37
1.9.2 Profil a role mentora ve zdravotnictví	38
1.9.3 Mentor klinické praxe	40
1.9.4 Mentorský kurz	41
1.9.5 Odpovědnost školitele/mentora	43
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	44
2.1 Cíle empirické části	44
2.2 Metodika	44
2.2.1 Metoda výzkumu	44

2.2.2 Struktura dotazníku	45
2.2.3 Charakteristika souboru	46
2.3 Výsledky	47
2.3.1 Vyhodnocení úvodních společných otázek	48
2.3.2 Vyhodnocení dotazníku pro sestry v adaptačním procesu či do tří let praxe.....	54
2.3.3 Vyhodnocení dotazníku pro sestry školitelky/mentorky	75
3 DISKUZE	92
4 ZÁVĚR	116
Anotace	118
Použitá literatura a prameny	120
Seznam grafů	128
Seznam tabulek	130
Seznam zkratk	131
Seznam příloh	132

ÚVOD

„Může být něco krásnějšího než dělat to, co máte rád a vědět, že to má význam?“

(Katharine Graham)

Tématem mé bakalářské práce je „Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na jednotkách intenzivní péče“.

Úloha sestry jako školitelky/mentorky je jednou z mnoha, kterou sestra ve své profesi zastává. S rozvojem profese získává právě role sestry školitelky (dále jen SŠ)/mentorky na důležitosti. Proto je nutné se mentorství věnovat a do budoucna jej rozvíjet.

Kvalitní SŠ/mentorka má pro nově nastupující sestru do zaměstnání mnohdy zásadní význam. Zastává z praktického hlediska roli průvodce sestry po nástupu do zdravotnického zařízení (dále jen ZZ).

Právě kvalitně a rychle zaškolený pracovník je pro zaměstnavatele i celý tým velkým přínosem. Na adaptačním procesu (dále jen AP) nového zaměstnance, zvláště pokud jde o absolventa bez praxe, se podílí řada osob. Přístup k zaškolování zaměstnanců ve ZZ je různý. Je to proces náročný pro obě strany, zvláště pokud jde o pracoviště typu jednotky intenzivní péče (dále jen JIP). V tomto období působí na obě strany řada negativních faktorů, na které jsem se snažila poukázat tak, aby mohly být event. eliminovány.

Této problematice jsem se chtěla věnovat zejména proto, že z vlastní zkušenosti vím, že nástup na pracoviště JIP po absolvování studia je velmi náročný a také proces zaškolování nových zaměstnanců ze stran SŠ/mentorek není jednoduchý.

Během své dosavadní praxe jsem již dvakrát AP procházela. Vždy šlo o JIP kardiochirurgického zaměření, kde právě rozdíly v přístupu k zaškolování mě navedly k zájmu se touto problematikou hlouběji zabývat. Motivem mi také byla situace, kterou jsem kolem sebe na pracovišti pozorovala. Osobně mám práci na JIP velmi ráda a možnost podílet se na zaškolování studentů či nových kolegů mě vždy naplňovala.

Toto téma přináší řadu otázek, na které jsem se snažila nalézt odpovědi v empirické části práce.

Respondenty mého dotazníkového šetření jsou všeobecné sestry, které pracují na jednotkách intenzivní péče. Jednu skupinu tvoří sestry školitelky a druhou sestry v adaptačním procesu nebo do tří let praxe na pracovišti JIP.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické, kde jsou kapitoly zaměřené na oblast ošetřovatelství a pedagogiky, dále je věnována pozornost samotnému povolání všeobecné

sestry (osobnost, role, profesionální chování, motivace, legislativní rámec povolání, vzdělávání), mezilidským vztahům na pracovišti (tým, vedení, komunikace). Významná část je věnována právě mentorství ve zdravotnictví, problematice zaškolování (adaptační proces) a v neposlední řadě je jedna kapitola věnována specifikům práce sester na JIP. Výzkumná část je zpracována na základě dotazníkového šetření pomocí grafů a tabulek.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Cíle teoretické části

V teoretické části své bakalářské práce jsem si stanovila několik cílů:

- představit povolání všeobecné sestry, vzdělávání v ošetrovatelství, mezilidské vztahy na pracovišti,
- přiblížit problematiku mentorství,
- rozvést specifika práce na jednotkách intenzivní péče v kontextu s adaptačním procesem,
- popsat hlavní pojmy související s tématem výzkumu (ošetřovatelství a pedagogika).

1.2 Povolání všeobecná sestra

Ošetrovatelství jako profese vzniklo koncem 19. století a během 20. století prošlo dynamickým vývojem. Profese sestry 20. století je charakterizována tím, že se toto povolání stává autonomní profesí. Sestry jsou vysokoškolsky vzdělané, v ošetrovatelském procesu využívají holistický přístup, pracují s ošetrovatelskými diagnózami a profese má vlastní výzkumnou základnu. Zvyšují se její kompetence, odborná kvalifikace a s tím souvisí i větší zodpovědnost. Sestra je dnes rovnocennou členkou zdravotnického týmu, je schopná samostatné práce v oblasti svých kompetencí a působnosti, což je charakteristikou vyspělého zdravotnictví (Farkašová et al., 2006).

Způsobilost k výkonu povolání sester je v ČR dána zákonem 96/2004 Sb., který určuje podmínky pro výkon povolání a rozlišuje výkon povolání pod odborným dohledem, pod přímým vedením a výkon bez přímého vedení nebo odborného dohledu (Česká republika, 2004). Pro výkon povolání sestry (vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, registraci) je nutností bezúhonnost, zdravotní způsobilost a také odborná způsobilost. Tento zákon však mění zákon č. 105/2011 Sb. ze dne 25.3.2011, kde se mimo jiné prodlužuje platnost osvědčení na 10 let a snižuje registrační poplatek na 100 Kč.

Kompetence sester byly výrazně navýšeny Vyhláškou MZČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Rozšířilo se spektrum výkonů, ke

kterým dříve sestry kompetence neměly nebo musely mít písemné pověření lékaře. V právních předpisech se rozlišuje, kterou činnost sestry vykonává bez indikace lékaře a ty činnosti, ke kterým musí být indikace či přímý dohled lékaře (viz příloha č. 5).

O kompetencích určených sestřím na JIP se dále zmiňují v kapitole č. 1.4 Specifika práce všeobecné sestry na JIP.

1.2.1 Osobnost všeobecné sestry

Sestra se ve své práci denně setkává s nemocí, smutkem, smrtí, beznadějí, ale i s nadějí, zrozením, štěstím. To vše klade vysoké nároky na její osobnost. Osobnost je jedním z faktorů ovlivňujících chování sestry. Nadání pro povolání tvoří vlastnosti a schopnosti osobnosti. Vlastností se rozumí její relativní stálost. Žádoucích vlastností sestry je celá řada, ale je nutné určit ty stěžejní. Charakteristiky osobnosti sestry můžeme rozdělit do tří skupin:

1. Personálně - interpersonální vlastnosti (sebedůvěra, tvořivost, zdravé sebevědomí, cílevědomost, zodpovědnost, citová stabilita).
2. Sociální vlastnosti (komunikativnost, tolerantnost, akceptace sebe sama i druhých, empatie, úcta, smysl pro humor, ohleduplnost).
3. Eticko - mravní vlastnosti (čestnost, přímost, autentičnost).

Schopnosti, jsou předpoklady, které je možné rozvíjet v procesu profesní přípravy a dále v průběhu profesního vývoje.

Mezi základní strukturu vlastností patří kognitivní, psychomotorické a afektivní předpoklady. Kognitivní stránku představují předpoklady ke studiu a určitý stupeň inteligence. Dále se rozlišuje intra a interpersonální složka. Intrapersonální předpoklady vymezují schopnosti získávat informace o sobě samém, poznávat své vlastnosti, názory, postoje, motivy. Interpersonální předpoklady jsou schopnosti učit se, aplikovat vědomosti do praxe, rozpoznávat souvislosti. Psychomotorické předpoklady tvoří aktivity a výkony, které musí sestry zvládnout pro vykonávání své práce. Afektivní předpoklady jsou schopnosti ovládat city, chování a jednání, vyrovnání se zátěžovými situacemi, profesionálně psychologický přístup, komunikace (Kristová, Musilová, 2009).

Velmi důležitý je vztah sestry a pacient. Pokud je vytvořen pozitivní vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem, je možná úzká spolupráce, která urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Důvěryhodnost sester má vliv na pohled společnosti na ošetrovatelské povolání a významně se podílí na společenské prestiži. Proto je nutné stále důvěryhodnost sester posilovat (Staňková, 2002).

1.2.2 Role všeobecné sestry

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Profesionální role jsou specifické sociální role vázané na profesi. S rozvojem ošetrovatelství se postupně měnila i role sestry. Tuto změnu si vynutil nejen rozvoj vlastního ošetrovatelství, do kterého pronikaly poznatky společenských věd (psychologie, pedagogiky, sociologie či etiky), ale také rozvoj medicíny. Sestra se stala rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopná pracovat s nemocnými i se zdravou populací v průběhu hospitalizace i v terénní péči. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější. Sestry během svých činností zastávají několik rolí současně.

Základní role sestry v moderním ošetrovatelství:

- poskytovatelka ošetrovatelské péče,
- manažerka,
- edukátorka,
- advokátka nemocných,
- nositelka změn,
- výzkumnice,
- koordinátorky,
- mentorka (Staňková, 2002).

1.2.3 Profesionální chování všeobecné sestry

Chování sestry je důležitým projevem ve vztahu k pacientovi a v rámci týmu ke kolegům. Formy chování lze rozlišit na expresivní a adaptivní. Expresivní chování odpovídá tomu, co člověk právě prožívá a jak se cítí, bezprostředně a spontánně charakterizuje stávající situaci. Adaptivní chování spočívá v upraveném projevu, kdy člověk nedává na sobě znát, co si myslí, cítí nebo prožívá. Tato forma chování je hlavním předpokladem pro profesionální chování sestry.

Mezi další znaky vyjadřující profesionální chování sestry patří kolektivní orientace, univerzalizmus a emocionální neutralita. Sestra by měla být natolik sociálně zralá, aby pro ní orientace na druhého a jeho potřeby byly prioritou a samozřejmostí. Univerzalizmus znamená, že se sestra chová stejně dobře ke všem pacientům bez ohledu na vlastní sympatie či antipatie.

Emocionální neutralitou sestra vyjadřuje schopnost potlačit své emoce a podřídit se rozumové kontrole.

Povolání sestry má specifické požadavky na osobnost a její zralost. Sociálně zralý jedinec se orientuje na potřeby druhých, respektuje myšlení druhých lidí, je přizpůsobivý, má přiměřené sebehodnocení, je schopen spolupracovat s ostatními a nést odpovědnost.

Mezi další faktory ovlivňující profesionální chování sestry patří prestiž povolání, etika a morálka, vzdělání a v neposlední řadě pracoviště, na kterém sestra pracuje (Čechová et al., 2001).

1.2.4 Motivace v profesi všeobecné sestry

Motivace je psychologický proces, který aktivuje naše chování a dává mu účel a směr. Je to vůle něčeho dosáhnout (Nakonečný, 1996). Zejména při volbě povolání hraje motivace významnou roli.

Vhodné odborné, fyzické a psychické předpoklady pak pomáhají k dotváření osobnosti sestry. Nemalou míru v systému vzdělávání zaujímá i sociální komunikace, která se ve vzájemných interpersonálních vztazích stává nezbytným prvkem v procesu realizace ošetrovatelské péče. Bez vzájemné komunikace mezi lékařem, sestrou a pacientem nelze rozvíjet vzájemný pozitivní vztah a úspěšně plnit ošetrovatelský proces. V systému ošetrovatelské péče má své místo také motivace, která vede sestru k větší profesionalitě a odbornému rozvoji (Zacharová, 2009). A právě motivaci dle Zacharové ohrožují různé faktory, které ovlivňují pracovní prostředí, profesionální spokojenost sester a korelují s kvalitou jejich práce.

Dotazníkové šetření provedené v 1. pololetí 2009 Zacharovou ukázalo, že motivace je důležitý faktor, který ovlivňuje činnost zdravotníků. Sestry zařadily mezi negativní faktory ovlivňující profesi všeobecné sestry psychické napětí (stres), finanční ohodnocení, fyzickou zátěž, špatnou organizaci práce a negativní mezilidské vztahy a posledním faktorem byl nedostatek materiálního vybavení. Bylo by proto vhodné, aby zdravotnická zařízení měla vypracovanou motivační strategii v péči o zaměstnance a jejich pracovní podmínky. Ukazuje se jako nezbytné, aby top management v ošetrovatelství budoval organizační kulturu zařízení, s důrazem na kolegiální atmosféru pracovního prostředí a používal v řídicí praxi motivační techniky týkající se například odborného růstu a vzdělávání i efektivní komunikace. K tomu, aby se mohly sestry ochotně postarat o ty, kteří pomoc potřebují, potřebují zdravotníci

motivaci, podněty a stimuly, na nichž by se měl podílet i management zdravotnických zařízení (Zacharová, 2010).

1.3 Vzdělávání v ošetřovatelství

Vzdělávání žáků a studentů dnes probíhá po čtyřech základních liniích. Vzdělávání ukončené závěrečnou zkouškou tříletého oboru ošetřovatel, dále čtyřleté maturitní studium – zdravotnický asistent. Poté tříleté pomaturitní studium diplomovaná všeobecná sestra (např. zdravotnický záchranář, zdravotní laborant, farmaceutický asistent), ukončené absolutoriem, obhajobou absolventské práce a získáním titulu DiS. (diplomovaný specialista). A také tříleté studium univerzitní, ukončené státní zkouškou, obhajobou bakalářské práce a získáním titulu Bc. (bakalář) či po dalších dvou letech studia Mgr. (magistr). Ti nejlepší studenti pak mohou studovat doktorandské studium, na jehož konci je obhájení disertační práce a získání titulu za jménem Ph.D. (doktor) (Kopecká, 2010).

Zásadní změna ve vzdělávání sester v České republice nastala po přijetí zákona č. 96/ 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhlášek a nařízení vlády.

1. Kvalifikační studium - získává se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry:
 - bakalářský akreditovaný zdravotnický studijní obor pro přípravu všeobecných sester, studium trvá nejméně tři roky a zahrnuje 4600 hodin odborné výuky poměrně rozdělenou na teoretickou a praktickou část, studijní program musí splňovat stanovené minimální požadavky stanové vyhláškou č. 39 / 2005 Sb.,
 - nejméně tříleté akreditované studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách.
2. Postkvalifikační studium:
 - vysokoškolské magisterské studium ve studijním programu ošetřovatelství,
 - akreditované doktorandské studium,
 - specializační studium a certifikované kurzy, stanovené příslušnými legislativními předpisy o způsobu dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků. Specializační studium je zaměřeno na specifiku ošetřovatelské péče v různých klinických oborech.
3. Kontinuální vzdělávání sester (Kutnohorská, 2010).

Celoživotní vzdělávání je nedílnou součástí profesionální dráhy sestry. Principem je udržování vysoké odbornosti a zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Je nutné prohlubovat a doplňovat vědomosti a udržovat znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků. Celoživotní vzdělávání není vždy přijímáno kladně, neboť některé sestry ho považují za nutnou povinnost, záleží vždy na jejich motivaci a ochotě se vzdělávat.

Je důležité, aby měla sestra pozitivní zkušenosti z dosavadního vzdělávání, aby měla dojem osobního prospěchu a aby si uvědomovala význam vzdělávání (Kristová, Musilová, 2009).

Někdy může být překážkou nedostatek času nebo finanční náročnost. Možností dalšího vzdělávání je v současnosti velká škála, myslím si, že každý si může najít to, co mu nejvíce vyhovuje. Na tiskové konferenci MZČR ze dne 24. 4. 2009, Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR, proběhl návrh na změny týkající se celoživotního vzdělávání. Za prvé, novelizace vyhlášky č. 321/ 2008 Sb., o kreditech, snadnější získávání požadovaného počtu kreditů, zejména v e - learningových kurzech a seminářích pořádaných zdravotnickými zařízeními.

Za druhé, snížení správního poplatku za vydání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu z 500,- na 100,- Kč.

Za třetí, financování celoživotního vzdělávání z fondů Evropské unie (Ministerstvo zdravotnictví, 2010).

Formy celoživotního vzdělávání jsou definovány paragrafem 54, zákona 96/ 2004 Sb.

- specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- certifikované kurzy,
- inovační kurzy,
- odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- účast na školících akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích,
- publikační, pedagogická a vědecko - výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu,
- samostatné studium odborné literatury.

Vzdělávání sester v intenzivní péči se mimo kontinuální formy vzdělávání děje cestou specializačního studia. Sestry absolvují vzdělávací programy, které jsou akreditovány MZČR. Toto vzdělávání je koncipováno modulovým způsobem. Základní moduly jsou společné pro všeobecné sestry všech specializačních studií (všeobecné znalosti psychologie, sociologie, pedagogiky, managementu apod.), odborné moduly (dle zvoleného oboru) a speciální moduly

(odborná, úzce specializovaná problematika dle vlastního zaměření či potřeb pracoviště (Pokořová, 2006).

Dle nařízení vlády č. 31/2010 se stanovují obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Nověji je pojmenována sestra pro intenzivní péči (dále jen SIP, dříve ARIP), intenzivní péče v pediatrii (dětská sestra pro intenzivní péči) a intenzivní péče v porodní asistenci (porodní asistentka pro intenzivní péči) (Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011).

Zákon č. 96/2004 Sb. mění od 25.3.2011 Sb. zákonů č. 105/2011, kde došlo k několika změnám (snížení registračního poplatku na 100 Kč, ověřování dosažené kvalifikace před povolením prodloužení osvědčení na další registrační období -10 let, dosažení 40 kreditů, dokladujících absolvování různých vzdělávacích akcí - s pasivní či aktivní účastí, uděluje právo kvalifikované sestře pracovat, nebo si i zřídit samostatnou praxi - pravidelné doplňování dalšího vzdělávání, aj.).

Do praxe jsou dále zaváděny tituly RN pro registrovanou sestru a RM pro porodní asistentky s registrací (Ministerstvo zdravotnictví, 2011).

1.4 Adaptační proces

Adaptace (z lat. adapto – přizpůsobuji) je specifický proces, v jehož průběhu se člověk aktivně vyrovnává se změnami životního prostředí. Každý člověk se během svého života průběžně ocitá v situacích, kdy se do určité míry mění jeho fyzické nebo sociální podmínky života, musí překonávat různé překážky, řešit problémy. Tyto situace bývají spojovány s vnitřním napětím – stresem, který může právě nástup do nového zaměstnání navodit (Bartík, 2004).

Adaptační proces zahrnuje začlenění nově nastupujícího jedince do zaměstnání (ZZ) a dobu jeho zapracování. Smyslem tohoto procesu je usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí (přizpůsobení se podmínkám činnosti daného pracoviště, seznámení se a ztotožnění se s organizační strukturou zdravotnického zařízení, vytvoření si vazeb ke spolupracovníkům, včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným, apod.) (Horník, 2007, Barták, 2004).

Úkolem AP u nově příchozích zaměstnanců (zejména absolventů) je jednak překonat počáteční fázi, kdy se všechno novým pracovníkům zdá neobvyklé, cizí a neznámé, a dále co nejrychleji v jejich mysli vytvořit příznivý postoj a vztah k podniku. Neméně důležité je u nich dosažení žádoucího pracovního výkonu v co nejkratším možném čase po nástupu a i snížení pravděpodobnosti jejich brzkého odchodu (Armstrong, 2007).

AP tedy představuje cílově zaměřenou systematickou podporu pro nově nastupující zaměstnance a pro nelékařské zdravotnické pracovníky je určen v zákoně č. 96/2004 Sb. Součástí této práce je příloha MZČR – Věstník č. 6/2009: Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky (viz příloha č. 6).

Adaptace může být buď aktivní či pasivní. Pasivní adaptace je stav, ve kterém se jedinec pasivně přizpůsobuje vnějšímu prostředí. Naopak aktivní adaptace představuje cílené a volní přizpůsobování, kdy se konkrétní jedinec snaží aktivně své prostředí a okolní podmínky přizpůsobit svým potřebám, zájmům, hodnotám a cílům. Pro tuto variantu adaptace musí být ale jedinec vybaven určitými schopnostmi a dovednostmi, které se souhrnně označují jako přizpůsobivost či adaptabilita. Jedná se o soubor určitých vlastností, které usnadňují přizpůsobení osobnosti novému socioekonomickému prostředí (Palán, 2002).

Psychologové rozlišují adaptaci objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace posuzuje, jak zdařile je člověk situován ve světě své rodiny i v komunitě ostatních lidí. Subjektivní adaptace vyjadřuje pocity člověka v uvedených vztahových oblastech, zda je spokojený a šťastný, nebo zda prožívá napětí, neklid, úzkost či nespokojenost (Smékal, 2002).

Psychologové také uvádí fázování adaptačního procesu dle Sczepaňského (1967) na psychologickou reorientaci, toleranci, akomodaci a asimilaci, kde konečná fáze může mít různou intenzitu - od splynutí až po nepřijetí nových podmínek. Pokud dojde k nedostatečné či nesprávné adaptaci jedince na příslušné nové podmínky, pak tento stav, kdy jedinec žije se svým okolním prostředím v napětí a konfliktech, se nazývá maladaptace (Smékal, 2002).

Proces adaptace má rovinu pracovní (zvládnutí náročných pracovních požadavků v co nejkratší době, vytvoření si optimálních profesních návyků a dovedností, doplnění si teoretických znalostí, apod.) a rovinu sociální (začleňování se do pracovního kolektivu) (Horník, 2007, Barták, 2004).

Délka AP většinou odpovídá délce zkušební doby (obvykle 3 měsíce), délka však bývá stanovena vnitřními nařízeními a směrnicemi jednotlivých pracovišť, kdy se přihlíží k individuálním schopnostem jedince a na to, odkud nový pracovník přichází, zda-li:

- z jiného zdravotnického zařízení,
- z mateřské dovolené, z rodičovské dovolené,

- absolventi SZŠ,
- absolventi VOŠZd a VŠ (Horník, 2007, Barták, 2004).

Prakticky se může jednat o nově příchozího zaměstnance (absolventa), osoby vracející se vracejícího na své původní místo či pracovníka, který mění své pracovní zařazení.

Faktory, které podmiňují průběh AP lze obecně členit na dvě skupiny, a to na vnitřní a vnější faktory. Vnitřní faktory vyplývají z osobnosti nastupujícího pracovníka. Patří mezi ně především odborná připravenost, charakter a temperament, dále i psychická zdatnost a stresová odolnost, motivace či hodnotová orientace daného jedince. Vnější faktory vyplývají z objektivní pracovní situace a řadí se mezi ně technologické a technické vybavení pracoviště, způsob organizace práce či vnější pracovní podmínky, jako je například mikroklima pracoviště, jeho osvětlení, hluk a podobně. Nezanedbatelnou úlohu hraje i sociální vybavenost pracoviště, sociální klima v pracovní skupině a ve ZZ jako celku a samozřejmě v neposlední řadě i zaměstnancův přímý nadřízený - manažer (Bedrnová, 2002, Horalíková, 2006, Štikar, 2003).

Průběh AP na pracovní tým a výsledná dosažená adaptovanost je opět ovlivňována vnějšími i vnitřními faktory. Vnější faktory tvoří systém formálních a neformálních vztahů ve skupině, existující zvyklosti a tradice, osobnost nadřízeného a jeho styl vedení skupiny, kvalita sociálního klimatu apod. Mezi vnitřní faktory patří například úroveň socializace a sociální zralosti jedince, jeho sociální kapacita a podobně (Bedrnová, 2002, Štikar, 2003).

Na organizaci a realizaci AP u nových sester se obvykle podílí celý tým vedoucích zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a pověřených pracovníků (vrchní sestry, vedoucí laboranti, staniční sestry, pověřené sestry školitelky, apod.) za metodického vedení náměstků ošetrovatelské péče (hlavních sester). Tento proces je ovlivňován všemi členy týmu, nejvíce však jmenovaným zaměstnancem – mentorem, školitelem, který kontroluje a usměrňuje adaptaci nového pracovníka a za něj v tomto období zodpovědný (Horník, 2007, Barták, 2004).

Hlavní odpovědnost za průběh celého adaptačního procesu nově nastupujícího pracovníka má bezprostřední (přímý) vedoucí pracovní skupiny, do které pracovník vstupuje. Jeho úloha a vliv narůstá především při řízení adaptačního procesu pracovníka, jenž nastupuje do svého prvního zaměstnání. Zde může vedoucí pracovník i SŠ/mentorka významně ovlivnit formulující se vztah mladého člověka k vykonávané práci i k zaměstnavatelské organizaci a k dalšímu budoucímu sebevzdělávání (Bedrnová, 2002).

Míru objektivní a subjektivní adaptovanosti lze posuzovat podle toho, jak se daný jedinec naučil žít v souladu se sebou samým, jak akceptuje sebe sama a jak dovede řídit svůj vlastní

vývoj. V těchto dovednostech a kompetencích se projevuje dosažená úroveň osobnostní zralosti a vyrovnanosti sebepečetí, která ukazuje stupeň sebeakceptace a sebeutváření. Znaky přiměřené adaptovanosti člověka lze poměrně snadno sledovat. Projevují se především zdravým pohledem na život, odpovídajícím životním optimismem, realistickým přístupem k novým podmínkám i pojmáním sebe samého, racionálním sebehodnocením, sociální a emocionální zralostí, sebekontrolou a sebeakceptací a v neposlední řadě i přiměřenou sebedůvěrou (Horalíková, 2006).

Na účinnost AP pracovníků má do značné míry vliv, kromě již zmiňovaných faktorů, i úroveň nástrojů řízení AP. Mezi tyto nástroje lze zařadit zásady zkušební doby, typové adaptační programy, plány nástupní praxe apod. (Bedrnová, 2002).

Zásady zkušební doby spočívají ve stanovení její konkrétní délky, vymezení kritérií pro hodnocení pracovníka během zkušební doby a způsobu jejího ukončení (Horalíková, 2006, Bedrnová, 2002).

Za adaptační období bývá považováno nejčastěji prvních šest měsíců, během kterých musí nový pracovník vstřebat velké množství pro něj nových informací, které ale ostatním pracovníkům již připadají samozřejmé a musí se také naučit mnoha činnostem, které dříve třeba ani neznal. Pomoc širokého okolí je v této době naprosto nepostradatelná (Štikar, 2003).

Kritéria hodnocení zkušební doby se odvíjejí dle druhu práce. V zásadě se však vždy bude hodnotit množství a kvalita práce, přístup pracovníka k pracovním úkolům, jeho spolehlivost, pracovní ochota, docházka, vystupování a podobně (Horalíková, 2006, Štikar, 2003).

Adaptační plány jsou v praxi uplatňovány především pro řízení AP konkrétních pracovníků. Jejich obsah musí být závislý na složitosti a náročnosti pracovní činnosti, kterou má pracovník vykonávat, a s těmito skutečnostmi se také musí řídit doba, na niž je adaptační plán zpracován. Měl by být ale sestaven i s ohledem na individuální zvláštnosti pracovníka, protože je nutné respektovat úroveň jeho předchozího dosaženého vzdělání, délku praxe a již získané pracovní zkušenosti. V adaptačním plánu jsou vyjádřeny podmínky zkušební doby, dále může obsahovat například zácvikový program, studium organizačních norem, absolvování vstupního školení či odborné stáže, řešení konkrétních úkolů a mnohé další aktivity (Bedrnová, 2002, Horalíková, 2006).

Vlastní realizace AP se liší v různých zdravotnických zařízeních a i dle jednotlivých pracovišť. Vedoucí pracovník seznámí zaměstnance s prostředím ZZ (historií, společenskou a ekonomickou úspěšností, perspektivitou a základními aspekty sociální politiky podniku), pracovním týmem (včetně vedoucích pracovníků), platnými pracovními postupy a harmonogramem práce. Vypracuje adaptační plán (plán nástupní praxe) a přidělí

SŠ/mentorku. Nový zaměstnanec musí po nástupu do zaměstnání absolvovat povinná vstupní školení (BOZP, požární ochrana, poskytování KPCR, aj.). Manažer by měl seznámit pracovníka s vlastním průběhem budoucího AP a používanými metodickými prostředky jeho řízení (zkušební doba, adaptační plán a podobně). AP také zahrnuje seznámení se s vnitřními předpisy a povinnostmi – standardy, zvládnutí spolupráce se zdravotnickým týmem včetně komunikativních dovedností (Chrzová, 1999, Nováková, 2002, Sochorová, 2008).

Pro dobrou a úspěšnou adaptaci je velice důležité představení a seznámení nového pracovníka s pracovní skupinou a jejími stávajícími členy a dále pak i přidělení takzvaného garanta - školitele z řad zkušených a pedagogicky neméně zdatných pracovníků skupiny. Úkolem tohoto SŠ/mentorky je nejen novému pracovníkovi pomoci po odborné stránce, ale usnadnit mu také celkovou orientaci v sociálním prostředí pracovní skupiny i podniku jako celku (šatny, toalety, možnosti občerstvení či závodního stravování a jiné). Manažer ve spolupráci s novým pracovníkem a jeho školitelem zpracovává plán a časový harmonogram adaptace v závislosti na individuálních charakteristikách nového pracovníka a míře náročnosti jeho pracovního zařazení (Armstrong, 2007, Bedrnová et al. 2002, Koubek, 2007).

Do závěrečného hodnocení spadá také úroveň zvládnutí ošetrovatelského procesu, poskytování komplexní ošetrovatelské péče, vedení sesterské dokumentace, zvládnutí dovedností a výkonů určených vedoucím zdravotnickým pracovníkem a vypracování písemné práce (většinou kazuistika formou ošetrovatelského procesu) (Chrzová, 1999, Nováková, 2002, Sochorová, 2008).

Při ukončení AP se hodnotí praktické dovednosti, teoretické znalosti, komunikační schopnosti s pacientem/klientem a i v týmu. Do hodnocení spadá také vztah k práci, výkonnost, manuální zručnost, organizační schopnosti, odbornost, spolehlivost, samostatnost, úprava zevnějšku, vyrovnanost v zátěžových situacích, spolupráce, aj. Vlastní ukončení probíhá formou ústního pohovoru za přítomnosti vrchní sestry, staniční sestry, event. sestry úsekové, SŠ/mentorky, primáře oddělení, pracovníka vzdělávacího centra, dle zvyklostí zdravotnického zařízení. Součástí je také obhajoba závěrečné práce a možnost vyjádřit se k celému procesu zapracování (pozitiva x negativa). Vše se řádně zdokumentuje a pracovník na základě ukončeného adaptačního procesu získá novou pracovní náplň činností dle svých kompetencí (Chrzová, 1999, Jurásková, 2008).

Je důležité absolventkám po ukončení studia umožnit snazší přechod do praxe, neboť období adaptace významně ovlivňuje další profesní růst absolventa. Snahou pracoviště by mělo být připravit jim co nejlepší podmínky k zapracování, kde by také měly být monitorovány jejich pocity, názory a první zážitky na pracovišti. Důraz by měl být kladen

především na povinnost starších a zkušených sester vychovávat mladší. Významným faktorem je způsob výchovy, který se na jednotlivých pracovištích liší. Aktivita mladých bývá po nástupu vysoká, plná představ a ideálů, kterou někdy postupně ztrácí vlivem starších kolegyň. Je důležité, aby si starší a zkušenější kolegyně uvědomily, že jejich profesní zkušenosti jim umožňují být absolventkám dobrými učitelkami (Zachová, 2008).

Sestry absolventky se dají rozdělit podle osobnostních vlastností na extrovertky a introvertky. První skupinu tvoří sestry optimistky, které se obvykle vrhají do specifických činností bez plánu a dlouhého rozmýšlení. Jsou prací nadšeny a nevěnují příliš pozornost výsledku a následkům. Tyto sestry pracují obvykle rychle, což je pro práci na jednotkách intenzivní péče mnohdy nutné. Činnosti si obvykle dopředu neplánují, a tak často v půlce výkonu zjistí, že jim chybějí pomůcky, apod. Druhá skupina je charakteristická sestrami, které jsou uzavřené. Práci si dokáží naplánovat, vše potřebné si připravit. Pokud to jde, vyžadují spolupráci, nebo alespoň dohled. Jejich práce však trvá déle. Jsou nerozhodné a často potřebují konečné rozhodnutí schválit někým zkušenějším (Nová, 2004).

1.5 Specifika práce všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče

Pracoviště intenzivní péče poskytují vysoce odbornou a specializovanou péči pacientům/klientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. O pacientky/klienty s hrozícím selháním životně důležitých funkcí pečují pracovníci JIP a těm nemocným, u kterých již některé vitální funkce selhaly, poskytuje odpovídající péči anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Tato pracoviště provádí diagnostiku, prevenci a léčbu multiorgánového selhání nepřetržitě v kteroukoliv denní i noční dobu, přičemž dostupnost lékařů musí být okamžitá. Stav pacientů/klientů je sestrou neustále monitorován a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace.

Pacienti/klienti jsou na JIP přijímáni z jiného ZZ, RZS, z ostatních oddělení nemocnice, případně z ambulance nebo po dohodě s vedoucím lékařem JIP či lékařem sloužícím v pohotovosti. Intenzivní péči vyžadují pacienti/klienti s různými chorobami a obtížemi (Kapounová, 2007).

Mezi nejčastější indikační kritéria patří závažná postižení vitálních funkcí (dechová či srdeční insuficience), závažné poruchy krevního oběhu (šok, embolie, apod.), polytrauma, závažné poruchy homeostázy, náhlé příhody břišní, popáleniny, intoxikace, stavy po

resuscitaci, apod. V řadě ZZ jsou JIP specializovány pro určité diagnózy (Kapounová, 2007, Ševčík, 2003).

Většinou se jedná o pracoviště intenzivní péče pro interní choroby (interní, kardiologická, metabolická, aj.) či pooperační/chirurgické JIP (chirurgická, kardiochirurgická, neurochirurgická, aj.) a JIP pro dětské pacienty/klienty (např. neonatologická).

Pracovní podmínky na JIP jsou dány prostorovým uspořádáním pracoviště, fyzikálními, chemickými a biologickými faktory.

Základním principem uspořádání pracovišť intenzivní medicíny je dostatečný prostor. Doporučuje se kolem 20 metrů čtverečních na 1 lůžko. Uspořádání těchto pracovišť je buď otevřené, které umožňuje mnohem efektivnější využití sesterského personálu. Boxové uspořádání má hlavní výhodu v minimalizování rizika přenosu infekce a větším zajištěním soukromí pacienta. Nejvíce výhodná je tak kombinace otevřeného pracoviště s jednotlivými izolovanými místnostmi (Kapounová, 2007, Kolektiv autorů, 2008).

Základním předpokladem pro bezproblémový chod konkrétního oddělení v souladu s hygienickým a epidemiologickým režimem těchto pracovišť je správně fungující klimatizační zařízení a hygienický filtr, kde se má každý pracovník před vstupem na pracoviště a při odchodu z něj osprchovat a převléci. Samozřejmostí jsou vlastní hygienická zařízení pro personál. Takzvané čisté a špinavé oblasti pro uložení materiálu jsou zásadně vždy oddělené. Při manipulaci s použitým materiálem je nutné přísně dodržovat hygienické normy. Oddělené jsou i prostory pro skladování materiálu bezprostředně potřebného pro práci na těchto odděleních. Provozní a technické prostory musí mít takovou úpravu, která umožňuje jejich rychlé a snadné udržování v čistotě (Zadák, 2008).

Komfort pacienta i ošetřujícího personálu výrazně zvyšují dobré zvukové spojení a možnost oddělit nemocného dle potřeby závěsem nebo dělicí stěnou, pokud nejde o uzavřený boxový systém. Dnes není výjimkou, že i pacienti/klienti na JIP mají k dispozici televizi a rádio.

Z psychologického hlediska, jak pro pacienta, tak i pro personál, je velmi důležité zajištění dostatečného přístupu denního světla, které je zcela nenahraditelné. Nutnost trvalého umělého osvětlení na některých JIP se pokládá provozně i psychologicky za velmi nevhodné.

Pro práci personálu je nezbytnou součástí i vhodně umístěný prostor pro vedení a psaní dokumentace. Tento prostor má být lokalizován tak, aby z centrální části určené pro ošetřující personál byl dobrý přehled po celém pracovišti intenzivní péče a na jednotlivé monitory u lůžek. Centrální monitorovací systém není na obecné jednotce intenzivní péče tak nezbytný jako na koronární jednotce, má však zcela jistě své nesporné výhody (Zadák, 2008, Kolektiv autorů, 2008).

Další nezbytnou součástí pracovišť intenzivní péče je místnost pro lékaře ve službě a odpočinková místnost pro personál. Pracoviště, která se zabývají i edukační a výukovou činností, by měla mít k dispozici příruční knihovnu a místnost pro výuku, která může sloužit i pro pracovní schůze personálu. O potřebě odpovídajícího počítačového vybavení s připojením na lokální ústavní síť (sdílení medicínských informací o pacientovi s jednotlivými odděleními, přístup k výsledkům zobrazovacích i laboratorních vyšetření – nemocniční informační systém) a na internet se není nutno již dále podrobněji zmiňovat (Zadák, 2008).

Přístrojová zajištěnost a vybavenost se samozřejmě liší na jednotlivých pracovištích intenzivní medicíny. Mezi základní výbavu lze zařadit resuscitační lůžka s možností polohování a transportu, ventilátory, monitorovací jednotky, zařízení pro invazivní měření krevního tlaku, pomůcky pro kyslíkovou léčbu, externí kardiostimulátor, defibrilátor, infuzní pumpy a lineární dávkovače. K další výbavě náleží infuzní stojany, pojízdný RTG přístroj, vozíky, stolky k instrumentování, pojízdná operační lampa a vzdušné lůžko. U každého lůžka musí být k dispozici souprava k zajištění žilních vstupů, k zajištění dýchacích cest, k cévkování, a mnoho dalších. Většina těchto pomůcek je na jednorázové použití (Kapounová, 2007, Kolektiv autorů, 2008).

Každé lůžko pracoviště intenzivní medicíny musí být dále zajištěno vlastním monitorovacím systémem, uzavřeným systémem odsávání a centrálním rozvodem medicínských plynů i vakua. Všechna lůžka musí být vybavena i efektivním osvětlením alespoň ze dvou stran a dostatečným počtem náležitě zálohovaných elektrických zásuvkových vývodů. (Zadák, 2008).

Personál pracující na JIP tvoří lékaři, sestry, dále rehabilitační pracovníci, nutriční terapeuti a také klinický farmakolog, lékárník a ústavní hygienik a nižší zdravotnický personál (Zadák, 2008). Tito pracovníci musí mít náležitou kvalifikaci (o vzdělávání sester na JIP více v kapitole č. 2.2 Vzdělávání v ošetrovatelství) .

Počet sester, které mají dle obecných požadavků zdravotnického systému i zdravotních pojišťoven pracovat na lůžkovém oddělení intenzivní medicíny, se liší podle typu pracoviště a oboru, který zajišťují. Pro bezproblémové zabezpečení chodu intenzivních pracovišť se počítá s jednou sestrou na každého pacienta plus jedna sestra „v záloze“ a dále vždy jedna sestra se specializací v oboru intenzivní péče v každé směně. Požadavek na celkový počet ošetřujícího personálu při nepřetržitém provozu oddělení lze tedy orientačně vyčíslit na celkem 5 až 6 sester na jedno lůžko plus nejméně 4 zkušené sestry s odpovídající specializací jako vedoucí pracovní směny a konečně jedna vedoucí sestra oddělení, která odpovídá za práci sesterského personálu, včetně veškeré administrativní činnosti. Na velkých jednotkách intenzivní péče (od

15 lůžek výše) je navíc v mnohých nemocnicích ve světě zavedena i funkce „teaching nurse“. Tato sestra funguje jako klinická instruktorka a dohlíží na edukaci nově přicházejících sester. Je rovněž zodpovědná za kontinuální výcvik a vzdělávání sester v průběhu jejich působení na JIP po vstupním zaškolení, s maximem pozornosti v prvních měsících po jejich nástupu na oddělení (Kapounová, 2007, Štikar, 2003).

Požadavky na tento optimální počet sester na odděleních intenzivní medicíny bohužel není schopna většina států s ekonomicky méně zdatným zdravotnickým systémem splnit, což je problém i České republiky. Velkým problémem z hlediska stanovení optimálního množství ošetrujícího personálu je i nerovnoměrnost počtu a závažnost zdravotního stavu pacientů, kteří jsou na JIP hospitalizováni (Kapounová, 2007).

Požadavky na minimální personální vybavení, stejně jako seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami je možné najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 439/2008 Sbírky, ve znění pozdějších předpisů.

Kategorie sester na JIP:

- zaměstnanec pod odborným dohledem či přímým vedením (v AP, zdravotnický asistent), který má v dosahu radu a pomoc zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu svého povolání bez odborného dohledu a v určeném rozsahu,
- pracovník po ukončení AP bez specializace v oboru pracující na JIP,
- pracovník po ukončení AP se specializací v oboru pracující na JIP,
- registrovaný či neregistrovaný pracovník.

Zákon č. 55/2011 Sb. § 55 stanovuje činnosti sester pro intenzivní péči, kde sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrvatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí (viz příloha č. 5).

Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrvatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle §17. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2011).

„Kvalifikovaná zdravotní sestra nečeká jen na pokyny. Rychlé tempo v současných zdravotnických zařízeních od ní vyžaduje, aby posuzovala, předvídala a hodnotila stav pacientů a během pár minut na něj reagovala tak, aby péče o nemocné byla maximálně účinná a koordinovaná. To je úkol obtížný i pro tu nejzkušenější sestru, zvláště jde-li o urgentní stavy, kdy pochybení či prodlení mohou mít fatální následky“ (Adams et al., 1999, s. 9).

Sestra má v současné době daleko větší odborné kompetence než kdy měla, což je nejvíce patrné právě v oblasti intenzivní medicíny, protože řada úkonů a léčebných postupů, které byly v minulosti výsadou lékařů, jsou nyní stále více přesouvány do oblasti sesterských kompetencí. A s ohledem na nastávající restrukturalizaci českého zdravotnictví se tyto její pravomoci v budoucnu ještě více rozšíří. Na sestry jsou tak kladeny stále vyšší a vyšší nároky, které musí zvládnout, chtějí-li udržet krok s rozvojem medicínských věd a zdravotnické techniky. Právě proto je velmi důležité sestry citlivě vést a motivovat k další činnosti, pomáhat jim nejen při dalším odborném růstu, ale i při hledání cesty správného vývoje a formování jejich osobnosti, chování, komunikace a reakcí na různé situace (Bártlová, 2005).

Zátěž obecně, je faktor, který působí na organismus a vede k narušení jeho rovnováhy. Zátěží mohou být konflikty, náročné úkoly, překážky, problémové situace. Pracovní zátěž je část životní zátěže, kterou tvoří pracovní činnost a podmínky (Křišková, 2003).

Psychická zátěž je ovlivněna celou řadou faktorů. Maximální pracovní nasazení, časová tíseň, nejednoznačné a nové situace, nevraživost nebo soupeření ve vztazích, bezradnost a bezmoc u fatálních případů, výčitky za vlastní opomenutí, nesplněná očekávání, příliv nové složité techniky, směnný provoz, změny rytmu spánku, nedostatek personálu, ale také aspekty soukromého života. Na jedné straně stojí stresory, to co je od člověka požadováno, co musí a na druhé, co je člověk schopen zvládnout. Vše co člověku pomáhá stresovou situaci zvládnout se říká salutory. Ideální je stav, kdy jsou stresory a salutory v rovnováze (Křivohlavý, 2010).

Příznaky stresu, které se projeví v chování a jednání sestry jsou rozmanité. Může se jednat o nerozhodnost v situacích, kdy je více možností volby, problémy s usínáním a spaním, časté nášky a bédování, vidění světa v černých barvách., ztráta chuti k jídlu či naopak, nepozornost, zvýšená snaha vyhnout se práci, zhoršená kvalita práce a v neposlední řadě nadužívání alkoholu, zvýšené kouření.

Příznaků stresu, které se projevují v duševním životě je také celá řada. Například výrazné a prudké změny nálady, podrážděnost, popudlivost, nadměrný pocit únavy, starost o zdravotní stav a fyzický zjev. V mezilidských vztazích vážne schopnost projevit emocionální náklonnost, pokles sebedůvěry a schopnost prožívat kladné emoce. Sestra se ocitá v bludném kruhu, kdy se potíže stupňují a přestává být schopna vykonávat svoji práci.

Mezi fyziologické příznaky stresu lze zařadit palpitace, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, pocit svírání a bolesti za hrudní kostí, nechutenství, plynatost, křeče v dolní části břicha, časté močení, migréna, nepříjemné pocity v krku (Křivohlavý, 2010).

Osobnost sestry je vystavena řadě potencionálně traumatizujících emočních vlivů. Opakované působení těchto vlivů může vést k habituaci, stavu, kdy původně ostře vnímaný podnět přestává vyvolávat silný vjem a jeho percepce slábne, zvykáme si. Habituace chrání zdravotníky před přetížením a vyčerpáním. Negativní stránkou habituace je, že může dojít k otupění pozornosti vůči důležitým signálům ze strany pacienta (Adamczyk, 2005).

Těžká fyzická práce sester je především spojená s manipulací s imobilními pacienty a pacienty se sníženou pohybovou schopností, to může vést ke zdravotním problémům. Nejvíce je postižen pohybový aparát.

Sestra na JIP musí především splňovat vysoké psychické nároky na tuto práci. Musí intenzivně vnímat a aktivizovat svůj organizmus, přepojovat pozornost z jedné činnosti na druhou, neustále zapojovat na paměťové procesy, používat různé druhy paměti, mít pružné a logické myšlení. Dalším nárokem je komunikace, empatie. Obecně jsou na sestru kladeny nároky na její čestnost, pravdomluvnost, svědomitost, snášenlivost, tolerantnost a citovou zralost (Nová, 2004).

1.6 Management v ošetrovatelství, personální management

„Slovo management je přejaté z angličtiny a je v tržní ekonomice velmi často užívaným pojmem. Je odvozeno od slova manage (řízení, vedení, vládnutí, spravování). Ve tvaru management se objevuje v polovině 19. století v USA v souvislosti s řízením podniků“ (Papula, Papulová, 1993).

Podle Jarošové se management v ošetrovatelství od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filozofií služeb. Ošetrovatelství nese sociální odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit, a proto je třeba jedinečný přístup. Specifické pro management ošetrovatelství jsou dva cíle: kvalita služeb a kvalitní personál.

Management i ošetrovatelství jsou mladé dynamicky se rozvíjející disciplíny. Vzájemně se doplňují (bez efektivního řízení nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelské služby).

Někteří autoři odlišují pojmy ošetrovatelský management a management v ošetrovatelství:

- ošetrovatelský management - řízení ošetrovatelského procesu, který vykonává a plánuje sestra na nejnižší úrovni,
- management v ošetrovatelství - aplikace jednotlivých úrovních řízení

v ošetrovatelství, využívá pojmový aparát obecného managementu (Jarošová, 2006).

Mezi úkoly personálního managementu patří vyhodnocování popisu práce každého pracovníka, tvorba standardů, řešení problémů zaměstnanosti a pracovních sporů na základě znalosti právních norem a dalších principů práce s lidmi. Cílem je řídit a rozvíjet lidský potenciál v organizacích.

Při vyhledávání pracovníků se využívají interní zdroje (v rámci reorganizace) a externí zdroje (absolventi škol a pracovníci jiných organizací). Je celá řada metod výběru, například rozhovorem, rozbořem hodnocení žádosti o přijetí, životopisu, testy zručnosti či odborných znalostí, psychologické testy, osvědčení, doporučení z předchozích zaměstnání či lékařské doporučení a skupinové metody (diskuze, skupinové řešení problémů).

Fáze vlastního přijímání a zařazování nových pracovníků, či přerazování z oddělení:

1. seznámení se s pracovníkem, s jeho možnostmi a předpoklady pracovního výkonu, zařazení do pracovního týmu,
2. seznámení pracovníka s pracovním týmem,
3. informovanost nového pracovníka o charakteru práce, pracovních úkolech a podmínkách,
4. představení nového pracovníka kolektivu,
5. vysvětlení práce a úloh,
6. podrobnější zacvičení, uvedení do práce.

Mezi hodnotící aspekty se řadí vlastní předpoklady pracovníka pro práci (úroveň vědomostí, zručností, organizační schopnosti), postoj k práci (pracovní morálka, přístup ke klientovi, iniciativa), výsledky práce (kvalitativní či kvantitativní ohodnocení), sociální úroveň (vztah k lidem, míra konfliktů). Hodnotit lze obecně formou verbálního posuzování, písemnou formou, za pomoci posuzovací stupnice (bodování, známkování), srovnávacími metodami (porovnávání dvou nebo více pracovníků podle stanoveného kritéria hodnocení).

Hodnocení pracovního výkonu v ošetrovatelství není snadno měřitelné, jako např. v průmyslu. Sestra však také vyžaduje zpětnou vazbu svého pracovního výkonu. Pravidelné hodnocení práce sestry nadřízeným pracovníkem má několik výhod (zlepšení výkonnosti a motivace, upřesnění jednotlivých rolí sestry, identifikace potřeb jedince, podpora osobního růstu, apod.). Důležité je hodnocení provádět pravidelně, významné připomínky si zapisovat, chválit veřejně, vyhodnocovat a evidovat slabé a silné stránky zaměstnanců vzhledem k vytčeným cílům. Pro formální hodnocení je vhodná hodnotící škála. Hodnocení výkonu zaměstnance by mělo trvat asi hodinu, probíhat v přátelském duchu a za využití sebehodnocení sestry. Odlišné body sebehodnocení a hodnocení manažera je nutné

prodiskutovat (založeno na důkazech, ne na emocích). Manažer tímto také získává zpětnou vazbu zaměstnanců týkající se organizační kultury pracoviště.

Práce manažera ošetrovatelství spočívá také v plánování pracovních sil. Jedná se o zajišťování potřebného počtu personálu, s požadovaným vzděláním, které bývá ovlivňováno ekonomickými aspekty, databází organizace a profesními záležitostmi (pracovní podmínky, možnosti sester, platová stupnice) (Jarošová, 2006).

1.6.1 Vedení ošetrovatelského týmu

Vedení lidí je schopnost (proces) ovlivňování lidí, aby se dobrovolně účastnili na plnění společných cílů, a tím uspokojovali vlastní potřeby. Lídr vede, usměrňuje, stimuluje a motivuje spolupracovníky. Vůdce může být formální (úředně vybrán) a/nebo neformální (přirozený respekt ve skupině).

V ošetrovatelství je pojímáno vedení spíše jako usměrňování činností a bývá orientováno na osobu - člena týmu (spolupráce, kolektiv, týmová práce, samostatnost, zainteresovanost) nebo na činnosti (pracovní aktivity, standardy, kvalita, administrativa, formální vztahy).

Vedení lidí je základní náplň práce manažerů ošetrovatelství. Sestra manažerka je především vedoucí pracovního týmu. V ošetrovatelské praxi je pojímáno vedení jako usměrňování činností - co se má a co se nemá dělat.

Vedení orientované na osobu - člena ošetrovatelského týmu:

- manažer ošetrovatelství je orientován na týmovou práci a vytváření dobrých vztahů,
- je zaměřena na osobnost pracovníků a na vzájemnou spolupráci,
- je členem kolektivu, kde vytváří tvořivou atmosféru u podřízených sestry mají pocit vlastní odpovědnosti a pracují pro společné cíle,
- sestry jsou samostatné a zainteresované na výsledcích práce.

Vedení orientované na činnosti – úkoly:

- manažer ošetrovatelství je orientován na pracovní aktivity a cíle ošetrovatelského týmu a každého člena,
- jsou sestaveny a dodržovány standardy ošetrovatelských výkonů a postupů,
- snaha o co nejkvalitnější provádění činností a výkonů,
- většinu času věnuje administrativní funkci,
- v kolektivu jsou spíše formální vztahy (Jarošová, 2006).

Kolektiv sester „tuží“ staniční a vrchní sestra. Tyto sestry na různých stupních managementu mají také za úkol posilovat vztahy v týmu a reagovat na problémy

v mezilidských a pracovních vztazích. Za dobrým kolektivem stojí jeho úsilí, tvorba a pěstování. Staniční nebo vrchní sestra by se měla v určité míře orientovat i v soukromém životě svých podřízených. Daleko lépe tak porozumí některým jejich postojům a požadavkům v práci. Sestry si všeobecně kolektivu cení a ledačos nepříjemného v dobrém kolektivu překousnou. Tam, kde je kolektiv dobrý, se sestry do práce těší a téměř neprožívají žaludeční nevolnosti, které se dostávají již při pouhém pohledu na budovu svého pracoviště (Škubová, 2008).

1.7 Mezilidské vztahy na pracovišti, pracovní spokojenost

Vztahy na pracovišti mohou být často zdrojem napětí, neklidu a nespokojenosti s prací. Velký vliv na tuto skutečnost má celková atmosféra na pracovišti. Tam, kde jsou dobré vztahy, bývá atmosféra přátelská, kooperativní. V opačném případě lze pozorovat atmosféru konfliktní, napjatou. Různá bývá kvalita vztahů napříč kolektivem – mezi sestrami, lékaři versus sestry, vztahy mezi sestrami a ošetrovatelským managementem, vztahy mezi sestrami a pacienty, vztahy mezi sestrami a nižším zdravotnickým personálem. Vykonávání profese všeobecné sestry je specifické také tím, že v zaměstnání pracují zejména v ženském kolektivu. Sestry jsou tím vskutku specifický a je zřejmé, že ne všechny sestry svou roli zvládají na jedničku. Na pracovišti tvořeném převážně ženami často vzniká „dusno“ a ne všechny jsou diplomatky, které ho zvládnou. To je dáno mentalitou žen, která se od mužské od základu liší. Příčinou problémů v ženském kolektivu by mohla být upovídanost, zvědavost, závist či žárlivost. Na jedné straně jsou sestry sympatizující, fandící a na druhé ty, které závidí a jsou škodolibé. Výsledkem je pak vznik různě velkých skupinek (Sýkorová, 2005).

Pracovní spokojenost může být dílčí nebo celková. Sestry mohou být spokojeny s pracovním kolektivem, ale nespokojeny s fyzickou náročností, platem. Mezi významné faktory ovlivňující pracovní spokojenost patří mzda, pracovní podmínky, kolektiv, charakter práce, osobností faktory.

Podle výzkumu Bártlové „Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice“, byly nejvíce se svou prací spokojeny starší sestry zaměstnané v soukromém sektoru. Mezi důležité faktory, které přispívají ke spokojenosti v práci uváděly sestry, dobré vztahy na pracovišti a

různorodost práce. Největší nespokojenost vyvolává špatné finanční ohodnocení, nedostatečné ocenění od nadřízených a nedostatek personálu (Bártlová, 2006).

Společnou činnost a vzájemný vztah lidí můžeme obecně definovat jako interakci. Pakliže požadujeme, aby měl vztah pozitivní výsledek, musí být založen především na vzájemné toleranci, důvěře, porozumění a komunikaci. Mezi typy interakcí v mezilidských vztazích řadíme rivalitu, soutěžení a recipocitu. Rivalita je boj, soupeření, kde cílem je dosáhnout vítězství za každou cenu. Soutěžení je úsilí o podání optimálního výkonu. Nejde zde o soupeření. Soutěžení směřuje k naplnění společného cíle. Recipocita je vzájemná blízkost a porozumění. Mezi hlavní znaky patří vstřícnost, citlivost, vzájemná podpora a sympatie, vysoký stupeň empatie, solidarita a přátelská spolupráce.

V mezilidských vztazích se objevuje také manipulace, což je vypočítavé a sobecké zneužívání druhého k vlastnímu prospěchu (Procházka, Somr, 2008).

Pracovní spokojenost vyjadřuje míru spokojenosti vzhledem k pracovní činnosti. Dosažení optimální pracovní spokojenosti je ovlivněna celou řadou faktorů, které nelze vždy ovlivnit, je to dynamický proces, který závisí na řadě situačních a osobnostních faktorů. Podle Kollárika je nutné pracovní spokojenost chápat ve dvojitým významu. V širším smyslu zahrnuje rysy osobnosti pracovníka, které se vztahují k pracovním podmínkám (spokojenost v práci). Osobnostní charakteristiky jednotlivce jsou významnou proměnnou, která ovlivňuje vztah a postoj k práci. To je základ rozdílné úrovně spokojenosti pracovníků a jejich odlišné hodnocení jednoho pracoviště. Pracovní spokojenost je také přímo závislá na aktuálních potřebách a na jejich hierarchii. Hlavní faktory, které ovlivňují pracovní spokojenost se dynamicky mění dle profesní fáze, ve které se pracovník nachází, kdy se mění hodnotové struktury. V užším smyslu jde o spokojenost s prací (prestiž, odměna za práci, pracovní kolektiv, nároky na plnění pracovních úkolů) (Kollárik, 1986).

Faktory ovlivňující pracovní spokojenost jsou vnější: komplex pracovních podmínek (fyzikální prostředí, mzda, práce, styl vedení, odměňování). Vnitřní faktory, osobnostní (věk, pohlaví, délka zaměstnání, vzdělání, rodinný stav, motivační faktory) (Kollárik, 1986).

1.7.1 Týmová spolupráce

Ve zdravotnictví je nezbytná multidisciplinární spolupráce. Je předpokladem poskytování vysoce odborné a účinné péče. Tým tvoří nejen lékaři a sestry, ale také ostatní personál zdravotnického zařízení (např. laboranti, rehabilitační pracovníci, pracovníci rentgenu, farmacie, pomocný zdravotnický personál) a také lidé odjinud (např. policisté, sociální

pracovníci, příbuzní nemocných). Spolupráce a efektivní komunikace mezi členy týmu jsou nezbytně nutné pro zajištění optimální péče o pacienta (Richards, Edwards, 2004).

Začlenění se do týmové práce je rovněž součástí procesu adaptace. V týmové práci se výrazně uplatňují psychologické mechanismy – sociální identifikace a sociální reprezentace. Lidé, kteří spolu pracují a jsou členy pracovního týmu, se po nějaké době lépe vzájemně poznají a začnou si lépe rozumět. Přestože jejich myšlenky a názory se mohou lišit, začínají sdílet některá přesvědčení týkající se pracovního života. Tým nemůže fungovat tak, jak by měl, pokud se jeho členové nebudou navzájem respektovat a vážit si dovedností, schopností a názorů druhých (Hayes, 2005).

Je důležité věnovat sílu a pozornost budování a rozvíjení kvalitního pracovního týmu. Tento proces nelze nařídit, spoluzodpovědnost zde nese každý člen. Pokud je potřeba změna chování jednotlivce, musí on sám chtít. Často se opomíjejí pozitivní možnosti pracovního týmu. Jeho „ozdravující“ síla (pozitivní podpora, empatie, obnova osobní energie, pochopení, pomoc v životních krizových situacích, lidské vzory, zdroje osobního rozvoje a zrání atd.). Pracovní tým v sobě tedy nese potenciál stát se pro své členy nejen zdrojem osobního rozvoje, obnovující energie, ale i záchranným pásem (Králová, Pártlová, 2006).

Sestry pracující v týmu, které vnímají atmosféru a pracovní vztahy jako dobré, mohou na konci směny být vyčerpány fyzicky, ale po psychické stránce na tom budou lépe než ty, které jsou nespokojené se vztahy a atmosférou v týmu, v němž pracují. Tým, kolektiv je totiž pro jeho člena zdrojem nové energie, nebo naopak jejím pohlcovačem. (Králová, Pártlová, 2006).

1.7.2 Komunikace a sociální interakce

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Může se tak realizovat písmem, gesty a jinými formami neverbálního chování, pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií“ (Zacharová et al., 2007, s. 81).

Komunikace mezi mentorkou a mentee patří mezi edukační a informativní výměnu dat. Takováto komunikace má stanovený cíl, kterého se snaží obě skupiny dosáhnout. Důležitý je tzv. smysl pro mentorku (zda a jak rozumí tomu, co říká), smysl pro mentee (zda rozumí, co je mu sdělováno) a efekt pro mentee (co si ze sdělení vezme a k čemu to využije). Při předávání informací je nutná vzájemná spolupráce a úcta, přátelské prostředí, důvěryhodnost, respektování názoru druhého, motivace k rozhovoru a sledování neverbální komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pedagogická komunikace je sociální komunikace, při které na sebe vzájemně působí mentor - student - skupina studentů - klinické pracoviště. Jednotlivé vztahy, v nichž se realizuje pedagogická komunikace jsou od sebe neoddělitelné. V pedagogické komunikaci je nutné dodržovat pedagogický takt. Jde o specifickou zpětnou vazbu, která ovlivňuje adekvátní reakce vzdělávajícího. K tomu, aby komunikace mezi mentee a mentorem byla co nejefektivnější je nutné dodržet určité zásady:

- upřesnění komunikačních pravidel během klinické praxe/zaškolování,
- vhodné oslovování a nedirektivní způsob komunikace,
- jasné zodpovídání dotazů,
- naslouchání mentee,
- využívat asertivních technik,
- ústně hodnotit a motivovat mentee,
- používat v komunikaci zpětnou vazbu,
- vysvětlování nových poznatků na základě analýzy,
- akceptovat práva mentee,
- využívání opakování a posilování myšlenek,
- zapojení posluchačů.

Při práci s mentee (studenty) nejde jen o informování, ale také o přesvědčování.

Přesvědčování je ovlivňování studentů takovým způsobem, že ochotně sami přijmou přesvědčení a postoj.

Přesvědčovat je možné formou:

- argumentace - logické zdůvodňování pomocí verbálních prostředků,
- formou dotazování nebo výzvy,
- formou vyjádření souhlasu či nesouhlasu,
- prostřednictvím neverbální komunikace a svrchního tónu řeči,
- působením na emoce.

Komunikace se studenty v klinické praxi závisí na všech členech skupiny - mentor – mentee (Vrublová, 2006).

1.8 Ošetřovatelství a pedagogika

„Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno na zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se také podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebeděči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální péči“ (Česko, 2004, s. 3).

„Pedagogika je vědou o výchově, která zkoumá výchovný proces jako záměrnou formativní činnost. Jde o cílevědomou, záměrnou činnost směřující k všestrannému rozvoji osobnosti, jejímž cílem je rozvíjet a usměrňovat aktivitu vychovávaného, rozvíjet jeho osobnost a jeho odpovědný vztah ke světu, společnosti“ (Dvořáček, 2005, s. 7).

Pedagogika úzce spolupracuje s dalšími vědními obory (např.: filozofie, sociologie výchovy, pedagogická psychologie, ekonomie výchovy, etika, logika) a je ovlivňována biologií, medicínou, právní vědou, kybernetikou a mnoha dalšími vědními obory (Dušová, 2006).

1.8.1 Vzdělávání, učení a vyučování

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Teorií vzdělávání se zabývá didaktika, která zkoumá formy, postupy a cíle výuky.

Pojem učení není zcela jednoznačně vymezen. Obecně se jedná o univerzální jev, který se mění v závislosti na fylogenetickém a ontogenetickém vývoji organismu. Jedná se o schopnost vrozenou, kdy jedinec získává individuální zkušenosti. Dle formy rozlišujeme učení záměrné a bezděčné (Juřeníková, 2010).

1.8.2 Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Výchova je základní pedagogickou kategorií. V různých historických obdobích je pojímána různě. Jedná se o specifický druh lidské činnosti, kdy je kladen důraz na působení na citovou a volní stránku jedince.

Na výchovu jako celek lze pohlížet ze dvou úhlů. Ve smyslu činitelů výchovy jde o vychovávající (rodiče, učitel, trenér apod.), vychovávaný (syn, dcera, žák, student) a obsahu výchovy (to čemu se vyučuje a učí) a ve smyslu výchovné činnosti, kdy jde vždy o účelový vztah cílů a prostředků (Průcha et al., 2009).

Edukantem je subjekt učení (zdravý člověk, nemocný člověk, zdravotník, aj.). Edukace probíhá formou procesu v příslušném edukačním prostředí.

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní (Juřeníková, 2010).

Edukační role sestry je mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovení zdraví. Edukační ovlivnění se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jako i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka.

Edukační činnost v širším slova smyslu nebo-li výchova a vzdělávání klientů/pacientů patří mezi velmi žádoucí aktivity moderního ošetrovatelství.

Při edukaci je nutné brát zřetel také na etické normy a principy, které udávají směr efektivního přístupu s ohledem na bio-psycho-sociální, ale i spirituální potřeby jednotlivce, neboť jedině se správně vedenou edukací se zvýší zdravotní osvěta obyvatelstva a tím i zdraví jedinců ve společnosti (Vrublová, 2002).

Formy edukace ve vyučování určují časové a prostorové uspořádání práce. Formy se mění ve vztahu k cílům a obsahu vzdělávání. Formy edukace dělíme podle:

- počtu žáků k učiteli (individuální, hromadná či smíšená),
- samostatnosti práce ve vyučování (individuální, skupinová či frontální),
- místa, kde je vyučovací proces realizován (školní či mimoškolní prostředí).

Edukační metoda je společný a uvědomělý postup žáka a učitele, který směřuje ke splnění stanovených výukových cílů. Jednotlivé edukační metody se vzájemně ovlivňují a doplňují. Edukačních metod je celá řada, pro příklad uvedu pouze některé, nejčastěji používané:

- slovní metody (předávání poznatků mluvenou či psanou řečí, např. přednášky, besedy, vysvětlování, aj.),
- praktické metody (samostatná aktivní činnost žáka, např. laboratorní práce, práce v odborných učebnách, aj.),
- názorně demonstrační metody (přímé zprostředkování styku edukovaného s různými předměty či jevy, např. předvádění, instruktáže, aj.) (Závodná, 2006).

Dalšími metodami edukace z hlediska aktivity žáků jsou:

- reproduktivní metody (reprodukce poznatků žákem),
- produktivní metody (aplikace osvojených poznatků při řešení obtížnějších úloh),
- tvůrčí metody (vlastní řešení tvůrčí úlohy) (Bastl, Švec, 1997).

1.8.3 Didaktika

Didaktika je disciplínou pedagogiky a znamená učit, vyučovat, poučovat, učit se, nechat se poučovat, učení, poučování. Oborová didaktika, didaktika ošetřovatelství se zabývá uplatněním didaktiky při edukaci v ošetřovatelství (Kuberová, 2010).

V didaktice je hlavním cílem vzdělat a vychovat. Didaktika učí studenty propojovat teorii s praxí. Pomáhá také rozvíjet schopnost prezentace studentů, jejich flexibilitu, asertivitu a dovednosti.

V učení a v praktických nácvičích se využívá vertikální a horizontální posloupnost. Ve vertikální posloupnosti jde o návaznost témat v jednom ročníku, nebo v ročnících po sobě jdoucích. Využívá se zde i návaznost mezi jednotlivými podobnými předměty. Horizontální posloupnost je mezipředmětová souvislost v rámci jednoho ročníku (Cichá, Dorková, 2008).

Sestry školitelky/mentorky také využívají poznatků z didaktiky. Důležité je, aby si SŠ/mentorka naplánovala cíle, kterých chce u studentů/zaškolovaných splnit. Vytvoří si plán činností a seznámí s ním i studentky či zaškolovanou osobu. Cíle mohou být obecné a specifické. Dále rozeznáváme cíle kognitivní (poznávací, vzdělávací, vědomostní), psychomotorické (výcvikové) a afektivní (postojové). Cíle musí být jasné, kontrolovatelné a reálné. K výuce slouží SŠ/mentorkám řada vyučovacích metod. Výběr správné metody je důležité konzultovat se studenty/zaučovanými. Každý člověk je individuum a pomáhá mu jiná metoda k dosažení úspěchu. Některé vyučovací metody jsou popsány v následující kapitole.

K didaktice patří i hodnocení, které má v procesu zaškolování kontrolní, regulativní a autoregulativní funkci. Samotné hodnocení má několik pravidel, které by se měly dodržovat tak, aby bylo objektivní a motivovalo k očekávaným výsledkům. Prověřování je kontrola a

zjišťování, jak si student/nový zaměstnanec v procesu zaškolování osvojil praktické výkony. SŠ/mentorka zjišťuje, jak si mentorovaný dokáže představit např. průběh a výsledek výkonu. Hodnotí, zda-li mentorovaný dokáže při zadané práci správně přemýšlet. Prověřování se děje přímým zkoušením, domácí prací či písemným testem (Cichá, Dorková, 2008).

1.8.4 Andragogika

Andragogika je vzdělávání dospělých. Pojem andragogika má význam teoretický a praktický. Teoretický význam hledá a ukazuje zákonitosti procesu vzdělání a výchovy dospělých. Používá různé metody a techniky didaktiky, kterými naplňuje očekávání společnosti, jedinců nebo zaměstnavatelů v profesním i osobním rozvoji člověka.

Praktický význam využívá ověřené postupy a zkušenosti pro výchovu a vzdělávací práci pro dospělé.

K dalšímu vzdělávání je nutné dospělé správně, intenzivně a dostatečně motivovat. Dospělému se dostává spoustu motivů, které mohou být kladné, ale i záporné. Činnost podněcuje příklad z okolí, direktivní nařízení, amatérský zájem, touha po dalším vědění, soupeření s kolegy, snaha vyniknout, kladný vztah k učení, úspěch. Mezi nepodporující faktory lze zařadit např. nedostatek sebedůvěry, ochoty, vůle, ambicí, podpory, času, nedůvěra ve vlastní schopnosti, neúspěch, strach, atd.

Cílem andragogiky je zvyšování kompetencí, znalostí, hodnot a postojů, zvyšování informací a oblasti poznávání (Malach, Zapletal, 2005).

1.9 Mentoring, mentor

Mentoring je základní forma lidského rozvoje, kde SŠ/mentorka investuje čas a energii k zajištění růstu a schopností osoby, která se něčemu učí (= mentee). Základem je oboustranná dobrovolná spolupráce mentee a mentora. Mezi základní principy mentoringu patří podpora klienta (studenta), zvyšování jeho kompetencí a efektivity, hledání zdrojů, osobní rozvoj mentee a jeho schopností řešit vlastní problémy (Kopřiva, 2011).

Slovo „mentor“ se používá jako synonymum důvěrného rádce, přítele, učitele a zkušené a moudré osoby již od doby Odyssea. Dříve byl ve své podstatě mentorem každý mistr, který

měl svého tovaryše. Učil ho nejen svému řemeslu, ale i umění prodat své výrobky. Dále se za mentora také považoval jakýkoliv lékař, který se věnoval medikovi (Hajzler, 2009).

Mentor je člověk, který poskytuje studentovi zpětnou vazbu a je mu přítelem. Může zastávat roli učitele – umožňuje vzdělání, je odborníkem ve vzdělání, ale i ve svém oboru – v tomto případě v ošetrovatelství (Vránová, 2006).

Mentee je osoba, která se něčemu učí. Má buď vlastní mentora, nebo je mentor společný pro 2, maximálně 3 mentee, a stará se o ně v rámci profesního vztahu, pomáhá, učí atd. (Krátká, 2006).

Mentori i mentee mají stejnou odpovědnost za rozvoj svého vzájemného profesního vztahu. Mají odpovědnost za hladký průběh vztahu a dosažení svého cíle. Vztah obou skupin je rovnocenný a založený na vzájemné důvěře, je však zcela dobrovolný (Kopřiva, 2011).

Faktory kvality a limitující faktory v mentoringu:

Faktory kvality v mentoringu se posuzují ze třech základních pohledů. Převážně z pohledu mentora, studenta a vzdělávací instituce. Podle získaných výsledků lze ledacos změnit, zlepšit, upravit, ...

Kvalita z hlediska mentora se zabývá hodnocením mentorské činnosti na klinickém pracovišti, spoluprací se studenty, hodnocením odborné praxe studentů, vzdělávací institucí pro organizaci odborné praxe atd.

U kvality z hlediska studenta se posuzují vzdělávací potřeby a očekávání studentů v souvislosti s činností mentorek, spolupráce s mentorem, plnění povinností studentů atd. Kvalita z hlediska vzdělávací instituce a vzdělávacího procesu se odráží převážně na požadavcích na mentorky, např.: správný výběr mentorek, vykonání závěrečné zkoušky absolvovaného mentorského kurzu, dodržení kompetencí mentorky, spolupráce s mentorkou, efektivní plnění role, účelnost mentorského kurzu atd.

Limitující faktory se taktéž hodnotí ze třech stejných základních stran. Ze strany mentorky, studenta a vzdělávací instituce. Jde ve své podstatě o opak hodnocených kvalit. Hodnocení toho, co jednotlivé strany nedělají správně nebo nedělají vůbec.

Ze strany mentorek jde o způsob organizace odborné výuky, limity v oblasti spolupráce se studenty, limity v oblasti spolupráce se vzdělávací institucí, motivace, vlastní aktivity atd.

Ze strany studentů se hodnotí nedostatek zájmu studentů, zaujetí, motivace, nedostatečná spolupráce studentů s mentorkami atd.

Ze strany vzdělávací instituce se hodnotí např. stupeň a kvalita odborné praxe (Zuzáková, 2008).

Mentorství klade na jedince náročné a psychologicky rozmanité požadavky.

Od mentora se očekává, že bude mentee (studenty) :

- vzdělávat - zprostředkovávat vědomosti, dovednosti, způsoby myšlení,
- vychovávat - rozvíjet schopnosti, postoje, charakter (Vrublová, 2006).

1.9.1 Mentoring ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví jde o výuku studentů (mentee) v klinické praxi. Z historického pohledu bylo typické předávání vlastních zkušeností, vědomostí a umu pro „porodní báby“. Mladé dívky se při porodu učily tím, co viděly a co slyšely od zkušenějších (Čížková, 2009).

Mentoring jako takový je v českém zdravotnictví teprve krátce. Nejrozšířenější je ve Velké Británii, Německu, Belgii a USA (Škubová, 2008).

Mentoring se dá započítávat i do celoživotního vzdělávání. Podle zákona č. 96/2004 Sb., § 53 je celoživotní vzdělávání povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Jde o průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. V § 54 téhož zákona jsou definovány formy celoživotního vzdělávání (např. certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích, studium odborné literatury a pedagogické činnosti) (Hajzler, 2009). Tento zákon byl změněn zákonem 105/2011 Sb. ze dne 25.3.2011, který mění některá ustanovení (např. prodloužení platnosti vydání osvědčení, snížení registračního poplatku, apod.)

Mentorovaným může být nejen student při praktické výuce, ale rovněž pracovník nebo kolega. Činnosti mentora může být tedy využíváno k vedení nových zaměstnanců, zejména absolventů. Sestra školitelka bývá proto také nazývána mentorkou a měla by zastávat roli průvodkyně, poradkyně a učitelky (Ajglová et al., 2008).

Mentee ve zdravotnictví je tedy student vysoké školy zdravotnické či nový zaměstnanec na oddělení, o kterého se stará mentorka. Mentee může zažádat o přidělení nové mentorky, stejně tak mentorka si smí zažádat o jiného studenta, pokud mezi nimi vládne vzájemná antipatie, která narušuje kvalitu a úroveň péče o pacienty/klienty nebo jejich profesionální spolupráci. Mentee by měli pracovat ve stejných službách, jako jejich mentorka. Mentorka se jim tak může více věnovat. Lépe poznají celý pracovní provoz. Ve volných chvílích praxe může mentorka studentovi i ledacos vysvětlit, ukázat či připomenout a naučit. Převážně o nočních směnách na sebe mají výrazně více času. Např. problematika dokumentace či ošetřovatelského procesu vyžaduje čas a procvičování (Lisická, 2006).

Na mentee jsou také kladeny určité požadavky, které by měli plnit a dodržovat. Jejich dodržování pomáhá upevnit nebo zlepšit vztah mezi mentorkou a mentee. Mezi základní povinnosti hlavně patří: Přicházet na praxi včas, dodržovat pokyny k osobní úpravě (upravené vlasy, ostříhané nenalakované nehty, nebo jen bezbarvým lakem, ne příliš výrazné líčení, žádné šperky a volně visící předměty, hodinky, čistý, celistvý a upravený pracovní oděv, boty s páskem kolem paty a atestem, bílé ponožky atd.), používat ochranné pomůcky a ochranný oděv, dodržovat zásady asepse a bezpečnosti práce. Jakékoliv pochybení ihned nahlásit mentorce. Minimálně 21 dní před zahájením odborné praxe se dostavit na příslušné oddělení za vrchní sestrou a staniční sestrou k ústní domluvě týkající se naplánování pracovních směn. V případě přítomnosti mentorky na oddělení se domluvit přímo s ní. Student by měl striktně dodržovat stanovenou pracovní dobu. Mezi základní vlastnosti patří zručnost, spolehlivost, schopnost vykonávat naučené výkony a teoreticky si vysvětlit postup. V případě nemoci nebo jiné vážné situaci je nutno neprodleně informovat mentorku/vrchní sestru nebo staniční sestru a následně tuto praxi po domluvě nahradit. Aktivně se zapojovat do pracovních činností na daném oddělení - reagovat na zvukovou signalizaci pacientů, momentální nepřítomnost vždy nahlásit mentorce/staniční sestře. Hlásit všechny příchody a odchody. Při ukončení odborné praxe je student povinen předat informace o přidělených pacientech mentorce/staniční sestře. Pracovní směny je možné vyměňovat pouze se souhlasem mentora /vrchní či staniční sestry. Měl by vyjadřovat určitou úroveň teoretických znalostí, společenské vystupování, spolupráce a komunikace se členy týmu, úroveň komunikace s pacienty, empatie. Nesmí překročit rámec svých kompetencí během klinické praxe. Mentee musí dodržovat zásady zdravotnické etiky, které představuje např. identifikační vizitka, mlčenlivost, empatie, profesionální chování - etické normy a principy.

Mentee vykonávají praxi v hodinovém rozsahu určeném školou, vyplňují dokumentaci, píší ošetrovatelské procesy a mohou psát i hodnocení či zpětnou vazbu na mentorky. S veškerou dokumentací, která se týká klinické praxe, mohou požádat svojí mentorku o pomoc či radu. Mentorka jim však vždy nechá prostor pro vlastní tvorbu a následně je upozorní na chyby. (Jarošová, 2009).

1.9.2 Profil a role mentora ve zdravotnictví

Označení mentor/mentorka se používá pro všeobecné sestry nebo porodní asistentky s absolvovaným speciálním mentorským kurzem, které se věnují studentům během klinické praxe. Zaměřují se především na jejich profesionální rozvoj.

Na mentorky jsou kladeny vysoké nároky. Mentorka by měla být chápavá, komunikativní, trpělivá, empatická, tolerantní, profesionální, atd. Může být pro studenta vzorem v různých směrech (např.: v komunikaci, při provádění odborných výkonů, atd). Hlavním významem je zejména zajistit vzdělávání sester v klinické praxi, které budou dohlížet na studenty a mít za ně zodpovědnost (Krátká, 2006).

Mentorka pomáhá studentům v orientaci v prostředí a zvyšování odborných znalostí podle nejnovějších poznatků v oboru klinické praxe v souladu s učebními osnovami. Má za úkol pozitivně motivovat a vyučovat speciální ošetrovatelskou péči o pacienta/klienta v oboru, ve kterém působí. Spolupracuje s pracovníky katedry ošetrovatelství na organizaci odborné praxe (Chvátalová, 2008).

K jedné mentorce by měli být přiděleni optimálně 1-3 studenti na standardních ošetrovatelských jednotkách (ambulantní, lůžkové) a na jednotkách ARO, JIP, operačních sálech 1-2 studenti. Více studentů již není vhodné, protože by se jim mentorka nemohla dostatečně a kvalitně věnovat. Pro mentorku může být mentorství obohacením sesterské práce. Ve vyhlášce 424/2004 o náplni práce sester se uvádí, že se sestra podílí na praktickém vyučování studentů ošetrovatelství. Nutí sestry učit se nové trendy v klinické praxi i teorii, k dalšímu vzdělávání, přemýšlením nad vlastním profesionálním a odborným růstem. Práce se studenty může změnit pracovní rutinu a stereotyp v něco zajímavého. Umožňuje to nový pohled na práci. Dobré dotazy od studentů nutí sestru přemýšlet o zautomatizovaných výkonech, jejich důvodu a účelu, způsobu správného vykonání a následné kontrole. (Vránová, 2006).

Mentorky spolupracují s pedagogy, ošetrovatelkami, dalšími profesionály ze zdravotní péče a dalšími kolegyněmi zabývajícími se různými obory, aby umožnily studentům kvalitní výuku a dosahování výborných výsledků. Mentoři dále požadují podporu ve své roli od kolegů a profesionálního okolí (Edwards, Smith, 2001).

Mentorce jsou určeny základní činnosti, které musí vykonávat. Podle nich se určuje kvalitní a prospěšná klinická praxe pro studenty, která obohacuje dalšími zkušenostmi i samotné mentorky. Mezi tyto činnosti patří seznámení s mentorkou, ostatními pracovníky a prostředím a podávání organizačních informací (pracovní doba, přestávky, bezpečnostní pravidla, hygienické zásady, podmínky k uznání praxe), kontrola studentské dokumentace, hodnocení teoretických znalostí a praktických dovedností. Dále mentorka kontroluje schopnost studentů k výkonu praxe (zda-li nejsou nemocní, pod vlivem alkoholu, drog, unavení nebo zda jsou vhodně upravení) (Jarošová, 2009).

Výkon funkce SŠ/mentorky v AP nových pracovníků by měl být podmíněn:

- znalostí charakteristických rysů a cílů moderního ošetrovatelství, schopností aplikace těchto poznatků do klinické praxe,
- znalostí pravidel skupinového a týmového chování, stylů vedení, pojetí mentoringu a supervize,
- znalostí způsobů řešení konfliktů,
- znalostí problematiky organizační kultury,
- znalostí přístupů a postojů hodnocení, nejčastější chyby,
- vedením absolventů k odpovědnosti,
- povzbuzováním a pomocí při praktickém myšlení nových sester,
- dovednostmi rozvíjet, schopností aplikovat a integrovat znalosti, teoretické vědomosti a postoje do praxe,
- důrazem na propojení teoretických znalostí, praktických dovedností a postojů v průběhu AP,
- podporou kreativity a seberealizace,
- kolegiálním (partnerským chováním),
- efektivní spolupráci, podporou zájmu sester v AP o konkrétní dovednosti,
- spolupráci sester v AP při stanování priorit zaškolování,
- zajištěním, aby hodnocení bylo motivující, povzbuzující k dalšímu zdokonalování a rozvoji,
- dobrými komunikačními dovednostmi (Jirkovský, 2009).

1.9.3 Mentor klinické praxe

Mentor klinické praxe je registrovaná všeobecná sestra a minimálně 3 roky působí v přímé ošetrovatelské péči ve svém oboru a měla by být vysokoškolsky vzdělaná.

Mentorka si před každou klinickou praxí naplňuje cíle, které by ráda za dobu praxe se studenty splnila. Vytvoří si plán činností a seznání s ním i studenty. Po skončení dne vyhodnotí splnění cílů. Cíle mohou být obecné a specifické, dále kognitivní (poznávací, vzdělávací, vědomostní), psychomotorické (výcvikové) a afektivní (postojové). Musí být jasné, kontrolovatelné a přiměřené. Každá mentorka by se měla na každé setkání se studenty v klinické praxi připravovat. Příprava musí odpovídat potřebám studentů. Důležité je promyslet si také dlouhodobé cíle. Mentorka si zvolí správnou vyučovací metodu, kterých je

celá řada, např. výklad, audiovizuální metoda, demonstrace, praktické cvičení. Každý student je individuum a pomáhá mu jiná metoda k dosažení úspěchu.

Mentorka může prověřit znalosti mentorovaného (studenta) přímým zkoušením, domácí prací či písemným testem. Lze tak učinit individuálně, nebo skupinově (Cichá, Dorková, 2008).

1.9.4 Mentorský kurz

Mentorské kurzy se v dnešní době pořádají v několika nemocnicích ve spolupráci s fakultami či ústavy zdravotnických studií po celé České republice (Ajglová et al., 2008).

Mentorský kurz (teoreticko-praktický studijní program) slouží ke vzdělávání SŠ/mentorek a k tomu, aby se studentům díky mentorkám dostalo odborné vzdělání v klinické praxi. Mají se stát přímými poskytovatelkami vzdělání na klinických pracovištích na pozici, kterou strategie Evropské unie označuje - mentorka. Mentorky se seznamují s tím, jak studenty učit a opakovat naučené praktické dovednosti, jak hodnotit, pomáhat, radit, motivovat atd. (Vránová, 2006, Mesárošová, 2010).

Kurz je určen všeobecným sestřím a porodním asistentkám. Požadavky pro přijetí jsou přímo specifikované: sestry či porodní asistentky musí udržovat svoji klinickou způsobilost, být odborníkem ve svém oboru klinické praxe, mít osvědčení podle zákona 96/2004 Sb. (nověji dle zákona 105/2011 Sb.) porodní asistentka a všeobecná sestra bez odborného dohledu, dále musí projít vhodnou přípravou na úlohu učitele (mentor/ka), mít snahu a zájem podílet se alespoň částečně na vzdělávání studentů. Někdy se předkládá doklad o pracovním poměru ve ZZ. Za výhodu se považuje akademický titul. Sestra může podat přihlášku na mentorský kurz, pokud smí užívat titul Mgr. a má 1 rok odborné praxe, nebo titul Bc. s 2 lety odborné praxe, nebo titul DiS. se 3 lety odborné praxe. Pokud sestra nemá titul, může být přijata do kurzu, pokud vystudovala střední zdravotnickou školu, je registrovaná a k tomu navíc odpracovala 5 let odborné praxe. (Vránová, 2006).

Velmi zajímavý byl požadavek pořádajících Mentorského kurzu Vysoké školy v Plzni o.p.s., aby zájemci doložili k žádosti o zařazení do kurzu motivační dopis, který zahrnoval: popis dosavadních zkušeností s vedením studentů, motiv k přihlášení do kurzu, představu o využití získaných znalostí a dovedností po ukončení kurzu. Z těchto dopisů vyplynulo, že zájemci mají zkušenosti dlouhodobé, avšak bez pedagogické přípravy, a chtějí si znalosti doplnit. Motivem je zejména touha po nových znalostech, které by absolventi kurzu využily ke zvýšení kvality a efektivity výuky studentů (Ajglová et al., 2008).

Cílem kurzu nebo vzdělávacího programu je získání nových informací v různých oblastech. Mentorky se doslova „ponoří do tajů“ základních principů andragogiky pro výuku, odborné vedení, pomoc a výchovu studentů, moderní poznatky z psychologie dospělých, didaktiky, managementu, ošetrovatelského práva a vedení odborné praxe studentů, organizační činnost ve spolupráci s celým zdravotnickým týmem, vzdělávací institucí či jednotlivými školami. Důležité je, že to, co se naučí, budou schopny využívat a aplikovat do praktických situací v klinické praxi (Vránová, 2006, Ajglová et al., 2008).

Činnosti, ke kterým získává absolvent kurzu způsobilost:

- organizační, koordinační a edukační činnosti pro vedení a zajištění odborné praxe, týmová spolupráce, spolupráce s jednotlivými školami a vzdělávacími institucemi,
- výchova a vzdělávání studentů,
- zajišťování a kontrola vypracovaných plánů odborné praxe,
- metodika vypracovávání hodnocení jednotlivých studentů,
- řízení procesů a principů v organizaci a ošetrovatelské péči.

Jednotlivé moduly mají rozvržený počet hodin, které jsou k výuce potřebné, a vypracované sylaby různých předmětů, které se k modulu vztahují. Moduly se v pořadí absolvování liší u každého kurzu, ale obsah je přibližně stejný. Většinou se kurz skládá ze tří, na sebe navazujících, tématicky zaměřených modulů. Úvodní modul vždy popisuje organizaci studia včetně ošetrovatelských praxí a legislativy v ošetrovatelství. Následující, druhý modul popisuje filozofii a teorii ošetrovatelství, ošetrovatelský proces a dokumentování, potřeby člověka a diagnostiku v ošetrovatelství. Dalšími tématy výkladu obvykle jsou: etika v ošetrovatelství, výzkum v ošetrovatelství, řízení v ošetrovatelství a komunikační dovednosti v ošetrovatelství. Další modul bývá zaměřen na výuku pedagogiky, didaktiky a komunikace (Vachková et al., 2009).

Cílem vzdělávacího programu je získání nových informací v oblasti andragogiky, pedagogiky, didaktiky, práva, psychologie, managementu a vedení odborné praxe studentů zdravotnických škol (organizační a koordinační činnosti, spolupráce mentorů v rámci zdravotnického týmu a ve vztahu k vzdělávacím institucím, postupy při vypracovávání plánů odborné praxe, postupy při hodnocení studentů) (Ajglová et al., 2008).

Délka a organizace kurzu se liší. Záleží na vzdělávací instituci, jak vše naplánuje a zrealizuje. Kurz trvá od půl až do jednoho roku. Je rozdělen do několika modulů, které musí sestra splnit. Kurz vede a učí vzdělávací instituce, která vše pořádá. Jednotlivé moduly přednášejí magistry, které jsou zaměstnané přímo ve vzdělávací instituci, nebo externí

zaměstnanci z klinické praxe. Studium probíhá formou kontaktních a nekontaktních hodin. Vzdělávací instituce má za úkol vypracovat v rámci studijního programu metodický přístup k jednotlivým modulům a vytvořit studijní materiály pro vzdělávání. Materiály mohou být ve formě písemné, elektronické či na CD-ROMU. Kurz se ukončuje závěrečnou zkouškou (vypracování závěrečné ošetrovatelské a pedagogické dokumentace a její obhajoba). (Mesárošová, 2010)

Úspěšné dokončení kurzu je ohodnoceno kredity do celoživotního vzdělávání. Další kredity mentorky získají právě učením studentů na praxi (Vránová, 2006).

1.9.5 Odpovědnost školitele/mentora

Každý zdravotnický pracovník má podle zákona č. 20/1966 Sb. své povinnosti. Podle tohoto zákona o zdraví lidu se zdravotnický pracovník musí dále vzdělávat. K tomu je důležité mít na pracovištích školitele. Školitel (mentorka) má zodpovědnost za svěřenou osobu (mentee). Odpovídá za to, že mentee provádí pouze výkony, ke kterým je způsobilý a má dostatečné teoretické znalosti a praktické dovednosti. Mentorka nese odpovědnost, pokud přidělila mentee činnost, na kterou není jakkoliv připraven, nebo ho pověřila výkonem, který není v jeho kompetenci. Pokud mentee neplní příkazy od mentorky správným způsobem, může z toho mentorka vyvodit odpovídající důsledky. Ale i mentee má odpovědnost ke svým činům. A to především, když způsobil jakoukoliv škodu vlivem vlastního rozhodnutí bez vědomí mentorky. Mentee smí odmítnout provedení výkonu, pokud se necítí dostatečně připraven (Staňková, 2004).

Úroveň a výsledky poskytované zdravotnické péče jsou závislé na teoretických vědomostech a praktické dovednosti zdravotnických pracovníků všech kategorií, kteří o pacientky/klienty pečují. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu stanovuje zdravotnickým pracovníkům povinnost dále se vzdělávat ve svém oboru a osvojovat si zdravotnické znalosti i v rozsahu potřebném pro výkon své práce. Sestra školitelka/mentorka odpovídá za to, že jí svěřená osoba provádí výkony, které odpovídají její teoretické přípravě a praktické dovednosti. Tedy že provádí pouze výkony, ke kterým je odborně způsobilá. Školící se osoba nese odpovědnost především v případech, kdy škoda nastala následkem činnosti, ke které se rozhodla o své vůli, bez vědomí školitele (Staňková, Bláha, 2003).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle empirické části

V empirické části své práce jsem si stanovila několik cílů:

- porovnat různé přístupy v procesu zaškolování sester na JIP,
- zmapovat, jak ve sledovaných zdravotnických zařízeních probíhá proces adaptace nových sester na JIP,
- zjistit překážky bránící kvalitnímu a rychlému zapracování nově nastupujících sester na JIP,
- zjistit vliv vzdělání a délky praxe u sester školitelek/mentorek na kvalitu adaptačního procesu,
- ověřit u sester školitelek/mentorek míru jejich zájmu, motivaci a osobností předpoklady podílet se na procesu zaškolování nově nastupujících sester.

2.2 Metodika

2.2.1 Metoda výzkumu

Pro sběr informací jsem využila kvantitativní výzkum formou dotazníku. Dle stanovených cílů výzkumných otázek jsem vytvořila dva dotazníky. První dotazník (A) byl určený pouze sestřám v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP (viz příloha č. 2) a druhý (B) sestřám školitelkám/mentorkám (viz příloha č. 3).

Před vlastní distribucí dotazníků jsem provedla pilotážní šetření, abych si ověřila srozumitelnost jednotlivých otázek. Oslovila jsem tedy 15 všeobecných sester, které splňovaly stanovené požadavky, z okruhu svých známých a na základě diskuze s nimi provedla pár drobných úprav, následně 9 dotazníků zahrnula do výzkumu.

Dotazníky byly distribuovány na oddělení JIP se základními pokyny, po získání souhlasu vedení zdravotnických zařízení, většinou vrchním či staničním sestřám. Dotazník byl určen tedy všeobecným, popř. dětským sestřám, které pracují na JIP. Šetření bylo anonymní.

Ke zpracování získaných dat jsem použila Microsoft Office Word 2003 pro psaný text. Dále Microsoft Office Excel pro zpracování tabulek a grafů. Některé druhy výzkumných otázek jsem zpracovala do tabulek, kde udávám počet respondentů odpovídajících na danou otázku a procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Otázky jsem také graficky znázornila v podobě výsečových či sloupcových grafů. V jednotlivých grafech je podrobná legenda a procentuální zvýraznění výsledku.

Výsledky šetření jsem vyjádřila absolutní a relativní četností pomocí tabulek a grafů. Relativní četnost (f) byla vypočítána dle vzorce: $f = n_i / n$ (kde n_i je absolutní četnost a n je celková četnost).

V rámci šetření jsem rozdala 130 dotazníků. Řádně vyplněných dotazníků, které jsem do výzkumu zařadila se mi dostalo celkem 122. Celková návratnost činila 94%. Navzdory nedostatku času a celkové atmosféře ve zdravotnictví byla návratnost dle mého názoru poměrně vysoká. Domnívám se, že všeobecné sestry toto téma a problematika zaškolování zaujala. Setkala jsem se s ochotou a pozitivním ohlasem.

Výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2010 do června 2011.

2.2.2 Struktura dotazníku

Pro důkladné zmapování dané problematiky jsem sestavila dva typy dotazníků, které byly určeny pro všeobecné sestry. První typ (A) pro sestry v adaptačním procesu či s praxí do tří let na JIP a druhý typ (B) určen pro sestry školitelky/mentorky.

Položky v dotazníku byly rozděleny do několika celků. Dotazník obsahoval oslovení a přesné instrukce k vyplnění jednotlivých otázek. Použité byly otázky otevřené (dotazník A: ot. č. 2, 4, 12, 23 a u dotazníku B: 2, 4, 20), uzavřené (dotazník A: ot. č. 1, 3, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 21, 22 a u dotazníku B: ot. č. 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18), polouzavřené (dotazník A: ot. č. 5, 6, 11, 14, 15, 17, 18, 20 a u dotazníku B: ot. č. 5, 6, 7, 14, 16) a filtrační (dotazník A: ot. č. 12, 13, 15 a u dotazníku B: ot. č. 19). Úvodní část byla společná pro oba typy dotazníků, kde jsem zjišťovala některé identifikační údaje (viz přílohy č. 2 a 3).

V dotazníku A jsem dále zjišťovala pozici respondenta z hlediska adaptačního procesu, dále průběh a hodnocení procesu zaškolování, názory na sestry školitelky. Tento dotazník má celkem 23 otázek.

V dotazníku B jsem své otázky zaměřila na oblast zaškolování z pohledu sester školitelek/mentorek. Zjišťovala jsem jejich role v procesu zaškolování, jakým způsobem

zaškolování na daném pracovišti probíhá, jejich názory, přínosy, odbornosti. Tento dotazník má 20 otázek.

Každý z vyhotovených dotazníků je specificky sestavený dle toho, komu je určen, avšak některé otázky jsou záměrně pro obě skupiny společné, aby bylo možné porovnat pohledy na stejnou věc očima sester v AP či do tří let praxe na JIP a SŠ/mentorek.

Dotazníky byly anonymní, respondenti odpovídali dobrovolně s možností více odpovědí u některých otázk.

Oba typy dotazníků jsou součástí příloh této práce (viz příloha č. 2 a 3).

2.2.3 Charakteristika souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 122 respondentů. Dotazník určený sestřám v adaptačním procesu nebo s praxí na JIP do tří let vyplnilo 54 respondentů. Konkrétně se jednalo o sestry, které buď AP přímo procházely, nebo jej v nedávné době ukončily a mají tak průběh AP čerstvě v paměti. Dále jsem k této skupině zařadila sestry s praxí na JIP do tří let z toho důvodu, že prakticky teprve o sestře s praxí na JIP tři a více let, se dá hovořit jako o zkušené. Posledním důvodem byl zisk většího počtu respondentů.

Dotazník sestavený pro sestry školitelky/mentorky vyplnilo 68 sester.

Celkově se jednalo o sestry tří zdravotnických zařízení, z různých jednotek intenzivní péče (interní, metabolické, dětské, chirurgické, kardiochirurgické, neurochirurgické, koronární).

Druh JIP jsem během analýzy dat dále nezohledňovala.

- Fakultní nemocnice Hradec Králové, akreditaci získala ve dnech 24. až 28. 11. 2008,
- Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace zřizována Krajem Vysočina, získala akreditaci ve dnech 2. až 4. 6. 2008,
- Pardubická krajská nemocnice, a. s. .

Oslovila jsem také Chrudimskou nemocnici a.s., kde se mi opakovaně nepodařilo získat vyjádření k uskutečnění šetření a také pražský Institut klinické a experimentální medicíny, kde jsem pracovala, ale tam umožňují výzkum jen svým zaměstnancům.

2.3 Výsledky

Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části interpretovány pomocí tabulek a pro lepší orientaci ve výsledcích také grafem.

Tabulka č. 1: Podíl počtu sester školitelek/mentorek a sester v adaptačním procesu či s praxí na JIP do tří let

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra školitelka/mentorka	68	56%
Sestra v AP či do tří let praxe na JIP	54	44%
Celkem	122	100%

Z výzkumného souboru 122 (100%) respondentů je 68 (56%) sester školitelek/mentorek a 54 (44%) sester v adaptačním procesu či s praxí do tří let na JIP.

Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů jednotlivých zdravotnických zařízení

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fakultní nemocnice Hradec Králové	67	55%
Pardubická krajská nemocnice, a.s.	29	24%
Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.	26	21%
Celkem	122	100%

Největší počet sester, které se dotazníkového šetření účastnily, bylo z FNHK, která je ze všech tří zdravotnických zařízení největší. Celkem se mi zde podařilo získat 67 řádně vyplněných dotazníků (55%). Druhá největší nemocnice mi umožnila získat 29 respondentů (24%). V nemocnici HB dotazník ochotně vyplnilo 26 sester (21%).

Celkové zastoupení počtu respondentů z jednotlivých ZZ odpovídá velikosti nemocnice (počtu jednotek intenzivní péče). Pro samotný výzkum bylo podmínkou pracoviště JIP, avšak nezohledňovala jsem již druh JIP. Pouze pro doplnění:

FNHK – chirurgická JIP, kardiochirurgická JIP, metabolická JIP, dětská JIP

Pardubická krajská nemocnice – chirurgická JIP, interní JIP

Nemocnice HB – chirurgická JIP, interní JIP

2.3.1 Vyhodnocení úvodních společných otázek

Společné vyhodnocení otázky číslo 1:

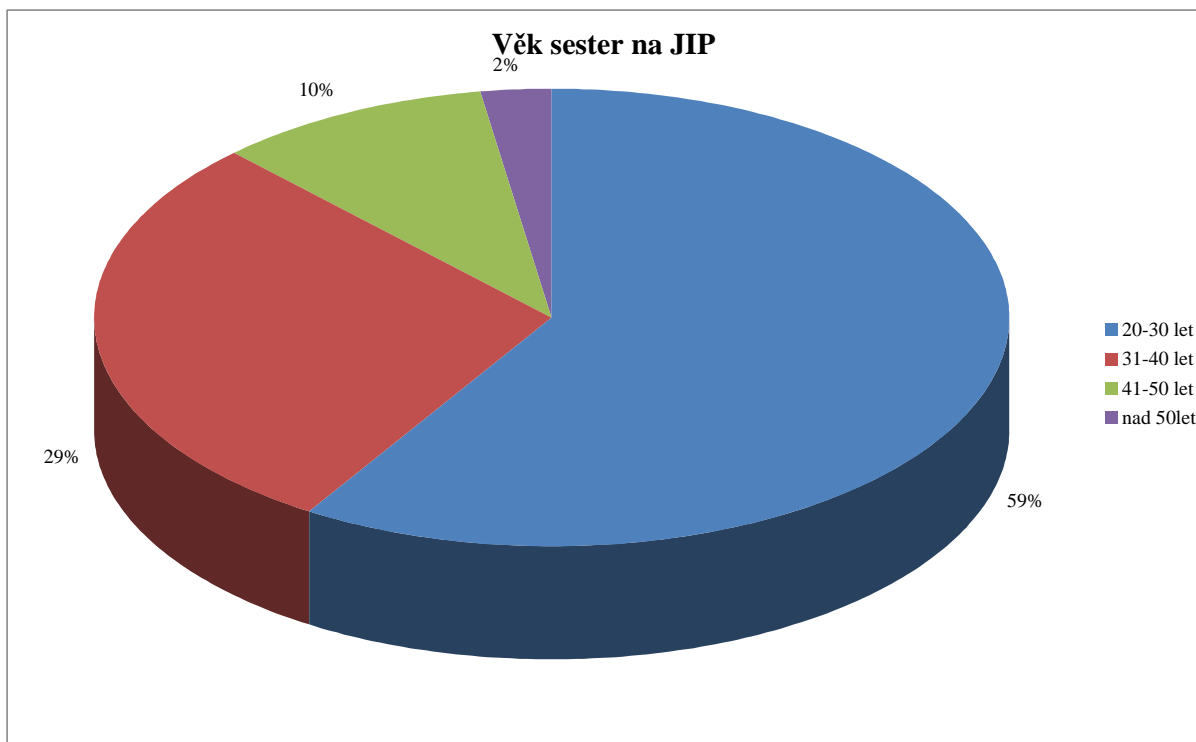
Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	119	98%
Muž	3	2%
Celkem	122	100%

Z celkového počtu 122 (100%) respondentů bylo celkem 119 (98%) žen a 3 (2%) muži. Tento výsledek není nijak překvapující při současném zastoupení všeobecných sester – žen ve zdravotnických zařízeních. Avšak jedná-li se o JIP, očekávala jsem v tomto případě, že zastoupení mužské populace bude alespoň 5%. Všichni tři muži byli toho času v AP.

Společné vyhodnocení otázky číslo 2:

Graf č. 1: Věk sester na JIP



Z grafu č. 1 je patrné, že nejpočetnější skupinu sester pracujících na JIP tvoří mladé sestry v kategorii 20 – 30 let, celkem 72 (59%). Druhou věkovou skupinu zastoupenou v počtu 35 (29%) tvoří sestry od 31 do 40 let. Jen 12 (10%) sester pracujících na JIP je v rozmezí 41 – 50 let a 3 (2%) sester nad 50 let. Tímto grafem vyšlo najevo, že na JIP pracují ve větší míře sestry mladší věkové kategorie.

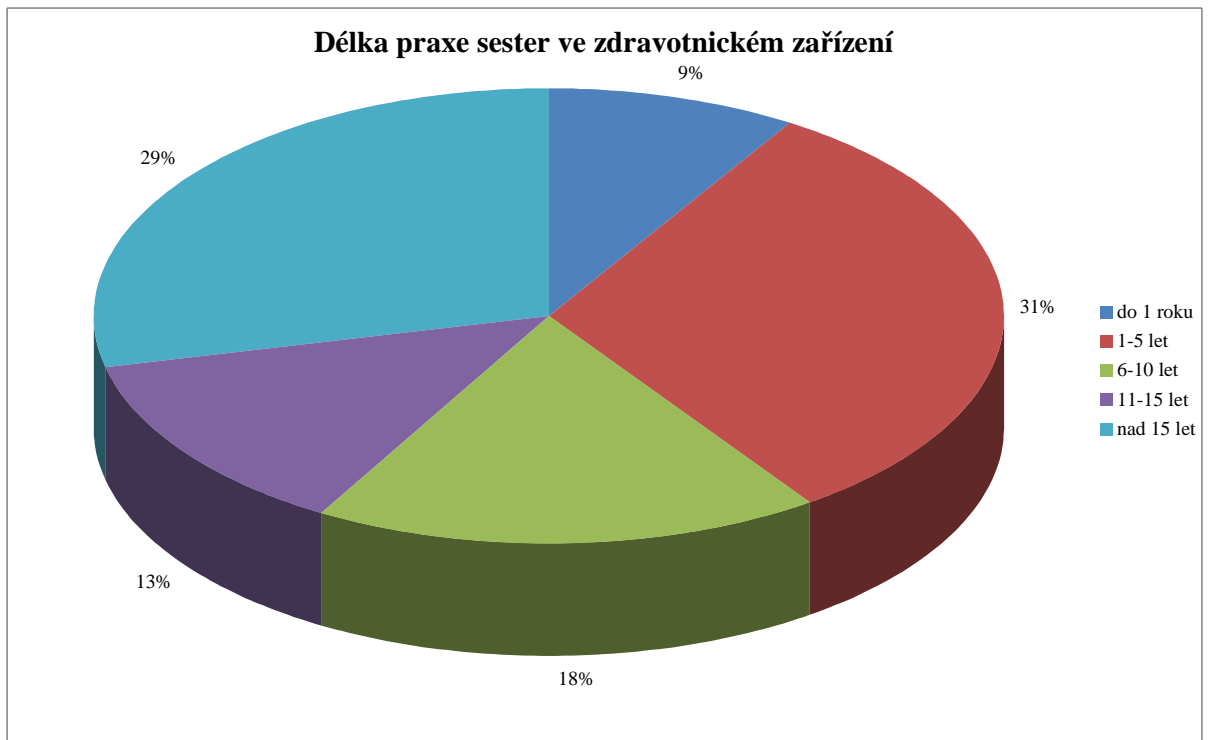
Sester v AP do 30ti let bylo celkem 48 (89%), čili nejvíce z celkového zastoupení. Naopak SŠ/mentorky byly starší věkové kategorie, nejvíce jich bylo v kategorii 31 až 40 let, celkem 29 (43%).

Závěrem lze říci, že průměrný věk SŠ/mentorky je 35 let (nejmladší SŠ/mentorce je 22 let a té nejstarší 56 let).

Průměrný věk sester v AP či do tří let praxe na JIP je 25,5 let (kdy nejmladšími sestrami byly sestry ve věku 20 let a nejstarší v této kategorii byla sestra 39 let).

Společné vyhodnocení otázky číslo 3:

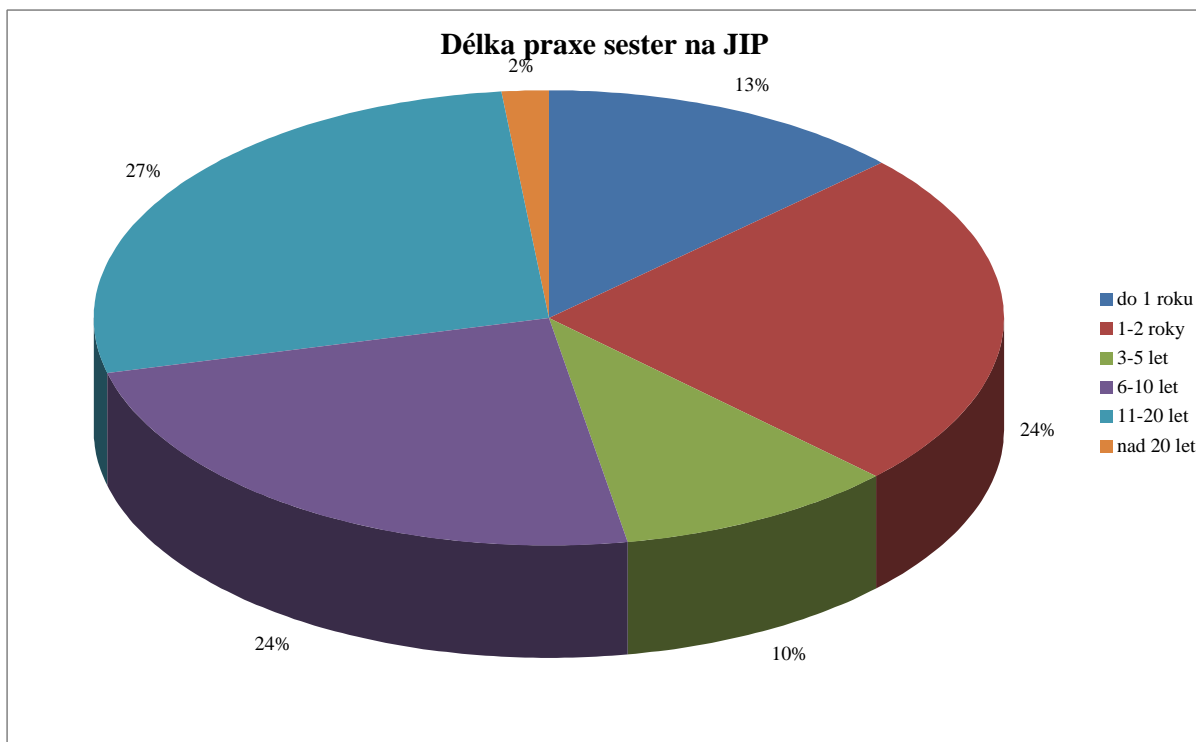
Graf č. 2: Délka praxe sester ve zdravotnickém zařízení



Z grafu č. 2 vyplývá, že největší zastoupení v počtu 38 (31%) tvoří sestry s délkou praxe 1-5 let. 35 (29%) sester uvedlo délku praxe nad 15 let. 22 (18%) sester pracuje ve zdravotnictví 6-10 let. 16 (13%) sester uvedlo 11-15 let a nejméně sester, celkem 11 (9%) s praxí do 1 roku.

Společné vyhodnocení otázky číslo 4:

Graf č. 3: Délka praxe sester na JIP



Graf č. 3 je zaměřen na délku praxe na JIP.

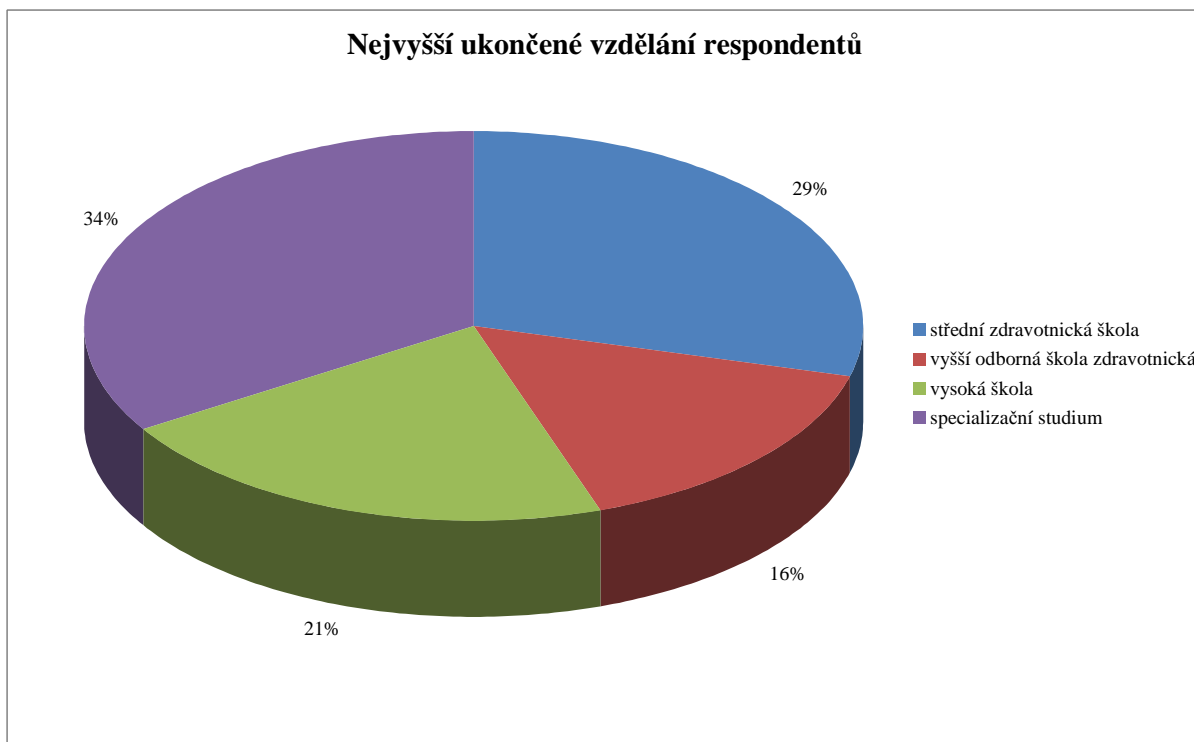
Celkově je nejvíce respondentů s délkou praxe na JIP 11-20 let, 33 (27%) sester. Jen o trochu méně, 30 (24%) sester s délkou praxe 1-2 roky, dále 29 (24%) sester uvedlo délku praxe na JIP v rozmezí 6-10 let. 16 (13%) sester pracuje na JIP méně než 1 rok a pouze 2 sestry (2%), které pracují na JIP více než 20 let.

Celkem 31 (46%) SŠ/mentorek je s praxí na JIP 11-20 let. Tento časový údaj byl tedy u SŠ/mentorek nejpočetnější.

V grafu č. 19 (viz s. 69) lze porovnat, jaký názor mají sestry v AP či do tří let praxe na JIP, na ideální délku praxe na JIP u SŠ/mentorek. Také SŠ/mentorky odpovídaly, s jakou délkou praxe na JIP by dle jejich názoru měla činnost zaškolování SŠ/mentorka vykonávat. To je znázorněné v grafu č. 31 (viz s. 86).

Společné vyhodnocení otázky číslo 5:

Graf č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů



Graf č. 4 znázorňuje, že největší počet sester na JIP má specializační studium, celkem 41 (34%). Středoškolsky vzdělaných sester na JIP pracuje celkem 36 (29%). Sester s vysokou školou je 26 (21%) a vyšší odbornou školu zdravotnickou uvedlo 19 (16%) respondentů.

Ze specializačního studia mělo nejvyšší zastoupení SIP (sestra pro intenzivní péči, dříve ARIP), dále dětská sestra pro intenzivní péči a sestra pro péči v chirurgických oborech. Jedna sestra uvedla svou specializaci zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu.

Nově nastupující sestry či respondenti do tří let praxe na JIP mají nejčastěji středoškolské vzdělání, celkem 24 (44%).

SŠ/mentorky udávali jako svoje nejvyšší ukončené vzdělání specializační, celkem 37 (54%).

Společné vyhodnocení otázky číslo 6:

Tabulka č. 4: Typ zdravotnického zařízení, kde sestry pracují

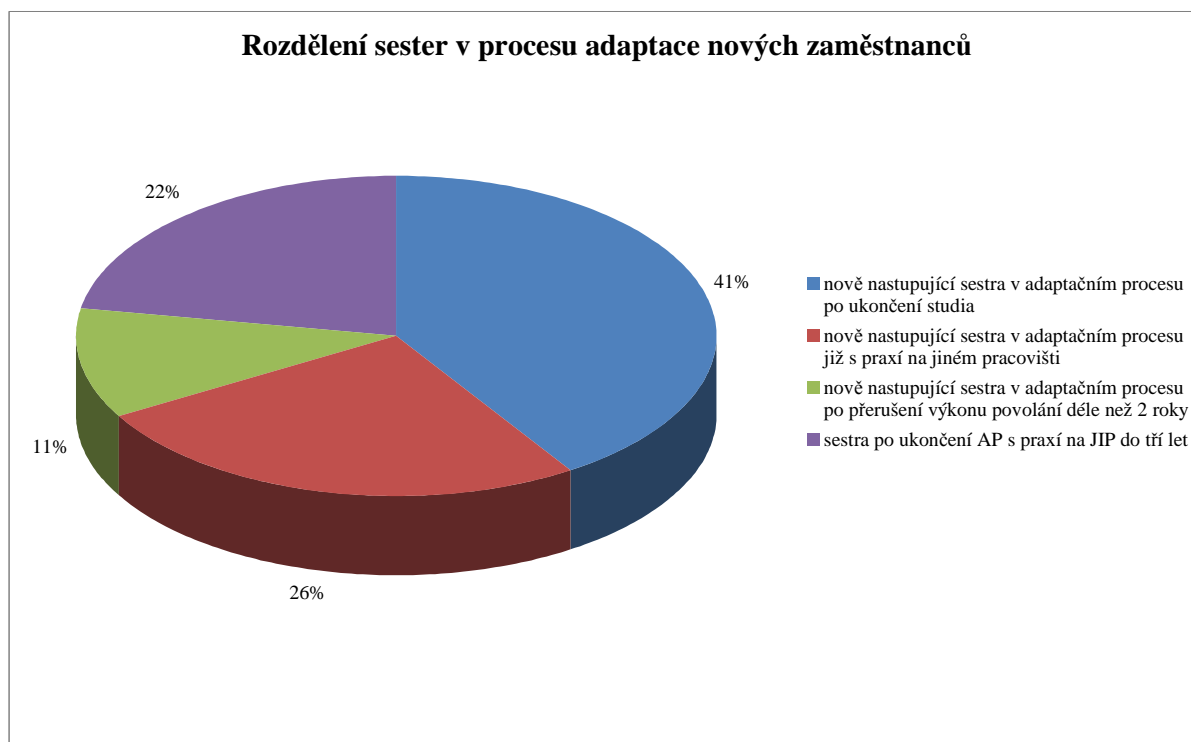
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fakultní nemocnice	67	55%
Krajská nemocnice	29	24%
Městská nemocnice	0	0%
Nestátní zdravotnické zařízení	0	0%
Jiné	26	21%
Celkem	122	100%

Z tabulky č. 4 vyplývá, že nejvíce respondentů, celkem 67 (55%) je z Fakultní nemocnice Hradec Králové. Respondenti z krajské nemocnice jsou zastoupeni v počtu 29 (24%). A poslední vzorek je tvořen respondenty z Nemocnice v Havlíčkově Brodě, p.o., 26 (21%).

2.3.2 Vyhodnocení dotazníků pro sestry v adaptačním procesu či do tří let praxe

Rozdělení sester v procesu adaptace nových zaměstnanců (ot. č. 7)

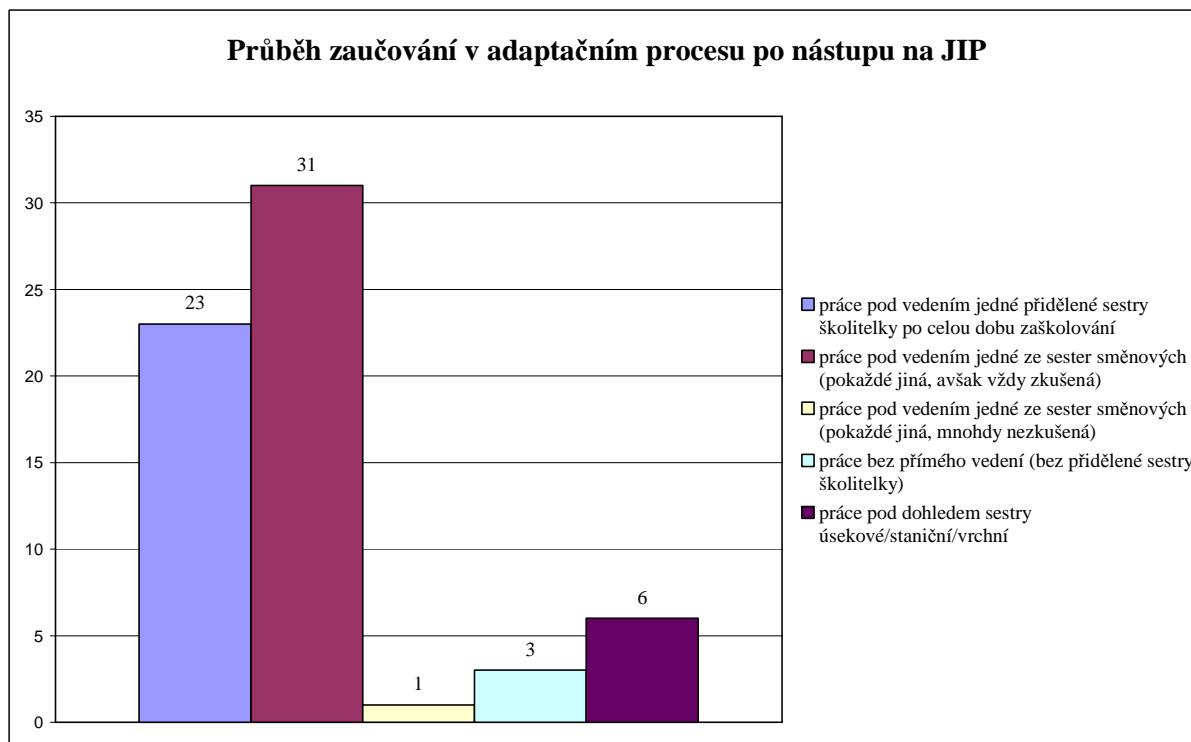
Graf č. 5:



Graf č. 5 znázorňuje, jaké je aktuální rozdělení sester v adaptačním procesu či do tří let praxe. 22 (41%) respondentů jsou nově nastupující sestry v adaptačním procesu po ukončení studia (absolvent/ka). Méně, celkem 14 (26%), je sester nově nastupujících, již s praxí na jiném pracovišti. Celkem 12 (22%) sester označilo, že spadají do kategorie sester s ukončeným AP a s praxí na JIP, která není delší než 3 roky. Nejméně, celkem 6 (11%), je sester nově nastupujících, v adaptačním procesu po přerušení výkonu povolání déle než 2 roky.

Průběh zaučování v adaptačním procesu po nástupu na JIP (ot. č. 8)

Graf č. 6:



U této položky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Graf č. 6 znázorňuje, jak na jednotlivých pracovištích probíhá adaptační proces. Nejčastější odpovědí bylo, že se jedná o zaškolování sestrou směnovou, které se střídaly, avšak vždy se jednalo o sestry zkušené. Tato odpověď byla zastoupena celkem v počtu 31. Druhá odpověď značila práci pod vedením jedné přidělené sestry školitelky/mentorky po celou dobu zaškolování. Tuto odpověď označilo celkem 23 sester.

6 respondentů uvedlo, že jejich zaškolování vedla sestra úseková/staniční/vrchní.

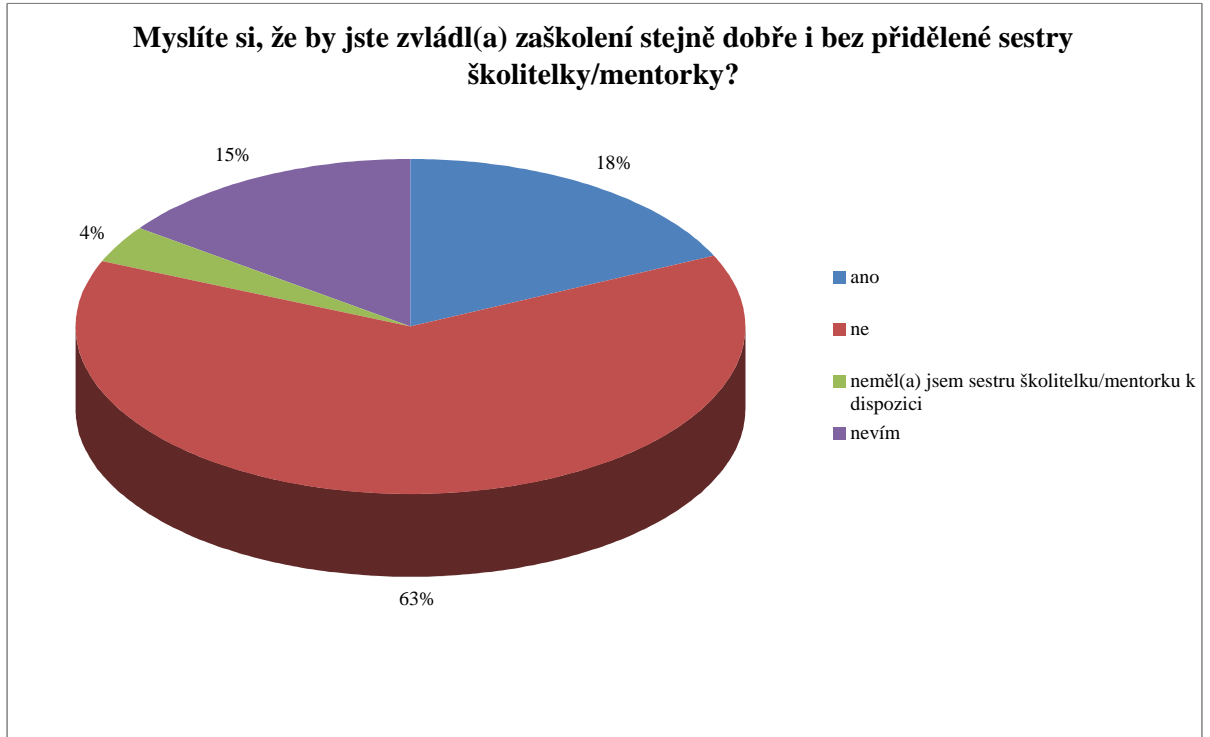
3 sestry neměly sestru školitelku/mentorku k dispozici. Jedna sestra uvedla, že byly zaškolovány sestrou směnovou, pokaždé tedy jinou, mnohdy však nezkušenou.

Tato otázka byla společná i pro SŠ/mentorky. Jejich odpovědi jsou pro porovnání v grafu č. 34 (viz s. 108).

Respondenti nejčastěji odpovídali kombinaci zaškolování sestrou směnovou (pokaždé jiná, vždy zkušená) a také pod dohledem sestry úsekové/staniční/vrchní.

Názor respondentů, zda-li by zvládli zaškolení stejně dobře i bez přidělené sestry školitelky/mentorky (ot. č. 9)

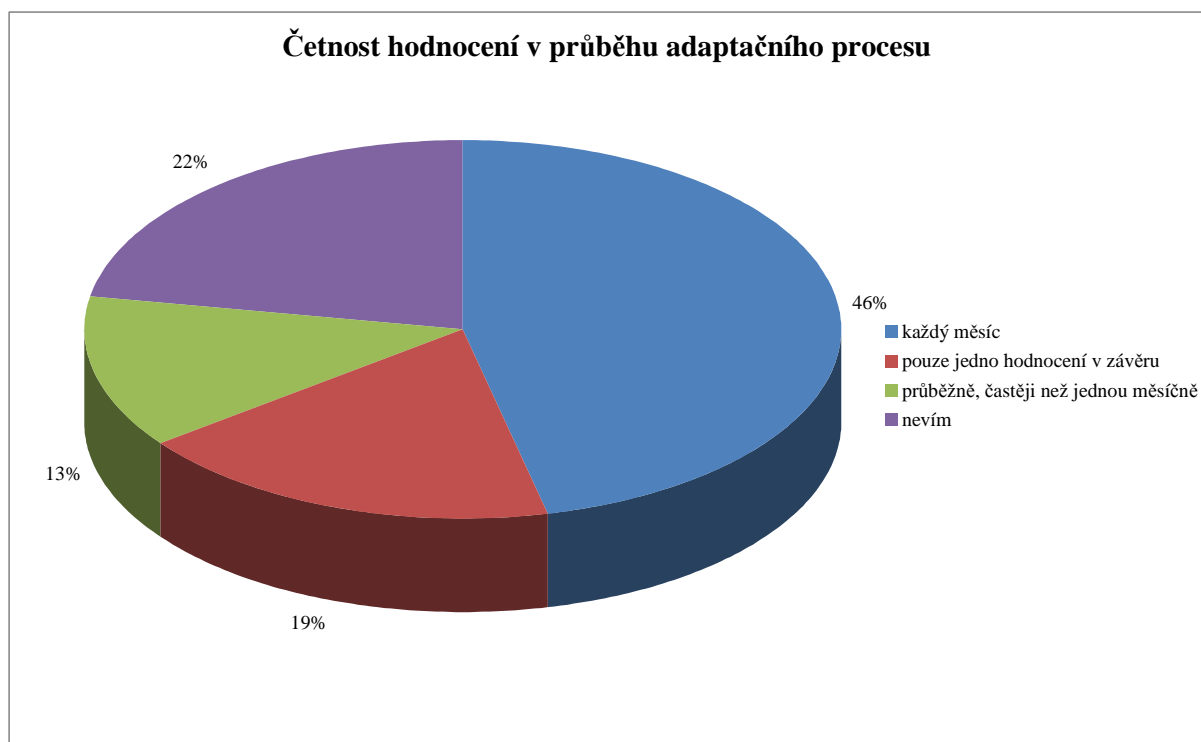
Graf č. 7:



Graf č. 7 odhaluje, zda-li by sestry v AP či do tří let praxe na JIP zvládly proces zaškolení i bez přidělené sestry školitelky/mentorky. 24 (63%) respondentů uvedlo, že nikoliv. Kladnou odpověď označilo 10 (18%) sester. 8 (15%) dotazovaných situaci nedokáže posoudit a 2 (4%) dotazovaných nemělo sestru školitelku/mentorku k dispozici.

Četnost hodnocení v průběhu adaptačního procesu (ot. č. 10)

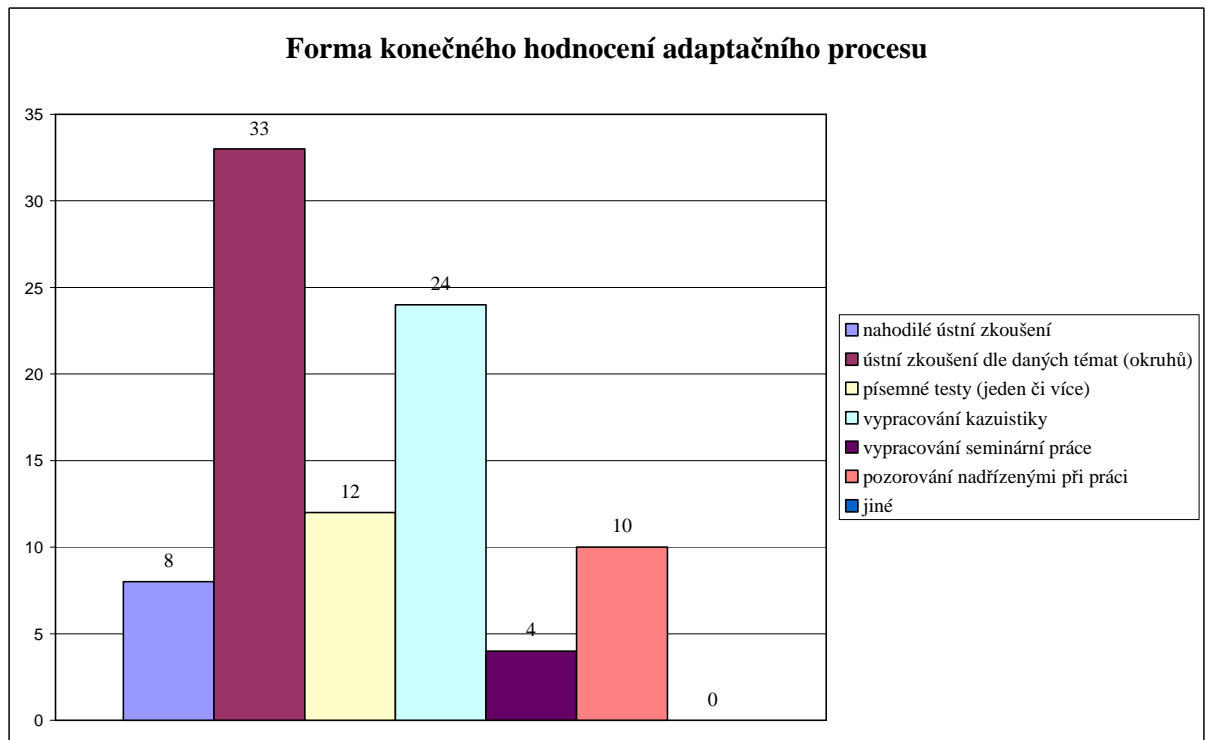
Graf č. 8:



Graf č. 8 znázorňuje, jak často probíhalo během adaptačního procesu na JIP hodnocení. Nejvíce sester, celkem 25 (46%) uvedlo, že každý měsíc. Druhou nejčastější odpovědí byla ta, že neví (nevzpomínají si, nebo jsou čerstvě přijaté na pracoviště a nejsou s průběhem hodnocení AP seznámeny). Tuto odpověď uvedlo 12 (22%) sester. Pouze jedno hodnocení v závěru označilo 10 (19%) sester a 7 (13%) jich uvedlo, že průběžně, častěji než jednou měsíčně.

Forma konečného hodnocení adaptačního procesu (ot. č. 11)

Graf č. 9:

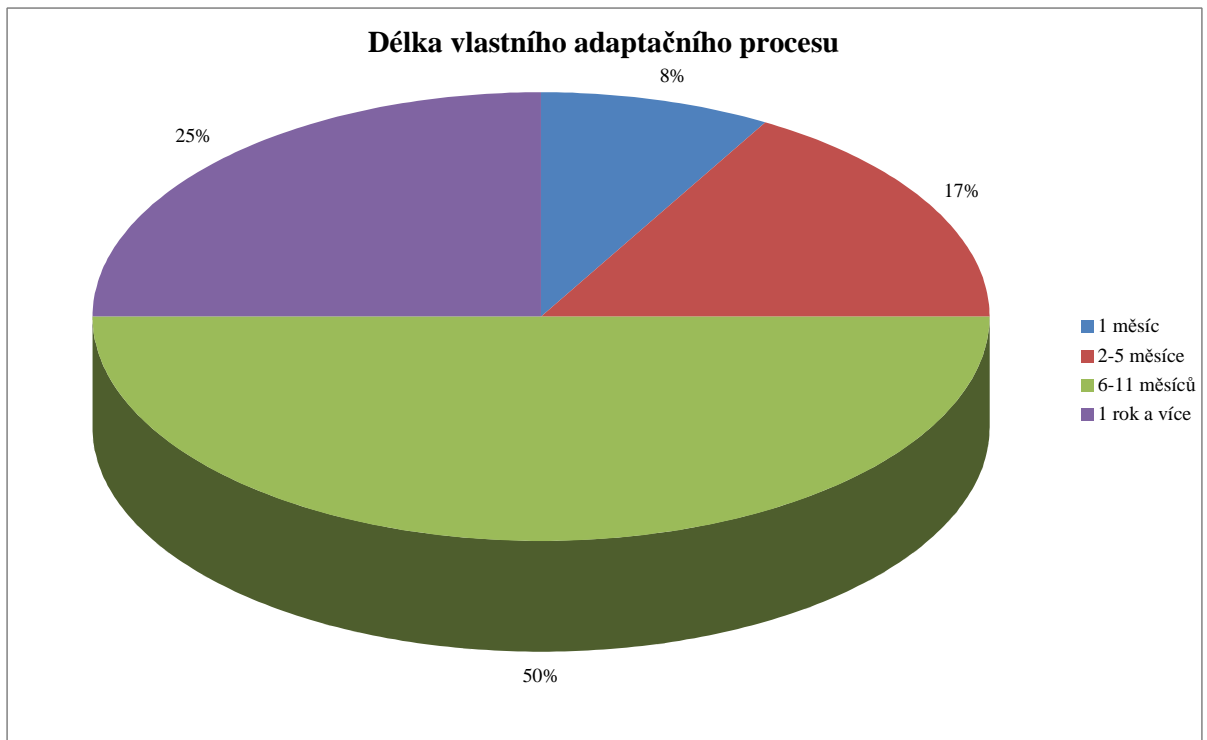


U této položky bylo možno uvést více odpovědí.

Graf č. 9 značí formu, jakou probíhalo či bude probíhat konečné hodnocení AP. Z analýzy dat vyplynulo, že byly sestry nejčastěji zkoušené formou ústní (33), pak vypracováním kazuistiky (24) a dále písemnými testy (12). 8 sester uvedlo, že u nich hodnocení probíhalo formou nahodilého ústního zkoušení a 4 sestry vypracovaly seminární práci. Nejčastěji sestry uváděly konečnou formu hodnocení v kombinaci více metod. Nejčastější kombinací se ukázalo ústní zkoušení dle daných témat (okruhů) a vypracování kazuistiky.

Délka vlastního adaptačního procesu (ot. č. 12)

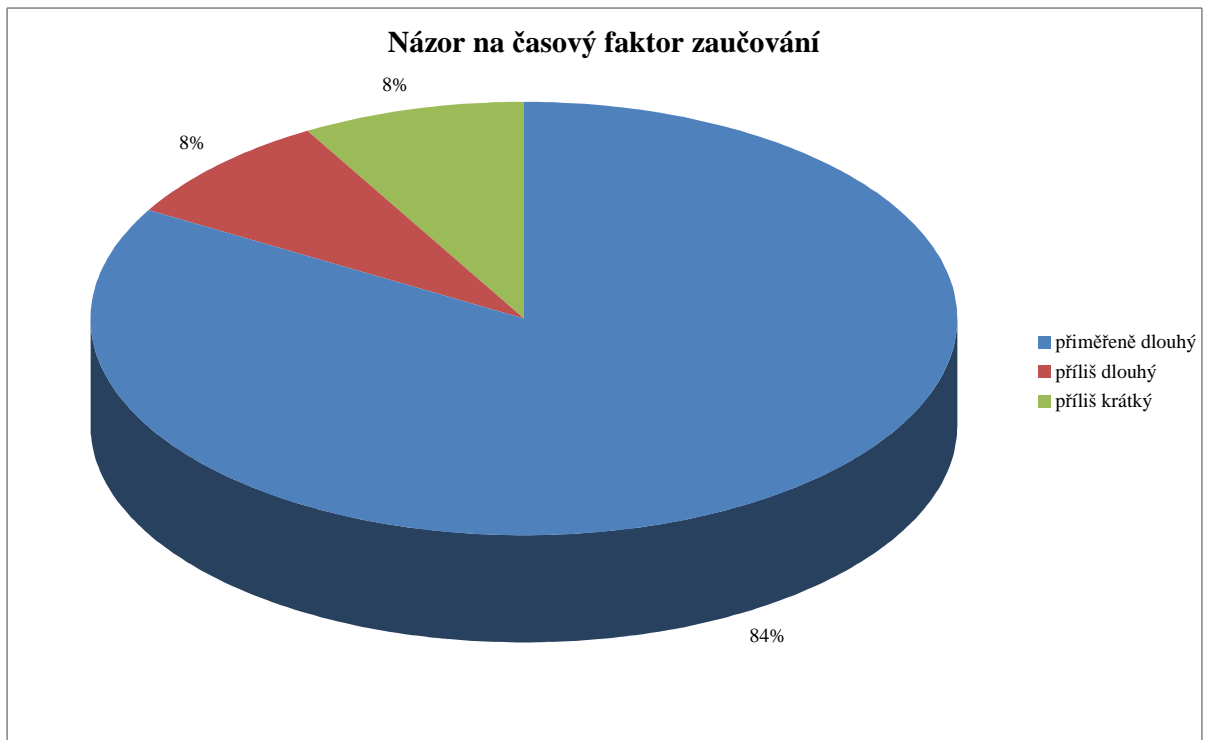
Graf č. 10:



Graf č. 10 značí, jak dlouho u dotazovaných trval vlastní proces zaškolování. Jednalo se o filtrační otázku v dotazníku, čili na tuto položku odpovídaly sestry s ukončeným AP. Celkem 6 (50%) respondentů uvedlo, že u nich AP trval 6 – 11 měsíců. 1 rok a více dělaly AP celkem 3 sestry (25%). 2 (17%) sester uvedlo, že AP trval 2 – 5 měsíců a jen 1 sestra (8%) označila, že její AP trval 1 měsíc.)

Názor na časový faktor zaškolování (ot. č. 13)

Graf č. 11:

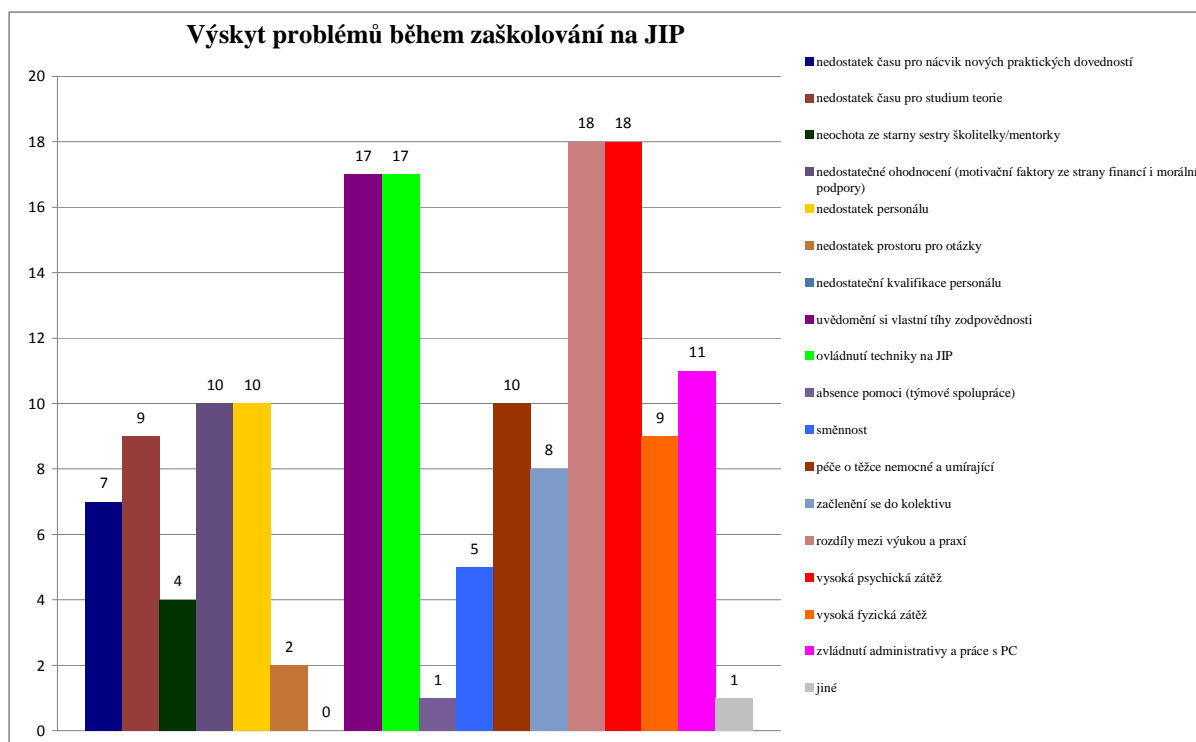


Graf č. 11 označuje subjektivní názor respondentů na délku AP.

Na tuto položku v dotazníku odpovídaly pouze sestry, které mají AP ukončený. Celkem 10 sester (84%) označilo, že jim připadal AP přiměřeně dlouhý. Jedna sestra (8%), které trval AP 14 měsíců uvedla, že jí tento časový interval připadal příliš dlouhý. Jedna sestra (8%) s délkou AP 6 měsíců uvedla, že jí tento interval připadal příliš krátký.

Výskyt problémů během zaškolování na JIP (ot. č. 14)

Graf č. 12:



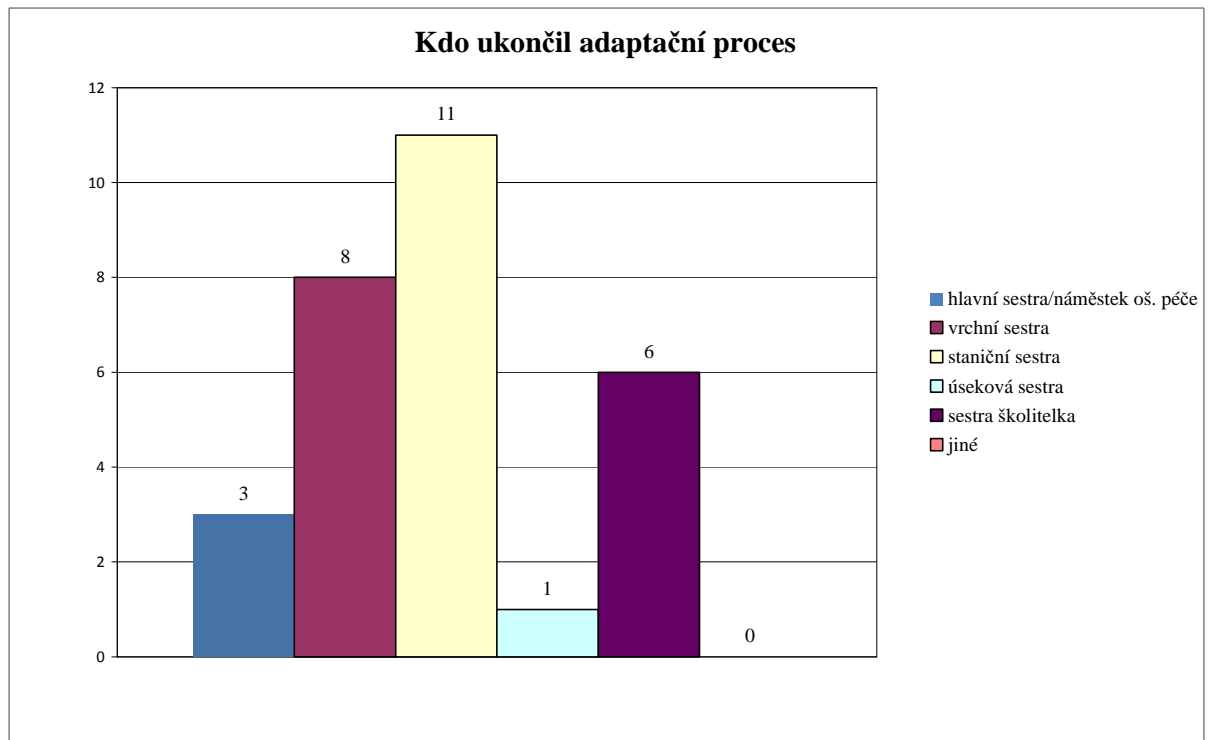
V této položce v dotazníku bylo možné uvést více odpovědí.

Graf č. 12 ukazuje, že mezi nejčastější problémy během zaškolování sestry zařadily vysokou psychickou zátěž, rozdíly mezi výukou a praxí, uvědomění si vlastní tíhy zodpovědnosti a ovládnutí techniky na JIP. V položce jiné uvedla jedna sestra, že během svého zaškolování neměla problémy.

Nejčastěji sestry udávaly kombinaci odpovědí: vysoká psychická a fyzická zátěž a ovládnutí techniky na JIP, dále vysoká psychická zátěž a uvědomění si vlastní tíhy zodpovědnosti. Jako třetí nejčastější kombinace odpovědí byla uvedena rozdíly mezi výukou a praxí, vysoká zátěž psychická i fyzická, péče o těžce nemocné a umírající.

Kým byl AP ukončen (ot. č. 15)

Graf č. 13:

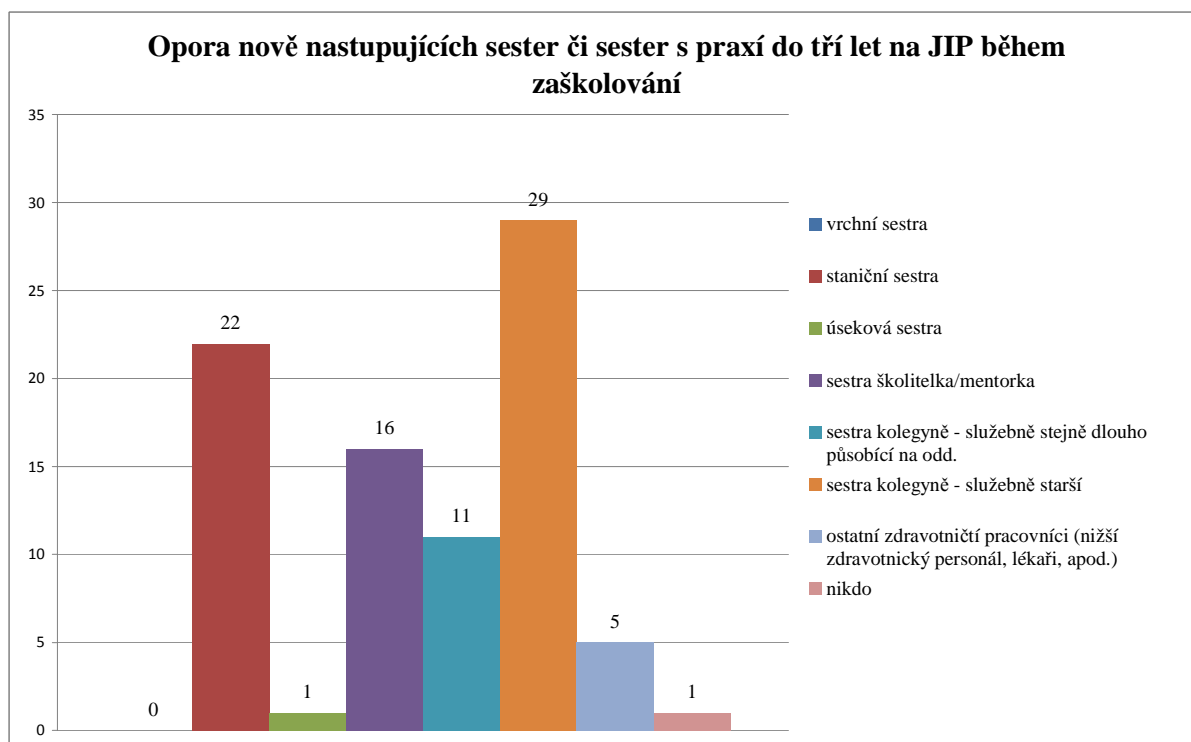


V této položce mohli respondenti dotazníkového šetření uvést i více odpovědí. Na tuto položku v dotazníku odpovídaly sestry s ukončeným AP, jednalo se tedy o filtrační otázku.

Graf č. 13 značí to, kým byl AP ukončen. 8 sester uvedlo vrchní sestrou, 11 sestrou staniční, 6 sestrou školitelkou/mentorkou, 3 sestrou hlavní (náměstkem ošetrovatelské péče) a 1 sestrou úsekovou.

Opora nově nastupujících sester či sester s praxí do tří let na JIP během zaškolování (ot. č. 16)

Graf č. 14:



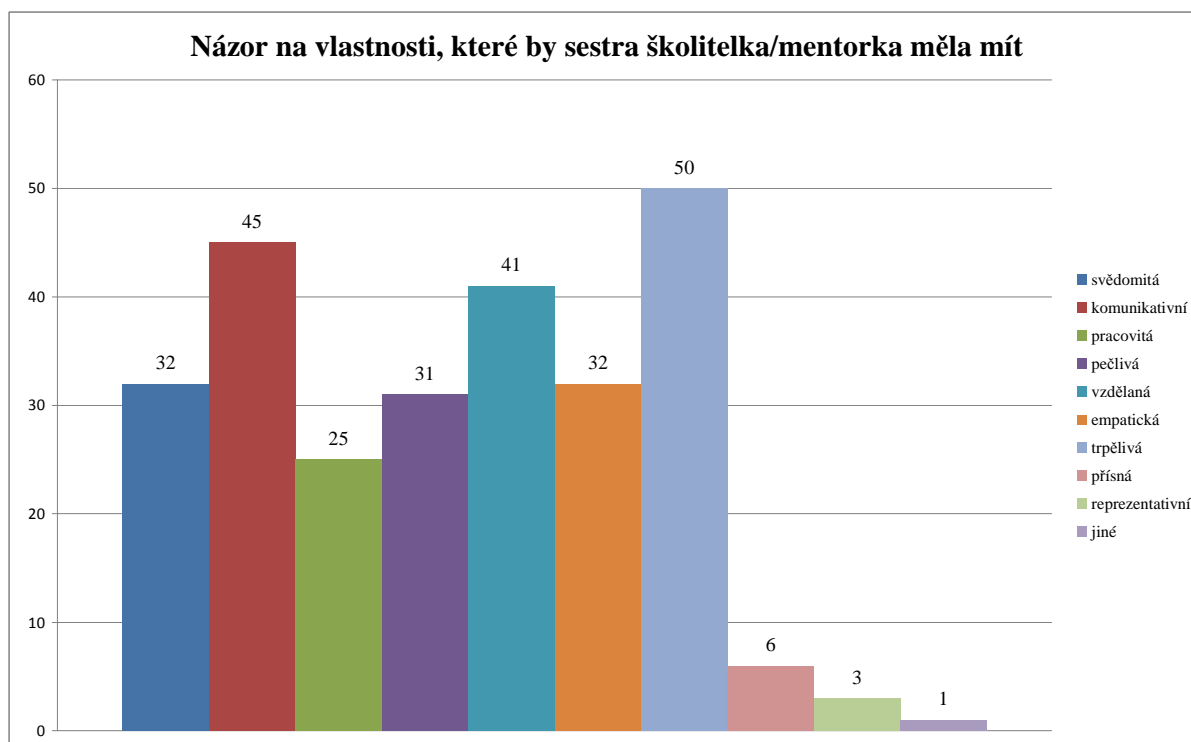
Na tuto položku v dotazníku bylo možné označit více odpovědí.

Graf č. 14 ukazuje, že největší oporou byla sestrám v AP sestra kolegyně – služebně starší. Celkem tuto odpověď uvedlo 29 respondentů. 22 dotazovaných odpovědělo, že to byla staniční sestra, 16 sester sestru školitelku/mentorku a 11 sester uvedlo, že jim byla oporou sestra kolegyně, působící stejně dlouho na JIP.

V menší míře uváděly sestry ostatní zdravotnický personál, celkem 5 sester. Žádný respondent nevedl vrchní sestru. A jeden z dotazovaných uvedl, že neměl oporu žádnou.

Názor na vlastnosti, které by sestra školitelka/mentorka měla mít (ot. č. 17)

Graf č. 15



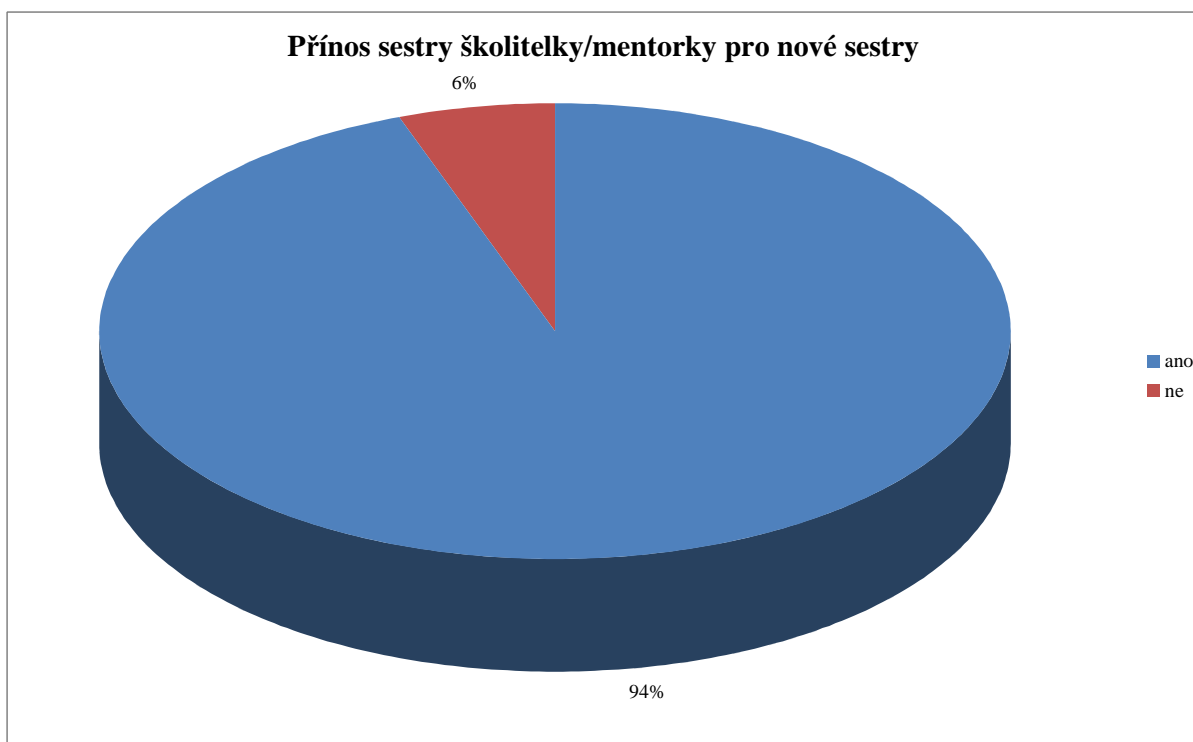
U této položky v dotazníku bylo možné uvést více odpovědí.

Graf č. 15 popisuje subjektivní názor sester v AP či do tří let praxe na JIP na vlastnosti, které by měla sestra školitelka/mentorka mít. 50 respondentů uvedlo, že by měla být zejména trpělivá. 45 označilo, že by měla být komunikativní. 41 sester by kladla důraz na vzdělanost, shodně 32 dotazovaných uvedlo, že by měla být svědomitá a empatická. Také 31 označilo, že by měla být pečlivá. 25 respondentů uvedlo pracovitost, 6 přísnost a 3 dotazovaných se přiklonilo k odpovědi, že by měla být SŠ reprezentativní. Jedna sestra uvedla v položce jiné to, že by měla SŠ/mentorka být především hodná.

Nejčastěji sestry uváděly kombinaci odpovědí svědomitá, komunikativní, pracovitá, pečlivá, vzdělaná, empatická a trpělivá. Tato kombinace se objevila celkově 11krát.

Přínos sestry školitelky/mentorky pro nové sestry (ot. č. 18)

Graf č. 16:



Graf č. 16 poukazuje na subjektivní názor sester v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP, zda-li jim je popř. byla sestra školitelka/mentorka přínosem pro správné zaškolení. Jednalo se o polouzavřenou otázku v dotazníku.

Naprostá většina dotazujících uvedla, že ano. Celkem 51 (94%) sester. Pouze 3 (6%) sester uvedlo, že ne.

Z 51 (94%) respondentů celkem 23 (45%) doplnilo konkrétněji, v čem jim byla SŠ/mentorka přínosem.

„Byla mi velkou oporou a velkým přínosem v nácviu praktických dovedností.“

„Práce SŠ/mentorky musí být vždy přínosná. Já mám výbornou SŠ/mentorku. Ví co dělá a proč. Vzhlížím k ní, je mým vzorem při práci. A tak by to mělo podle mého názoru být.“

„Hlavně vysvětlení práce s PC, personálního obsazení a materiálního řešení. Prakticky mi dokázala poradit, jak si práci zorganizovat a usnadnit.“

„Předávání znalostí.“

„Předávání vlastních zkušeností.“

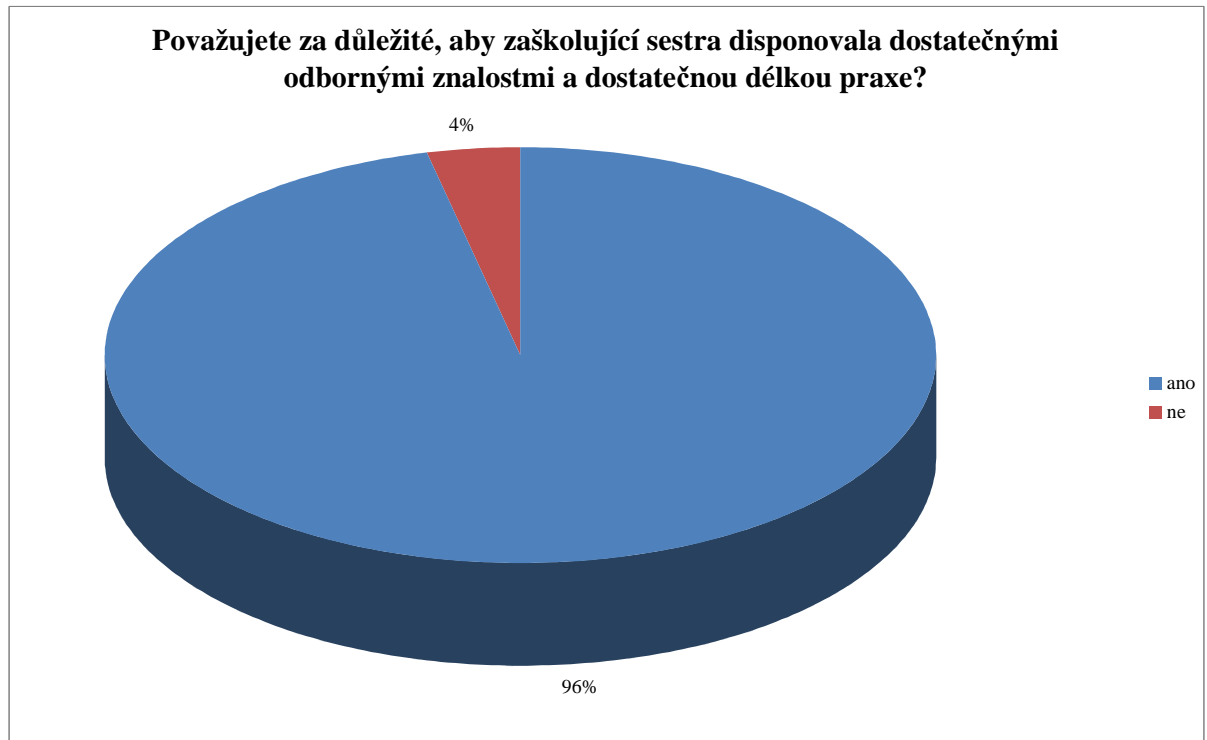
„Pomohla mi se ve všem zorientovat.“
„Měla jsem na koho v případě výskytu problémů obrátit, vždy si na mě čas udělala.“
„Poskytovala mi psychickou podporu.“
„Byla mi přínosem ve všech směrech.“
„Předávala mi cenné rady.“
„Pomáhala mi.“
„Celkově mi pomáhala s komunikací v kolektivu a začleňováním se.“
„Ukázala mi chod oddělení.“
„Dohlížela na mě, měla jsem větší pocit bezpečí.“
„Naučila mě řadu pracovních postupů, jak vše správně provádět a usnadnit si práci, čas a svoje dolní končetiny.“
„Naučila mě řadu praktických dovedností, zvládnutí administrativy a práce na PC.“
„Možnost pomoci a poskytnutí rady.“
„Nové poznatky, které mě ani ve škole nikdo neučil.“
„Odpovídala na mé otázky, povzbuzovala mě v krizových chvílích, kdy jsem chtěla pracovní poměr ukončit.“
„Byla mi přínosem ve všem, co souvisí s poskytováním oš. péče na JIP.“
„Pomohla mi se zařadit do pracovního kolektivu na JIP.“
„Pomáhala mi hlavně zvládnout manipulaci s přístrojovou technikou na JIP.“
„Je pro mě vzorem, vždy si ví rady, jedná s chladnou hlavou ve chvílích, kdy mi je do pláče – nestíhám, nevím si rady.“

Ze tří sester (6%), pouze jedna (33%) specifikovala, v čem jí práce SŠ/mentorky přínosná nebyla.

„SŠ/mentorky se mi nevěnovala, dávala mi najevo svou nadřazenost a že nic nevím a neumím. Často se ptala, co nás ve škole učí a shazovala mě přes spolupracovníky. Pak jsem se jí raději na nic neptala a kontaktu s ní se spíše vyhýbala. Naštěstí jsem se pak celkem rychle zaučila a oporu jsem měla ve staniční sestře. Vydržela jsem a tato sestra pak odešla na jiné pracoviště. Pravděpodobně byla profesně vyhořelá.“

Názor respondentů (nových sester či s praxí do tří let na JIP) na odborné znalosti a dostatečnou délku praxe u sester školitelek/mentorek (ot. č. 19)

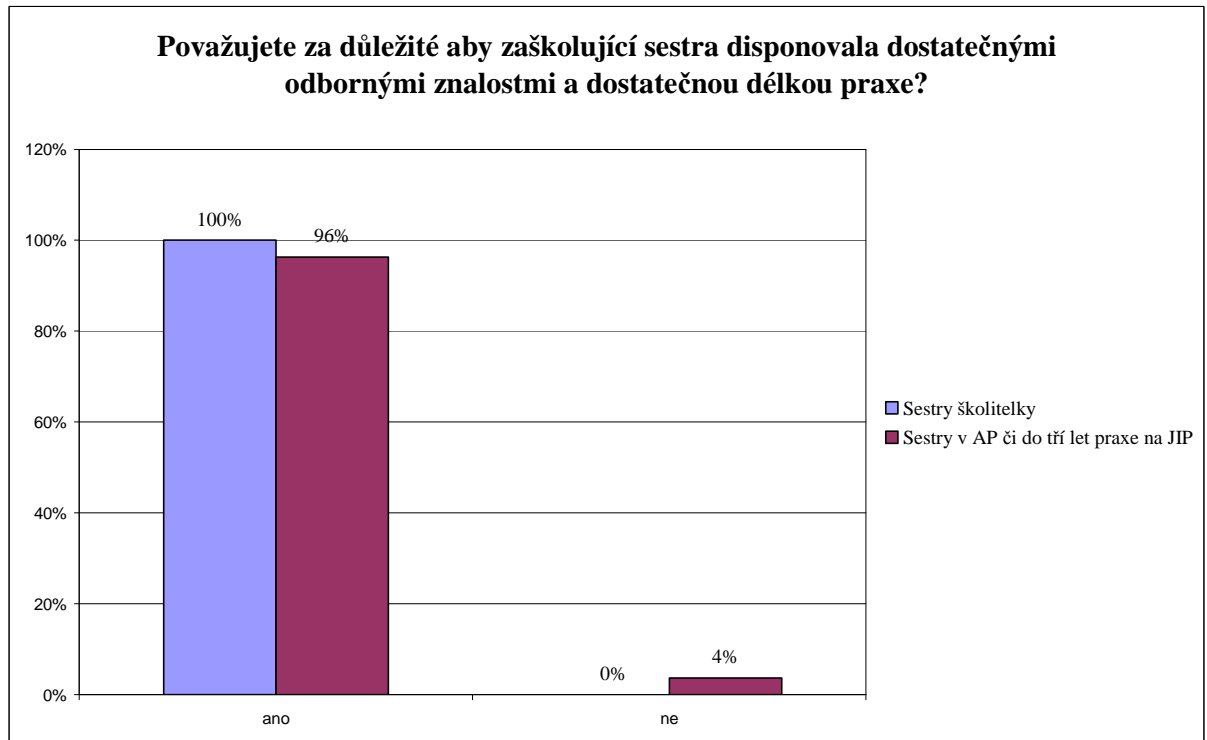
Graf č. 17:



Graf č. 17 značí subjektivní názor respondentů, zda-li považují za důležité, aby sestry školitelka/mentorka měla dostatek odborných znalostí a dostatečnou délku praxe. Naprostá většina dotazujících, celkem 52 (96%), uvedla kladnou odpověď.

Jen 2 (4%) sester tyto aspekty nepovažuje za důležité.

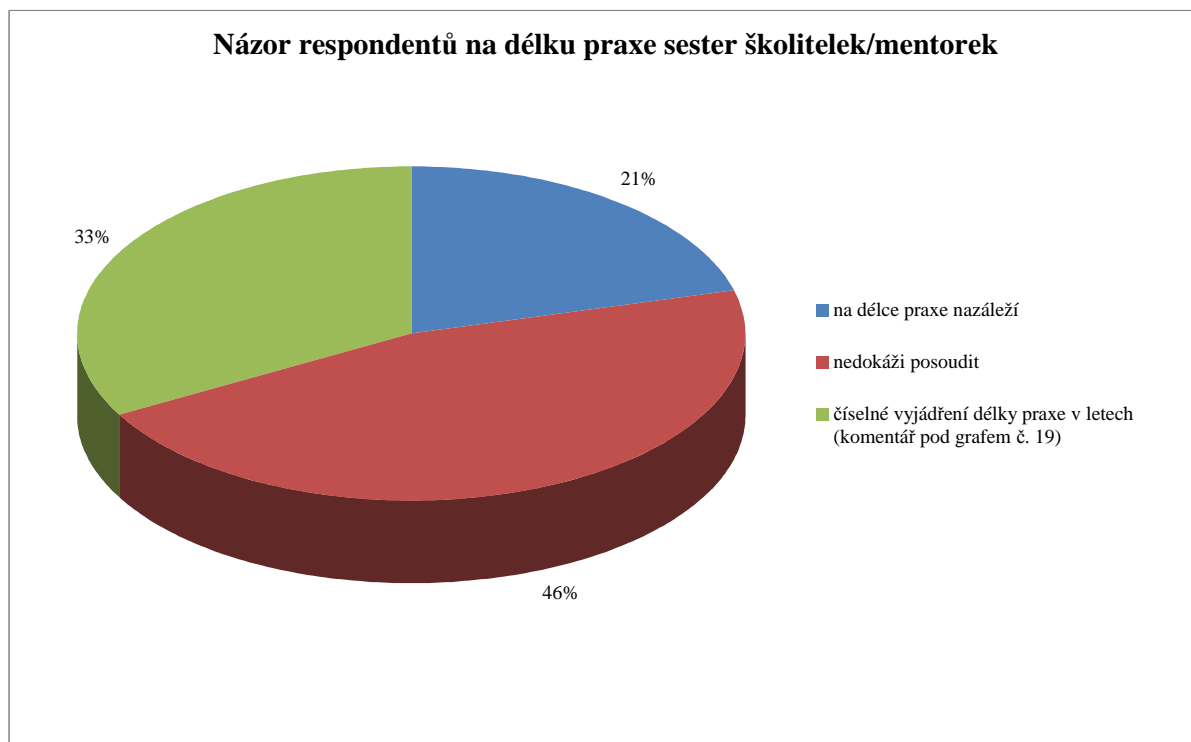
Graf č. 18: Porovnání odpovědí sester v AP či do tří let praxe na JIP a SŠ/mentorek, zda-li považují za důležité, aby SŠ/mentorka disponovala dostatečnými odbornými znalostmi a dostatečnou délkou praxe



Graf č. 18 ukazuje, že v naprosté většině jednak SŠ/mentorky a jednak sestry v AP či do tří let praxe na JIP, považují za důležité, aby školitelky/mentorky měly dostatečné odborné znalosti a také dostatečnou délku praxe.

Názor respondentů (nových sester či s praxí do tří let na JIP) na ideální délku praxe na JIP sester školitelek/mentorek (ot. č. 20)

Graf č. 19:



Graf č. 19 označuje subjektivní názor sester v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP na délku praxe, jakou by měla sestra školitelka/mentorka mít, aby se jí mohla stát.

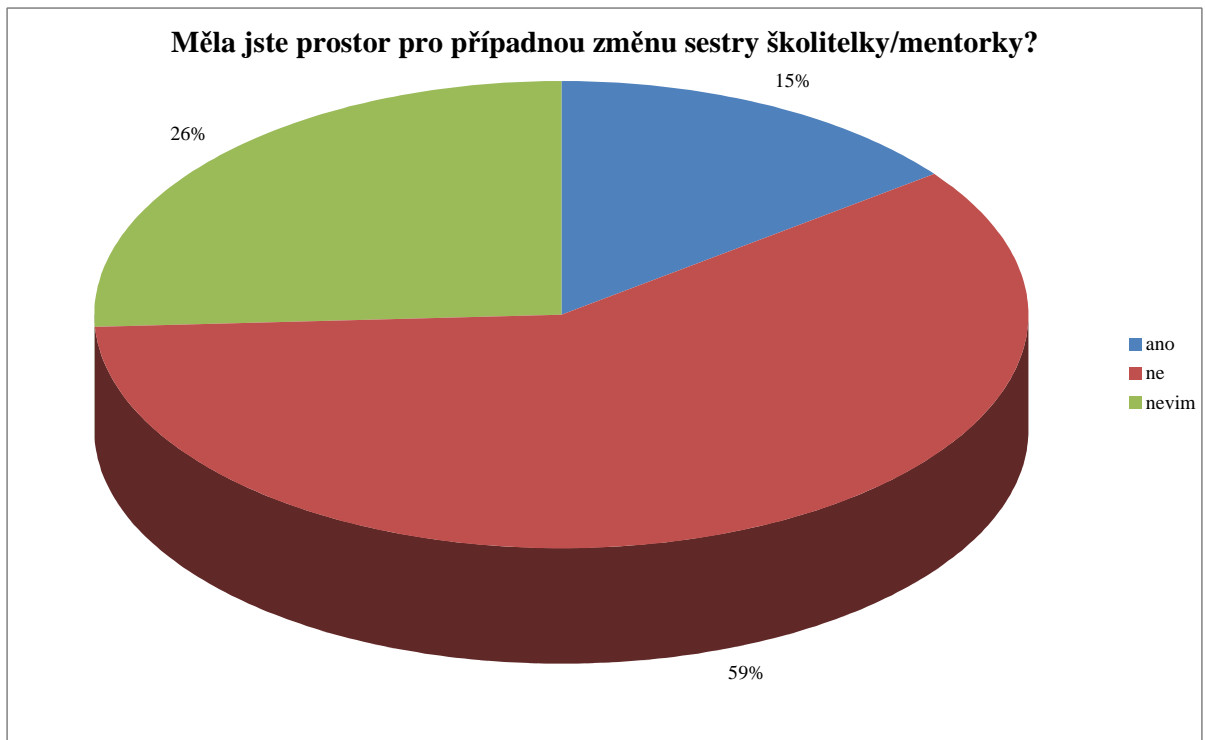
Překvapivě 25 (46%) sester uvedlo, že to nedokáže posoudit. 11 (21%) respondentů uvedlo, že na délce praxe sester, které zaškolují, nezáleží. Velká skupina sester, celkem 18 (33%), napsala délku praxe konkrétně. Nejvíce sestry navrhovaly délku praxe 3 roky (8 sester), 5 let (5 sester), 2 roky (2 sestry), 1 rok (1 sestra), 4 roky (1 sestra) a 10 let (1 sestra).

Tato otázka byla následně pokládána i SŠ/mentorkám. Pro porovnání odpovědí odkazují na graf č. 31 (viz s. 86).

Skutečná délka praxe SŠ/mentorek je popsána v komentáři pod grafem č. 3 (viz s. 51), z něhož je patrné, že nejpočetnější skupinou jsou SŠ/mentorky s praxí na JIP 11 až 20 let.

Prostor pro případnou změnu sestry školitelky/mentorky (ot. č. 21)

Graf č. 20:

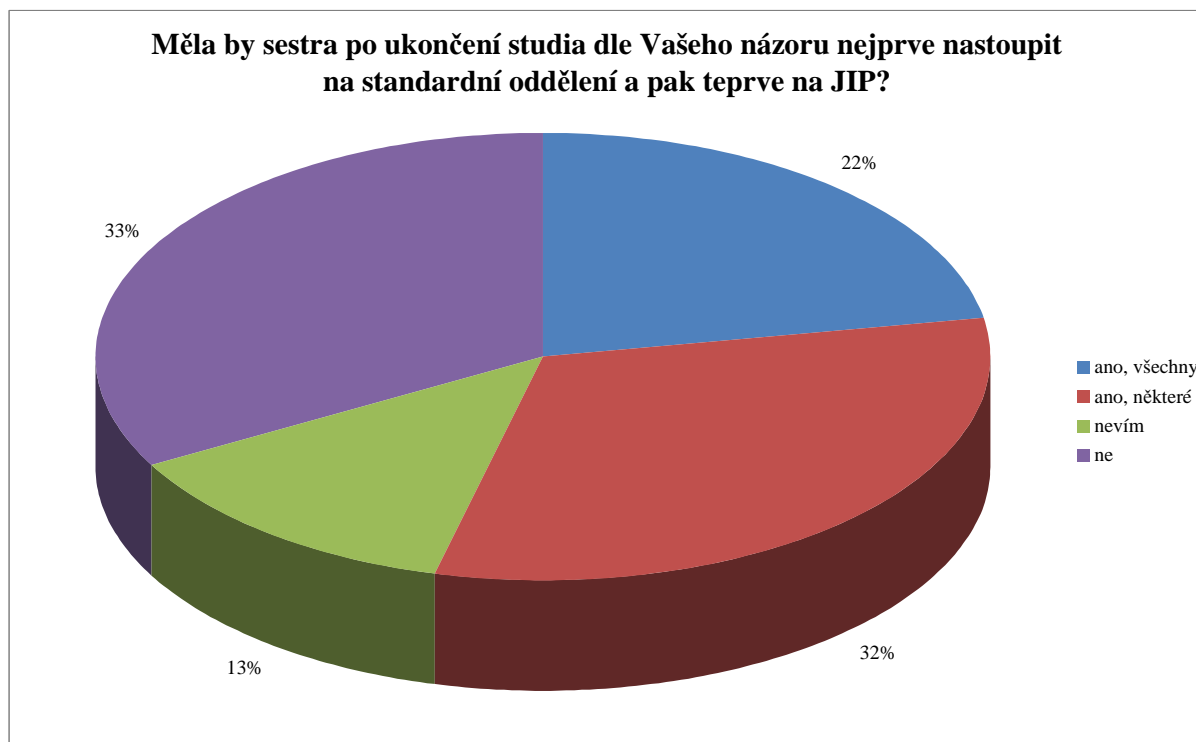


Graf č. 20 značí, zda-li byl sestrám v AP či do tří let praxe na JIP dán během zaučování prostor pro změnu sestry školitelky/mentorky v případě, že by si tzv. „nesedly“.

32 (59%) sester uvedlo, že jim tento prostor dán nebyl. 14 (26%) sester přiznalo, že neví (nevzpomíná si) a jen 8 (15%) dotazovaných označilo kladnou odpověď.

Názor respondentů (nových sester či s praxí do tří let na JIP), zda-li by měly sestry po ukončení studia nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP (ot. č. 22)

Graf č. 21:

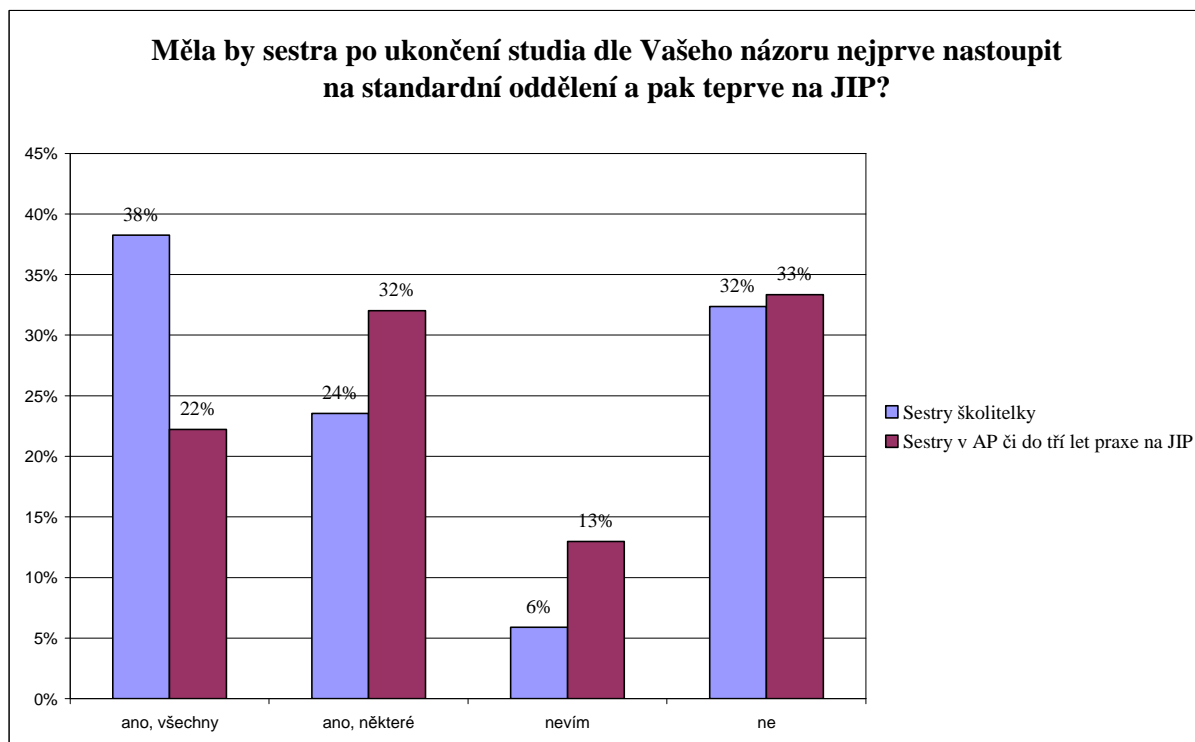


Graf č. 21 znázorňuje subjektivní názor samotných sester v AP či do tří let praxe na JIP, zda-li by měla sestra absolventka nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP.

Z výsledků nejsou názory jednoznačné. 18 (33%) sester se domnívá, že ne. V opozici je 17 (32%) odpovědí, které tuto variantu vnímají kladně, avšak jen pro některé absolventky. Jednoznačnou kladnou odpověď, že všechny sestry po ukončení studia by měly nastoupit nejprve na nějaký čas na zapracování na standardní oddělení, uvedlo 12 (22%) sester. Odpověď nevím označilo 7 (13%) dotazovaných.

Tato otázka byla pokládána i SŠ/mentorkám, pro porovnání odpovědí odkazují na graf č. 32 (viz s. 87).

Graf č. 22: Porovnání odpovědí sester v AP či do tří let praxe na JIP a SŠ/mentorek na začátek zaškolování nově nastupujících sester nejprve na standardním oddělení před nástupem na JIP



Graf č. 22 ukazuje, jak nahlíží SŠ/mentorky a sestry v AP či do tří let praxe na JIP na postup, kdy se nově příchozí sestry absolventky nejprve zapracovávají na standardním oddělení a pak teprve přecházejí na JIP. SŠ/mentorky jsou převážně názoru (38%), že by měly všechny absolventky takto kariéru na JIP nastartovat. Většina sester (33%) v AP či do tří let praxe jsou opačného názoru.

Názory a připomínky nově nastupujících sester či sester s praxí do tří let na JIP k tomuto tématu (ot. č. 23)

V poslední položce dotazníků mohli respondenti vyjádřit své názory a připomínky k celé problematice.

Celkem 12 (100%) respondentů využilo tento prostor v závěru dotazníku a okomentovali danou problematiku následovně (uvádím citace):

„Přála bych si většinu směn se svou sestrou školitelkou.“

„Hodně mi pomáhali a podporovali mě i lékaři.“

„Po celou dobu AP by měla sestřička mít jednu/svoji SŠ/mentorku. Je to lepší i z hlediska hodnocení její práce – co již nová sestra zná, umí, k čemu se ještě nedostala, co by bylo potřeba dopilovat, apod..“

„SŠ/mentorky by neměly zapomínat, že taky byly mladé a nezkušené.“

„Problém vidím v nedostatečném ocenění práce SŠ/mentorek. Já byla se svou SŠ/mentorkou moc spokojená, z mé strany se poděkování a vzpomínkového dárečku dočkala, ale jinak co vím, ze strany zaměstnavatele bohužel ani jedné z variant odměny.“

„Ve svém předchozím zaměstnání jsem se setkala s velmi dobrým přístupem. Byla mi přidělena SŠ/mentorka, velmi zkušená. Bylo mi i nabídnuto, že kdyby byl problém a nevyhovovala mi, něco by staniční sestra vymyslela a event. mi přidělila SŠ/mentorku jinou. Jeden měsíc jsem měla služby jako ona a prakticky se s prací na JIP seznamovala. SŠ/mentorka mi ukazovala prostředí, vysvětlovala co musím znát, zapůjčila mi studijní materiál, maximálně se mi věnovala. Druhý měsíc jsem již pracovala já a ona dohlížela a dolad'ovaly jsme společně nedostatky. Po domluvě mi dala jednoho pacienta a u něj jsem si vše musela hlídat. Třetí měsíc jsem měla na starosti plnohodnotně 2 až 3 pacienty dle stavu na JIP a starala se sama, ale stále jsem měla služby se SŠ/mentorkou a byla mi oporou. Čas na zaučování jsme konzultovali spolu a se staniční sestrou. Byla jsem hodnocena hlavně mentorkou, která mě znala a viděla, jak pracuji. Žádné závěrečné zkoušení neprobíhalo, vše průběžně, za provozu. Zpětně jsem dostala informaci, že SŠ/mentorka za mé zaučení (bez ohledu, zda-li zůstanu či ne) byla odměněna 5000 Kč, zcela zaslouženě.“

„Myslím si, že SŠ/mentorku nemůže dělat každá sestra. Je to náročné. Jednou nohou je v kriminále a druhou na psychiatrii.“

„Nejlepší je mít společně pacienty se SŠ/mentorkou, zejména zpočátku. Jde také o pacienty/klienty – nepůsobí dobře, když o ně pečuje mladá bezradná sestra. Aby nedošlo k poškození pacienta, je lepší dohled do doby, než se bude sama nová sestra cítit jistěji.“

„Neměla jsem štěstí na SŠ/mentorku. Dávala mi dost najevo, že jsem jí na obtíž. Bála jsem se na cokoliv zeptat a důležité informace jsem sháněla od jiných sester.“

„Důležité je na sobě pracovat, tato práce se dělat musí. Usnadnit? To nejde pokud se naše práce má dělat pořádně.“

„Během zaškolovacího procesu nebo těsně po něm je sestra často přestěhována na jiné oddělení, tzv. toulky po klinice. Sice to je přínosné, v tom, že sestra ví co a kde se děje, jakou péči tam pacienti mají, ale pro naučení JIP práce je to nevhodné. Na JIP musí být člověk delší dobu, aby se vžil do zodpovědnosti a i komplikace uměl řešit okamžitě.“

„Myslím si, že nová sestra by měla chodit alespoň 14 dní pouze na denní, 8 hodinové služby. Hned na začátku nastoupit na JIP, ne na standard. Někdy z důvodů personálních nás chtějí přeřadit. Po ukončení AP přidělit osobní ohodnocení. Můj AP byl velmi rychlý, hned jsem nastoupila do služeb (směn). Bylo mi řečeno, že jsem registrovaná, tedy za sebe zodpovědná sama a když si nebudu vědět rady, ať se ptám. SŠ/mentorka nikdy nestála během výkonu za mnou, nekontrovala mě. Když jsem si nevěděla rady, ochotně poradila. Žádné téma k vypracování mi nebylo zadáno. Metodický pokyn MZČR o AP nelékařů dodržen nebyl. Upřímně si myslím, že naše neakreditované ZZ a jeho vedení ani neví, že toto doporučení existuje. Pořád se tomu říká tzv. nástupka a tu dělají ty kolegyně, které nejsou registrované. Obnáší to pak písemné zpracování tématu – seminární práce rozsahu max. 2 strany A4.“

Spousta sester mi mimo jiné děkovala za zajímavé a přínosné téma, kterým se zabývám a přála hodně sil a úspěchů při studiu. Sestry se také vyjadřovaly k samotnému dotazníku, kdy jej hodnotily kladně ve smyslu náročnosti na čas.

2.3.3 Vyhodnocení dotazníku pro sestry školitelky/mentorky

Pracovní pozice sester školitelek/mentorek (ot. č. 7)

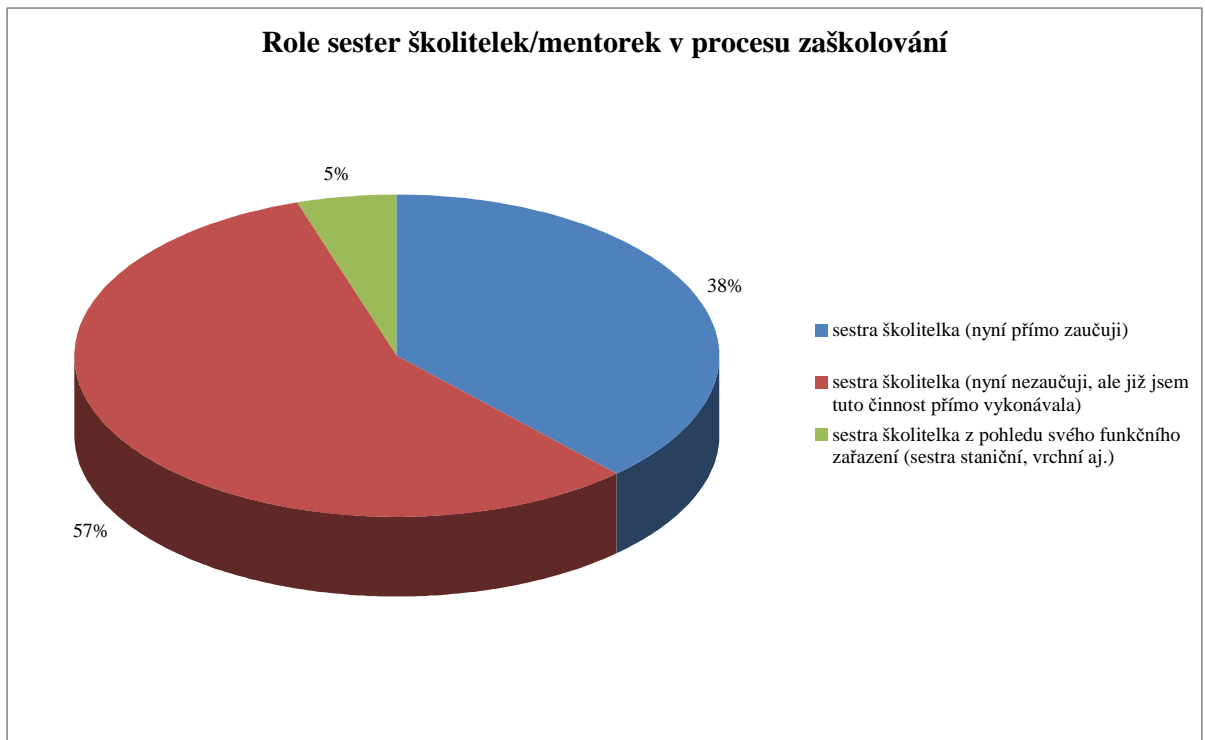
Tabulka č. 5:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Směnová sestra	58	85%
Úseková sestra	4	6%
Staniční sestra	5	7%
Vrchní sestra	0	0%
Jiné	1	2%
Celkem	68	100%

Z tabulky č. 5 je jasné, jakou pozici sestry školitelky/mentorky zaujímají. Největší část tvoří sestry směnové, celkem 58 (85%). Mezi respondenty se také uplatnily sestry úsekové a to v počtu 4 (6%). Staniční sestrou je 5 (7%) dotazovaných a jedna sestra (2%) uvedla, že je vedoucí sestrou směny.

Role sester školitelek/mentorek v procesu zaškolování (ot. č. 8)

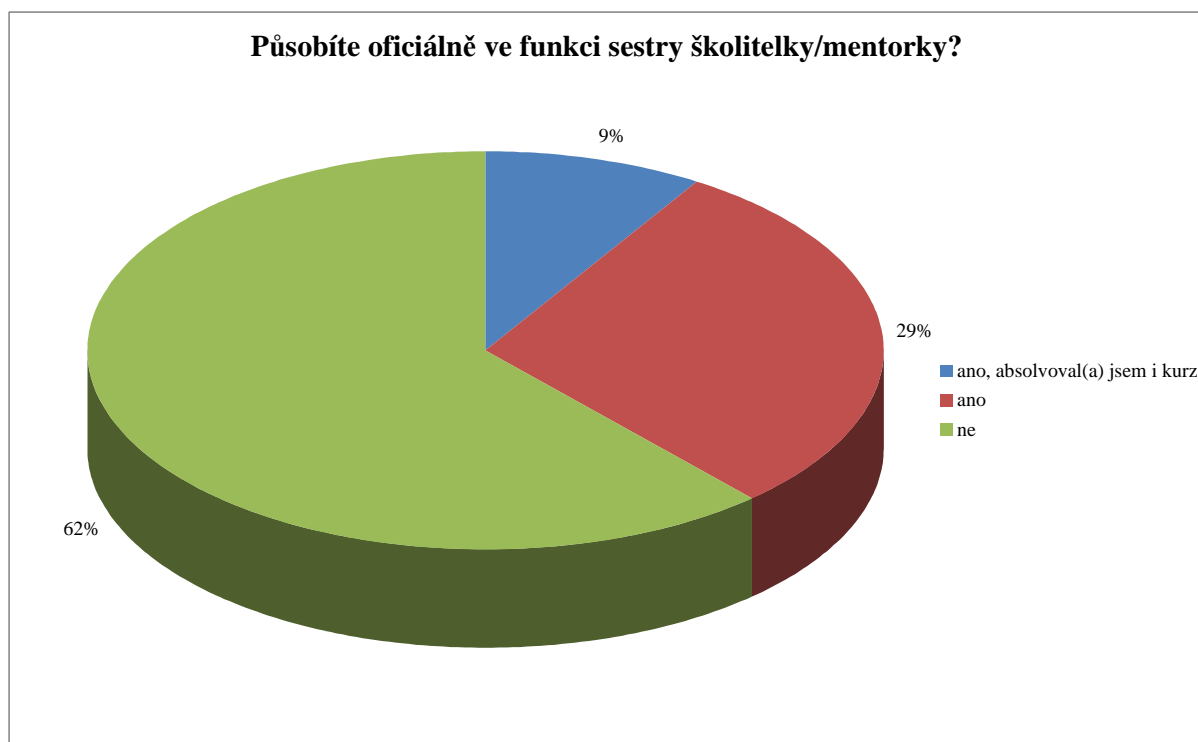
Graf č. 23:



Graf č. 23 udává, jakou roli sestry školitelky/mentorky v procesu adaptace nových zaměstnanců zaujímají. Největší podíl tvoří sestry školitelky/mentorky, které v době šetření nezaučovaly, ale tuto činnost již vykonávaly. Celkem tuto skutečnost uvedlo 39 (57%) sester. Sestry, které přímo zaučují je 26 (38%). Celkem 3 (5%) respondentů vykonává funkci sestry školitelky/mentorky z pozice funkčního zařazení (sestra vrchní, staniční, aj.).

Oficiální působnost ve funkci sestry školitelky/mentorky (ot. č. 9)

Graf č. 24:

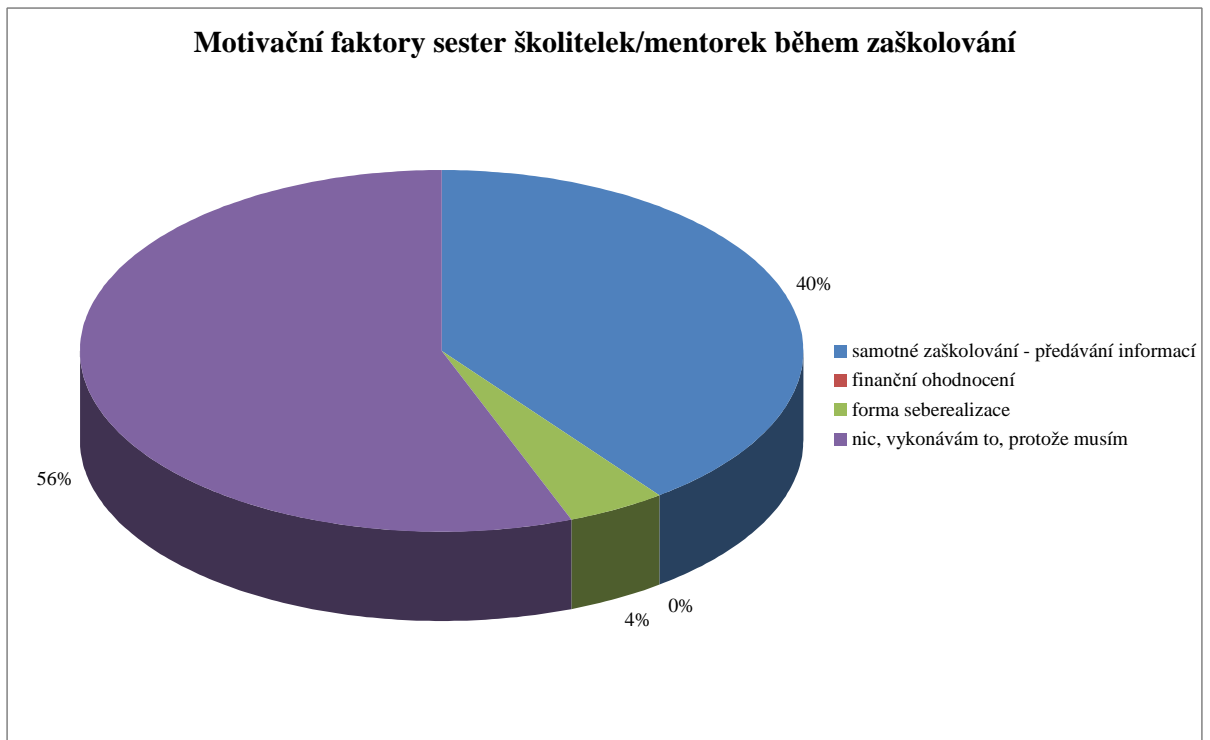


Z grafu č. 24 vyplývá, zda-li jsou sestry, které zaškolují nové zaměstnance v této funkci oficiálně. 42 (62%) sester označilo zápornou odpověď. Kladně se k této otázce vyjádřilo 20 (29%) dotazovaných. Celkem 6 (9%) respondentů absolvovali kurz pro mentorky.

Zde jsem se zaměřila na respondenty, kteří uvedli, že absolvovali kurz pro mentory. Tyto sestry byly zastoupeny ve všech třech ZZ. 3 sestry z Krajské nemocnice Pardubice, 2 sestry z nemocnice v Havlíčkově Brodě a 1 sestra z FNHK. Tyto sestry jsou spíše starší věkové kategorie. 2krát 27 let, dále 36 let, 38 let, 50 let a 52 let. Jedna z nich má praxi na JIP pouze 1 rok. Dále jsou s praxí na JIP 5 let, 2krát 15 let, 17 let a 20 let. Jejich nejvyšší ukončené vzdělání bylo ve čtyřech případech vysokoškolské a 2krát specializace SIP.

Motivační faktory sester školitelek/mentorek během zaškolování (ot. č. 10)

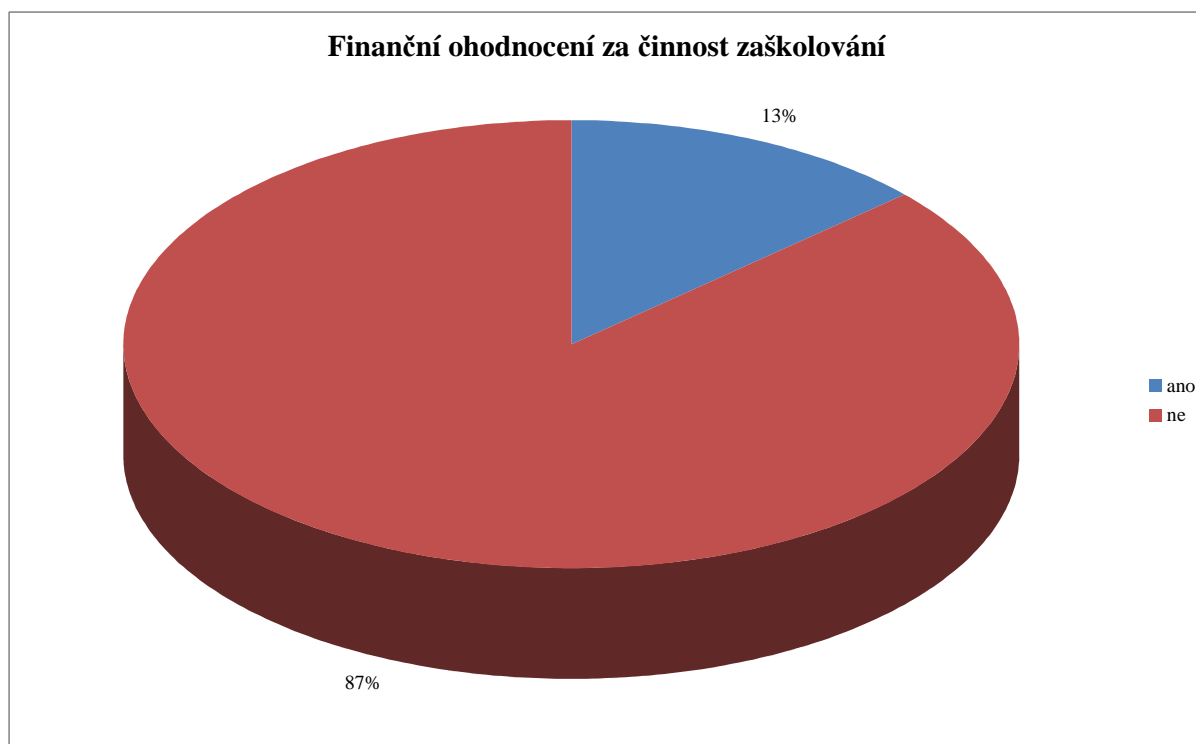
Graf č. 25:



Graf č. 25 znázorňuje, jaké jsou motivační faktory sester školitelek/mentorek v procesu zaškolování svých kolegyň/kolegů. Výzkumem bylo zjištěno, že 38 (56%) sester tuto činnost vykonává, protože musí a motivace tedy není žádná. 27 (40%) sester uvedlo, že je pro ně motivující samotné zaškolování, předávání informací. 3 (4%) respondentů jako motivační faktor uvedlo jistou formu seberealizace pro ně samotné a z výzkumného vzorku nebyla žádná sestry školitelka/mentorka, která by označila finanční motiv.

Finanční ohodnocení SŠ/mentorek za činnost zaškolování (ot. č. 11)

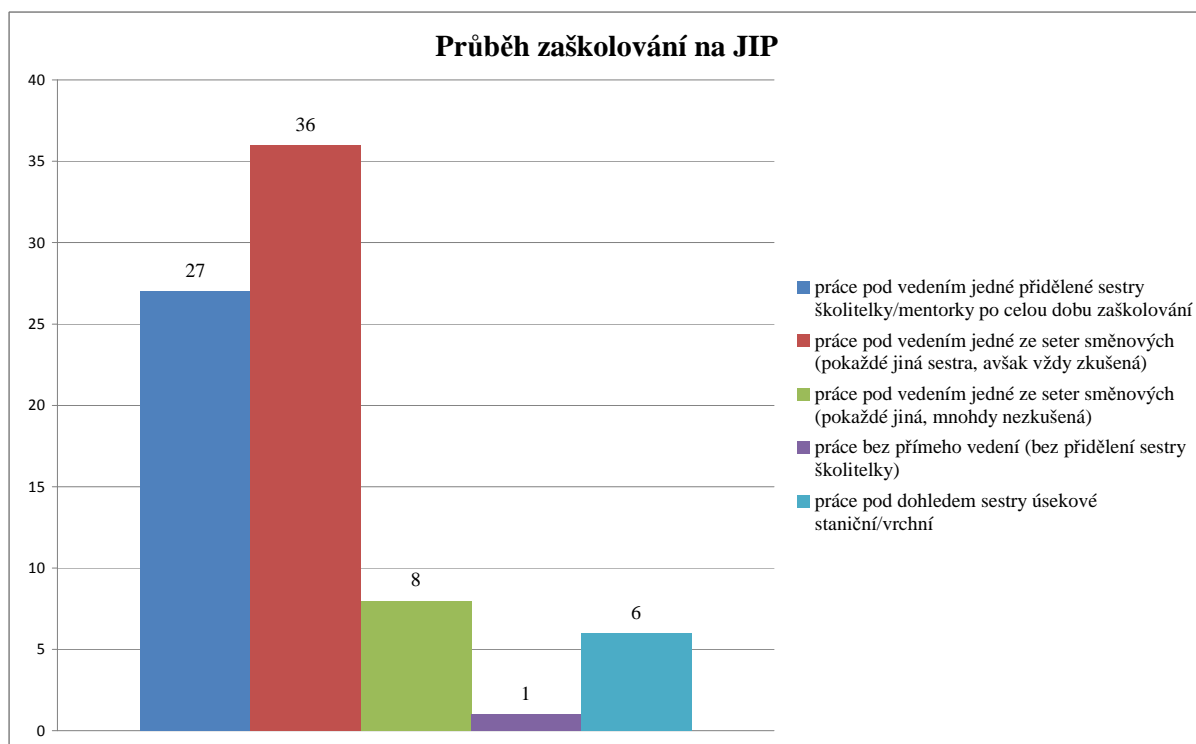
Graf č. 26:



Graf č. 26 označuje, zda-li jsou sestry školitelky/mentorky za činnost zaškolování finančně ohodnocené. Naprostá většina, celkem 59 (87%) sester uvedlo zápornou odpověď a jen 9 (13%) sester uvedlo, že za činnost zaškolování nových zaměstnanců jsou finančně ohodnoceny.

Průběh zaškolování na JIP (ot. č. 12)

Graf č. 27:

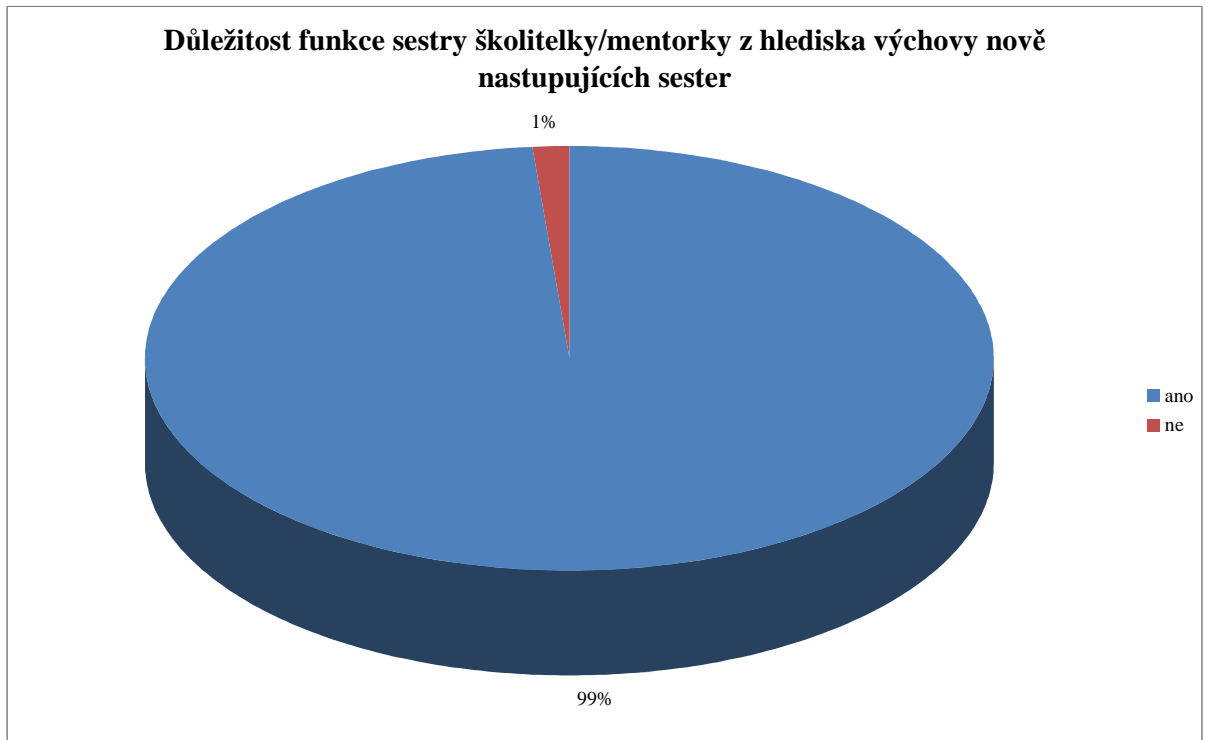


U této položky v dotazníku bylo možné uvést více odpovědí.

Graf č. 27 ukazuje, jakým způsobem na pracovišti dotazovaných zaškolování nových zaměstnanců probíhá. 36 sester uvedlo, že AP probíhá pod vedením jedné ze sester směnových, které se střídají, a vždy jde o sestry zkušené. 27 respondentů označilo, že AP probíhá pod vedením jedné přidělené SŠ po celou dobu zaškolování nového zaměstnance. 8 sester napsalo, že probíhá pod vedením směnové sestry, které se střídají, mnohdy ale zaškoluje i sestra nezkušená. 6 sester uvedlo, že u nich na pracovišti probíhá zaškolování pouze pod vedením sestrou úsekovou/staniční, popř. vrchní. Jedna sestra označila, že u nich AP probíhal bez přidělené SŠ.

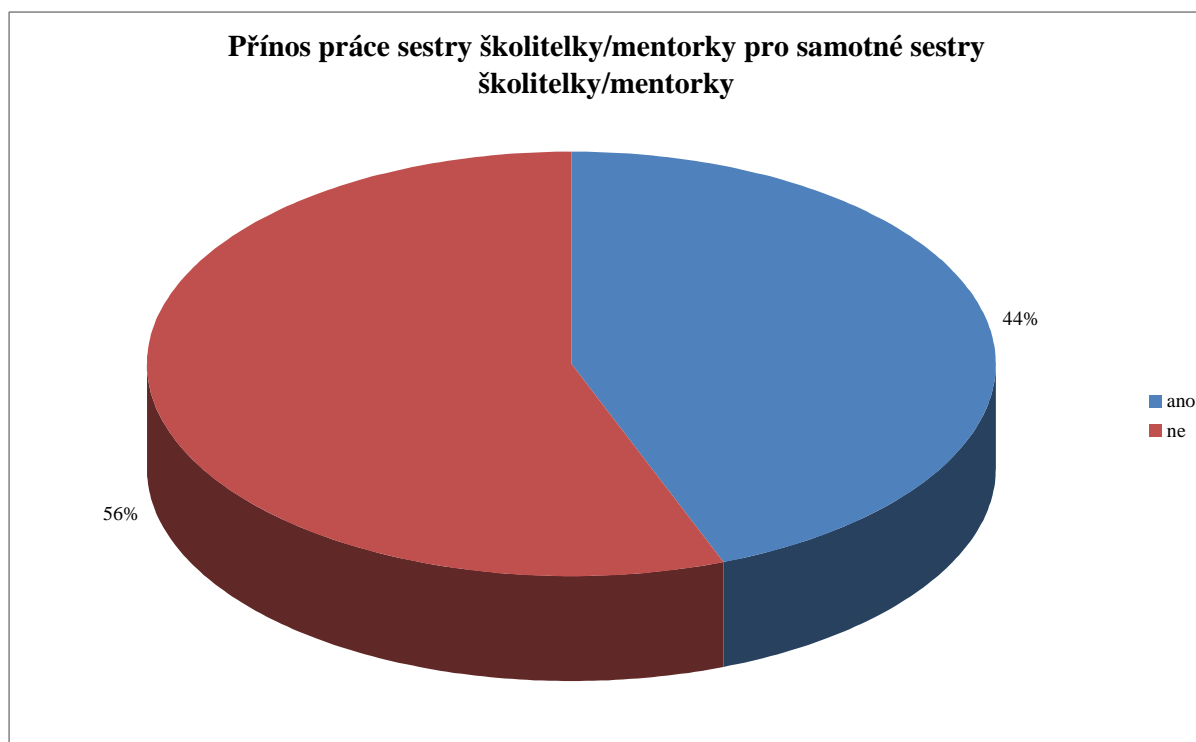
Důležitost funkce sestry školitelky/mentorky z hlediska výchovy nově nastupujících sester (ot. č. 13)

Graf č. 28:



Z grafu č. 28 je patrné, že naprostá většina dotazovaných, celkem 67 (99%) považuje funkci SŠ/mentorky z hlediska nově nastupujících sester za důležitou. Pouze jedna odpověď (1%) zněla záporně.

Graf č. 29:



Tato položka v dotazníku byla polouzavřená. Některé sestry ještě doplňovaly, v čem konkrétně jim je práce SŠ/mentorky přínosem.

Graf č. 29 ukazuje, že celkem 38 (56%) sester školitelek/mentorek pro sebe považuje proces zaškolování jako přínosný. Pro 30 (44%) sester tato činnost přínosná není.

Z 38 (56%) sester jich celkem 20 (53%) doplnilo, v čem vidí přínos zaškolování:

„Ráda předávám nové informace“.

„Baví mě to a zároveň si udržuji i já znalosti – jen musí mít nová sestra zájem.“

„SŠ/mentorka je důležitý prvek v týmu – organizuje práci, má znalosti – je zkušená. Neumím si to bez ní představit.“

„Předávání informací, vytváření dobré pracovní atmosféry. Zajišťuje dobrou kvalitu poskytování ošetrovatelské péče na pracovišti.“

„Předávání informací. Klady převažují, i když někdy je to pod velkým stresem.“

„Stále si udržuji určitou úroveň vědomostí.“

„Opakování je matkou moudrosti.“

„Obohacení, rozšiřování si vědomostí – i mladé sestry mnohdy v teoretických oblastech SŠ/mentorku ponaučí!“

„Dobrý pocit, že pomohu někomu a závěrem i celému týmu. Když se zaškolení podaří, jsou vidět pokroky a výsledkem je kvalitně zaškolená sestra, schopná samostatně pracovat.“

„Můžu se také dozvědět nové poznatky. Výhodou jedné školitelky pro jednu novou sestru je, že vím, jaké má nedostatky, na ty se zaměříme a odstraníme je.“

„Procvičování si různých dovedností, posuzování schopností sestry, porovnávání a usnadnění AP pro nové sestry.“

„V komunikaci, zkušenosti do života.“

„Můžu být někomu oporou, vidím výsledky, předávám informace a udržuji si i své znalosti a dovednosti.“

„Přínosem je, že po mnohdy tvrdé dřině vidím výsledky – adaptovaná sestra. Někdy to však končí odchodem sestry ještě v AP – je dobré myslet i na to, že ne všechny sestry se na JIP hodí. Podporovat, ale ne za každou cenu. Pak je to utrpení pro nováčka a i pro školitelku!“

„Možnost předávat své zkušenosti. Je kompetence, zvyšující prestiž sester.“

„Opakuji si své znalosti.“

„Dobrý pocit, i když to je někdy velmi náročné, vítězí!“

„Seberealizuji se.“

„Od mladých nastupujících sester je možno se leccos naučit. Nové sestry jsou přínosem a oživením celého týmu.“

„Musím sledovat novinky v našem oboru, vzdělávat se.“

Z 30 (44%) sester celkem 14 (47%) sester specifikovalo svou zápornou odpověď následovně:

„Zdržuje mě to od mé práce.“

„Nejsem za to ohodnocená, naopak neustálé psaní posudků a hodnocení.“

„Málo času na tuto činnost a velká zodpovědnost.“

„Nemám motivaci, finanční ohodnocení.“

„Větší zodpovědnost a nulové ohodnocení.“

„Ráda pomohu, ale přínos pro sebe samou v tom nevidím. Pokud je nově příchozí sestra méně šikovná, zabírá to hodně času a není čas na svou práci.“

„Stres, zodpovědnost, ze služby jsem odcházela hodně unavená.“

„V rámci časové tísně, nedostatečné věnování se nové sestřičce a neschopnost poskytnout dokonalou ošetrovatelskou péči u svých pacientů.“

„Přílišná zodpovědnost, neustálý dohled, v poměru k ostatním sestřím více práce, finanční ohodnocení neodpovídá odvedené práci.“

„Tato práce vyčerpává. Nové sestry (až na výjimky nesnesou výtky. Mají pocit, že vše dokonale umí.“

„Zvýšená psychická zátěž.“

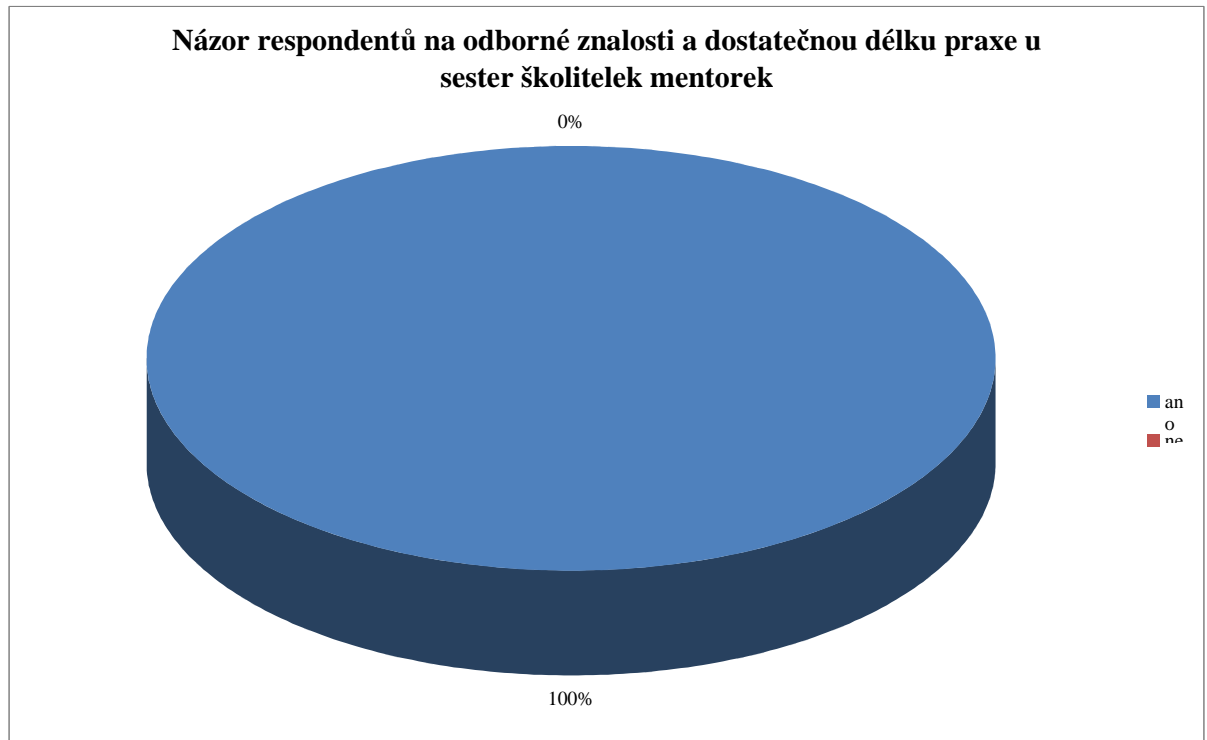
„Protože u nás v tom není systém – někdy zaškolují i více sester najednou, nebo když přicházejí studentky na praxi. Práce na JIP je samo o sobě stresující, ještě k tomu se stresovat a spoluzodpovídat za někoho. Měl by na to být čas a vždy jedna školitelka a jedna zaučující se.“

„Většinou neškolí jedna SŠ/mentorka. Je v tom chaos.“

„Je to náročné – čím dál tím víc. Práce přibývá, vysoké nároky.“

Názor respondentů (SŠ/mentorek) na odborné znalosti a dostatečnou délku praxe u sester školitelek/mentorek (ot. č. 15)

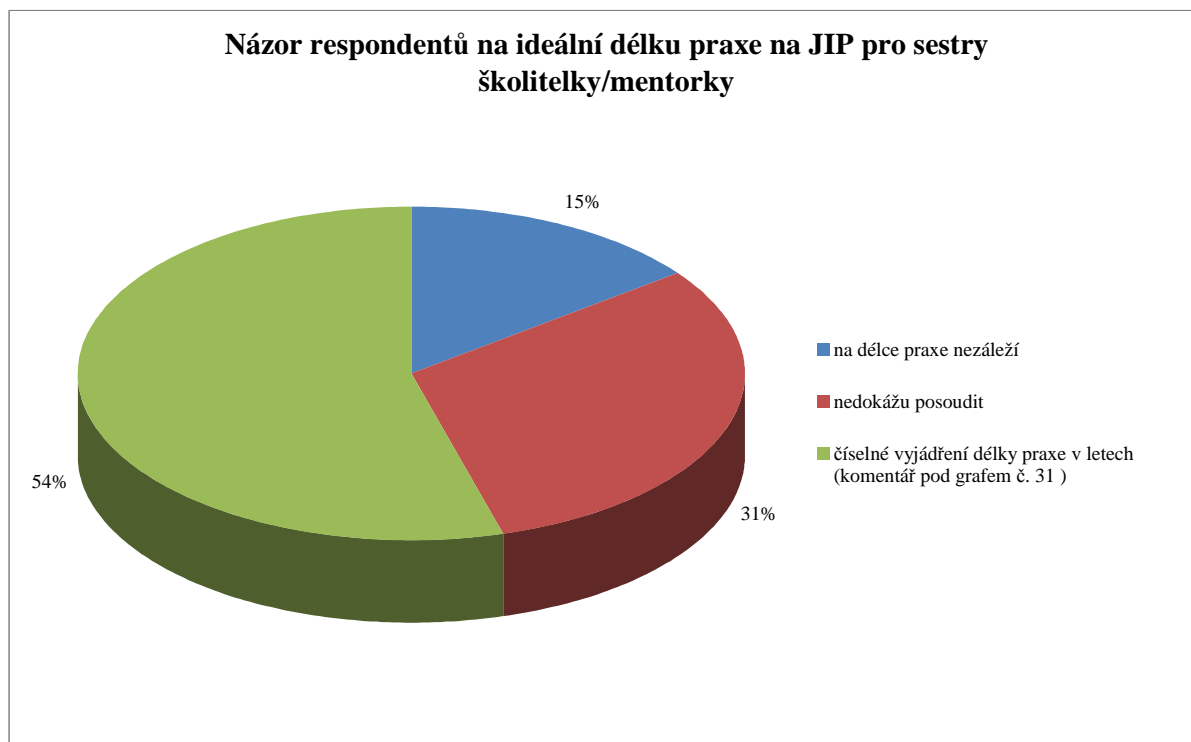
Graf č. 30:



Z grafu č. 30 je patrné, že všech 68 (100%) sester školitelek/mentorek považuje za důležité, aby SŠ/mentorka disponovala odbornými znalostmi a dostatečnou délkou praxe.

Názor respondentů (SŠ/mentorek) na ideální délku praxe na JIP pro sestry školitelky/mentorky (ot. č. 16)

Graf č. 31:



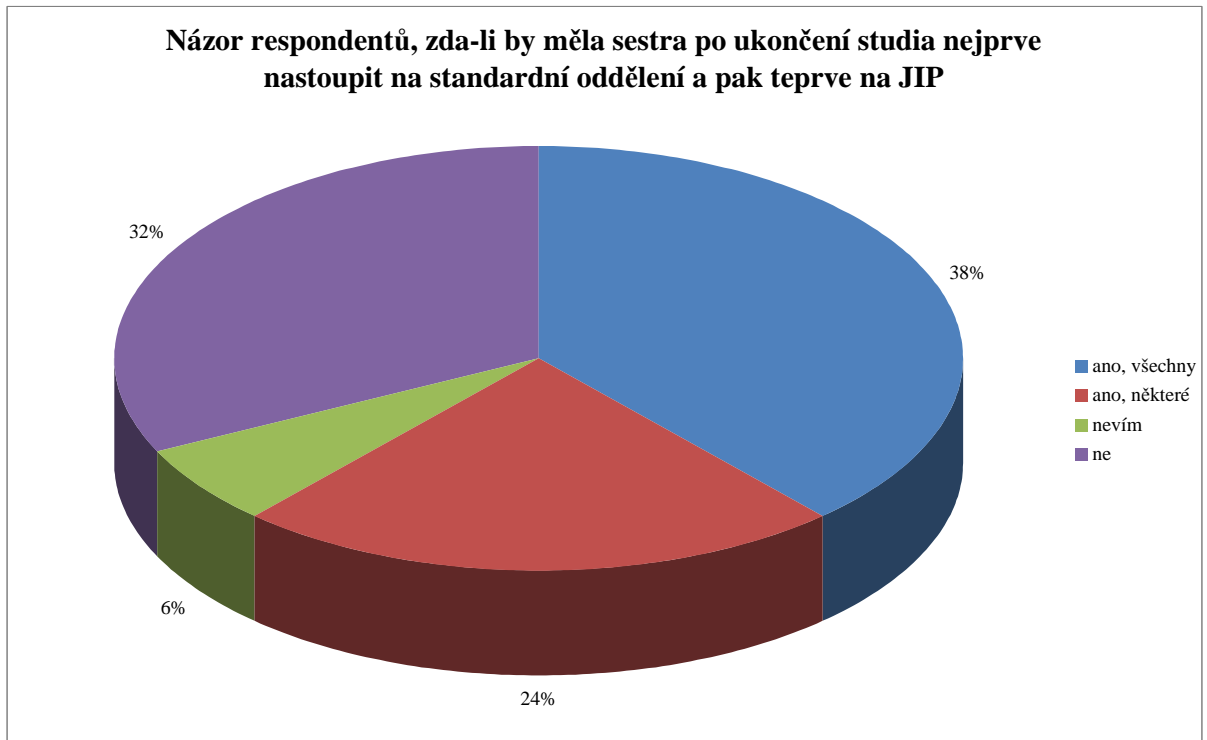
Graf č. 31 vyplývá, že 10 (15%) respondentů si myslí, že na délce praxe SŠ/mentorek nezáleží. 21 (31%) sester uvedlo, že nedokáže posoudit vliv délky praxe u SŠ na kvalitu zaučování nových zaměstnanců a nejvíce sester, celkem 37 (54%) se přesně, číselně vyjádřily a uvedly tak, jak dlouho by měla sestra na JIP pracovat, než by se měla stát SŠ/mentorkou.

17 sester uvedlo 3 roky, 10 sester 5 let a 6 sester 2 roky. 3 respondenti uvedli optimální časový údaj jako 10 let a jedna sestra se domnívá, že by SŠ/mentorka měla mít alespoň 4 roky.

Tyto odpovědi lze porovnat se skutečnou délkou praxe SŠ/mentorek na JIP v komentáři pod grafem č. 3 (viz s. 51) a dále odkazují na graf č. 19 (viz s. 69), který znázorňuje názory sester v AP či do tří let praxe na JIP na ideální délku praxe u SŠ/mentorek na JIP.

Názor respondentů (SŠ/mentorek), zda-li by měla sestra po ukončení studia nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP (ot. č. 17)

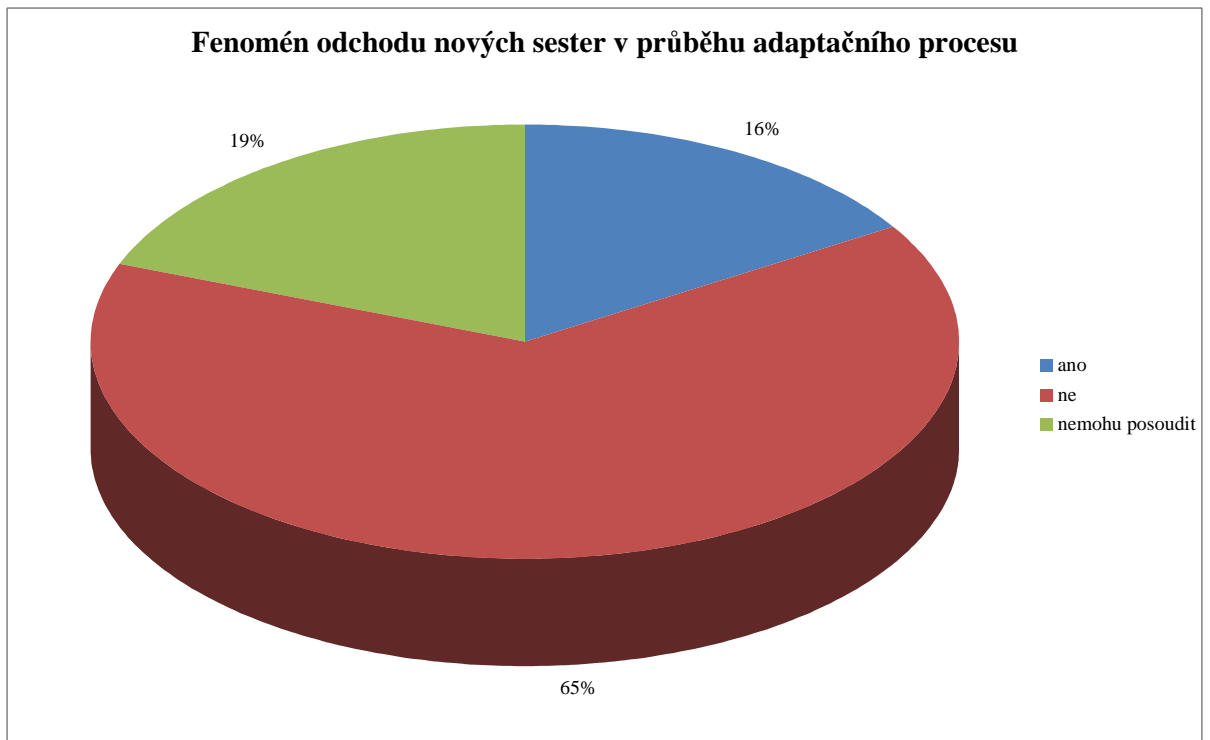
Graf č. 32:



Graf č. 32 znázorňuje názor samotných SŠ/mentorek, zda-li by měla sestra před nástupem na JIP a po ukončení studia nastoupit nejprve na standardní oddělení. 26 (38%) sester se domnívá, že ano. 22 (32%) sester označilo odpověď ne. 16 (24%) sester uvedlo, že ano, ale jen některé absolventky. 4 (6%) sester školitelek/mentorek na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

Fenomén odchodu nových sester v průběhu adaptačního procesu na JIP (ot. č. 18)

Graf č. 33:



Graf č. 33 poukazuje na trend odchodu nových sester v AP na JIP. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 44 (65%) SŠ/mentorek tento fenomén na svých JIP nepozoruje. 13 (19%) tento fakt nedokáže posoudit a 11 (16%) sester zaznamenala větší odchod sester v AP na svém pracovišti.

Důvody odchodu nových sester z JIP z pohledu sester školitelek/mentorek (ot. č. 19)

Tabulka č. 6:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Náročnost pracoviště fyzická	3	27%
Náročnost pracoviště psychická	4	37%
Špatná atmosféra na pracovišti	2	18%
Nízké finanční ohodnocení	1	9%
Špatný systém zaškolování	1	9%
Jiné	0	0%
Celkem	11	100%

Na tuto otázku v dotazníku odpovídali pouze respondenti, kteří označili v dotazníku kladnou odpověď na otázku č. 18. Celkem se tedy jednalo o 11 (16%) sester.

Nejčastěji mezi důvody odchodu nových sester ještě v AP sestry zařadily psychickou náročnost pracoviště, celkem 4 (37%) a dále vysokou náročnost fyzickou v počtu 3 (27%) sester.

Špatnou atmosféru na pracovišti jako důvod odchodu nových sester z JIP v AP označily dvě sestry (18%). 1 (9%) sestra označila nízké finanční ohodnocení a 1 (9%) špatný systém zaškolování.

Názory a připomínky sester školitelek/mentorek k tomuto tématu (ot. č. 20)

Z celkového počtu SŠ/mentorek 68 (100%) využilo možnost vlastního vyjádření k tomuto tématu celkem 20 (29%) sester. V dalších řádcích jsou uvedeny všechny komentáře.

V posledním bodě dotazníků některé SŠ/mentorky, podobně jako v dotazníku A i sestry v AP či s tří let praxe, vyjadřovaly své názory a připomínky k celému tomuto tématu. K této položce své postřehy doplnilo 16 (100%) sester školitelek/mentorek. V následujícím textu je přepis komentářů:

„Chybí jakákoliv motivace SŠ/mentorek – ocenění jejich práce, není to legrace.“

„Finanční motivace SŠ/mentorek formou zvýšeného osobního ohodnocení.“

„Lepší spolupráce a komunikace na pracovišti. Celkově lepší atmosféra ve zdravotnictví by mohla napomoci k lepším vztahům.“

„Zvýšit počet sester na JIP, aby mohla SŠ/mentorka vždy sloužit s přidělenou sestrou.“

„SŠ/mentorka musí také myslet na to, jak bylo jí v roli nováčka na odd., když po studiu nastupovala. Často se na to zapomíná ...“

„Chybí mi dostatek času na zaučování nové sestry, musím se starat o své dva pacienty.“

„Motivovat sestry, které chtějí a umí předávat informace novým kolegyním/kolegům.“

„Motivovat – verbálně, finančně a dát k tomu dobré podmínky pro zaškolování – prostor, čas.“

„Zaškolovat by měla jedna sestra. Často se pak stává, že toho nové sestry využívají a vymlouvají se, že kde co ještě nedělaly, neviděly či se rády dohadují, že jim něco někdo říkal jinak. tím vzniká nedorozumění a není přehled. Snaživé sestry s tím problémem nemají, ale poslední dobou k nám chodí sestry méně šikovné a práci vyhýbavé, s nedostatečnými vědomostmi, které se na JIP nehodí. Ale v době nedostatečného množství personálu se i dnes na JIP udrží sestry, které by jinak byly přeřazené jinam.“

„Lepší organizace, finanční motivace.“

„Zavést zaškolování pouze jednou sestrou školitelkou/mentorkou. Problém vidím v nedostatku času kvůli náročnosti práce. Sestry ještě nezaškolené jsou často pod vlivem nedostatku personálu psány do služeb plnohodnotně.“

„Preferuji metodu 1 SŠ/mentorka na 1 sestru v AP.“

„Od své známé vím, že na jednom odd. JIP v Praze zaučuje SŠ/mentorka přidělenou sestru po celou dobu AP a dokonce má nová sestra zápisníček, který nosí stále sebou a tam jí kolegyně

zapisují, které výkony již viděla, prováděla za asistence a prováděla sama. Je tak přehled, co již nová sestra event. umí.“

„Nerada zaučuji nové sestry. Nikdo se mě neptá, zda-li to chci vykonávat. Nemám na to předpoklady – trpělivost a komunikativní dovednosti. Ráda pracuji sama a mám přehled.“

„Bez SŠ/mentorky by to bylo těžké. Pomáhají, radí, dodávají klid novým sestřičkám, které jsou ve stresu.“

„Z vlastní zkušenosti vím, jaký chaos v hlavě mají sestry, které zaškoluje pokaždé někdo jiný. Měla by zaškolovat jedna sestra, sále stejná. Ta je opravdu průvodcem. Nemusí se tak do zaškolování příliš zapojovat sestry vrchní a staniční. Pouze na závěr.“

„Až bude mít SŠ/mentorka na práci pouze zaučování nových pracovníků a nebude se u toho muset starat o své dva pacienty/klienty a až bude ve své funkci oficiálně a na odd. bude jasné – kdo konkrétně je pověřen zaučováním (vybrané pouze kvalitní SŠ/mentorky, které to chtějí dobrovolně dělat), mohlo by to fungovat. Považuji za nutné, aby tak byla SŠ/mentorka vždy představena novým pracovníkům a byla jimi respektována.“

„Na našem oddělení byla dána přednost zaškolování jednou školitelkou. Jinak děkuji za vhodně zvolení téma práce. Myslím si, že tento problém je v některých ZZ podceňován a má za následek odchod spousty sester právě v době AP.“

„Podle mé praxe je důležité, aby byla sestry vedená neustále SŠ/mentorkou (co u nás bohužel nejde). Důležité je neodsoudit novou sestru po prvních neúspěších a vyjít jí vstříc. Snažit se ji pochopit a uklidnit (stres celou situaci jen zhorší). Dále jsou důležité znalosti teorie v daných tématech – upozornit zaškolovanou osobu na nedostatky, chyby a poskytnout zpětnou vazby a event. materiál. Hlavně se nesmí stát, že bychom mladou sestru na to neupozornili a pak bychom se o jejích chybách bavili v kolektivu (ale bohužel se to stává).“

„Zaškolovat by měla zkušená sestra se specializací a jedna SŠ/mentorka po celou dobu zaškolování.“

3 DISKUZE

V této části bakalářské práce budou shrnuty výsledky dotazníkového šetření. Nejprve uvedu obecné poznatky a celkové shrnutí. Poté se zaměřím na analýzu dat, které jsem zpracovala u sester v adaptačním procesu (AP) či do tří let praxe na jednotce intenzivní péče (JIP) a následně na výsledky dotazníkového šetření u sester školitelek (SŠ)/mentorek. Závěr diskuze je věnován interpretaci dat vzhledem ke stanoveným cílům. Některé otázky v dotazníku byly cíleně pokládány obou skupinám respondentů, aby bylo možné porovnat mnohdy odlišné aspekty na danou problematiku.

Hlavními cíli bylo porovnat různé přístupy v procesu zaškolování sester na JIP (jak ve sledovaných ZZ probíhá AP). V souvislosti s tématem této práce bylo mým cílem také zjistit překážky, které brání kvalitnímu a rychlému zapracování nově nastupujících sester na JIP. Otázky určené SŠ/mentorkám měly za úkol zjistit vliv jejich vzdělání a délky praxe na kvalitu AP a celkově zmapovat stávající stav. Dotazníkem jsem si také ověřovala míru zájmu SŠ/mentorek podílet se na zaškolování nových kolegyň/kolegů.

Jak bylo již uvedeno, moje bakalářské práce byla zpracována na podkladě dotazníkového šetření u všeobecných sester na JIP. Jeden typ dotazníků byl určen pro sestry v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP (viz příloha č. 2). Tento dotazník obsahoval 23 otázek. Druhý typ dotazníků byl určen výhradně pro SŠ/mentorky pracující na JIP (viz příloha č. 3). Tento dotazník obsahoval celkem 20 otázek. Na základě všech položek v dotazníku jsem zpracovala 34 grafů a 10 tabulek.

Celkově jsem rozdala 130 dotazníků. Správně vyplněných se mi zpět vrátilo celkem 122, kde o trochu více byly zastoupeny SŠ/mentorky (68). 54 bylo sester v AP či do tří let praxe na JIP.

Vyhodnocení obecných informací (úvodních společných otázek z dotazníku A i B):

Zastoupení pohlaví respondentů nebylo překvapující, ačkoliv jsem přeci jen očekávala větší zastoupení mužské populace i vzhledem k tomu, že se jedná o pracoviště JIP, kde se můžou uplatnit i zdravotničtí záchranáři (viz tabulka č. 3, s. 48).

V položce zjišťující věk sester bylo analýzou dat zjištěno, že nejpočetnější věkovou skupinu pracujících na JIP tvoří sestry mladší věkové kategorie od 20 do 30 let. Není překvapením, že kategorie sester nad 40 let byla zastoupena výrazně méně (viz graf č. 1, s. 49). Lze se domnívat, že ačkoliv jsou většinou sestry starší věkové skupiny zkušené, právě na JIP sestry blížící se k důchodovému věku moc nevidíme, ačkoliv patří k výborným vedoucím směn pro zajištění organizačních záležitostí. Ze svých zkušeností vím, že po delší době praxe na JIP a také v rámci prevence syndromu vyhoření, sestry pak přecházejí na ambulantní pracoviště (úrazové, apod.) či do manažerských pozic. Dalším faktorem je bezesporu i fyzická náročnost práce na JIP a režim práce ve směnách.

Věk SŠ/mentorek je průměrně 35 let (nejmladší SŠ/mentorce je 22 let a té nejstarší 56 let). V bakalářské práci Vavrouškové jsem se dočetla, že z jejího šetření je většina mentorek ve věku 30-39 let (Vavroušková, 2010), což je prakticky shodné s mým šetřením.

Jak se ukázalo i v následujících výsledcích, sester, které na JIP pracují více než 20 let jsou pouze 2%, což koresponduje s výše uvedeným zjištěním o věku sester na JIP.

Mé šetření mimo jiné ukázalo, že délka praxe SŠ/mentorek na JIP je průměrně 11 let (viz graf č. 3, s. 51). Skupina SŠ/mentorek s praxí na JIP do dvou let (celkově 3 z 68 sester) nemůže dle mého názoru splňovat všechny kritéria, která jsou s výkonem této funkce spojená. Souhrnně lze říci, že většina SŠ/mentorek má však praxi ve zdravotnictví nad 15 let, což je potěšující.

Když jsem se pokoušela zjistit, jakou délku praxe by dle názorů sester v AP či do tří let praxe na JIP měla SŠ/mentorka mít, překvapivě 46% z nich odpovědělo, že to nedokáže posoudit a 21% sester uvedlo, že jim na délce praxe u SŠ/mentorek vůbec nezáleží, což může být rovněž znepokojivé (viz graf č. 19, s. 69). Lze se domnívat, že respondenti uvažovali v tom smyslu, že někdy může být i kvalitnější SŠ/mentorka s kupříkladu praxí do 5 let, než ta, která má praxi 15 let, tato činnost jí nebaví a nemá pozitivní přístup k novým věcem.

Dle bakalářské práce Dusíkové, která se zabývala školitelkami v nemocnicích, má celých 91% SŠ/mentorek má praxi delší než 4 roky. Subjektivní názory respondentů na délku praxe SŠ/mentorek dle šetření Dusíkové jsou kolem pěti let praxe (Dusíková, 2009). Z mého šetření vyplývá, že délku praxe na JIP nad 4 roky má 89% mentorek, což je prakticky shodné a

rovněž potěšující. Dále jen pro srovnání, jako ideální délku praxe SŠ/mentorek v mém šetření respondenti uváděli nejméně tři roky. Údaje o délce praxe se vztahují k cílům č. 3 a 4.

V položce věnované nejvyššímu ukončenému vzdělání sester výsledky analýzy ukazují, že nejvíce jich je se specializací SIP/ARIP, 90% SŠ/mentorek má specializaci v oblasti poskytování intenzivní péče. Celkově 21% sester pracujících na JIP má dokončenou VŠ (viz graf č. 4, s. 52). Toto procento dle mého názoru do budoucna poroste.

Z šetření Dusíkové vyplývá, že vzdělání SŠ/mentorek je nejvíce středoškolské, či středoškolské v kombinaci se specializačním vzděláním. Vysokoškolsky vzdělaných sester je jen 9%, kdy z tohoto počtu 6% sester má VŠ i pomaturitní specializační studium (Dusíková, 2009). Z mého šetření vyplývá, že je VŠ vzdělaných SŠ/mentorek 19% (viz graf č. 4, s. 52). Lze se domnívat, že vyšší podíl je dán i časovým odstupem (2 roky) mezi šetřeními. Kdy je patrný stoupající trend sester doplnit si VŠ vzdělání, obzvláště u sester na JIP.

Myslím si, že SŠ/mentorky na JIP by měly být opravdové specialistky v oboru poskytování intenzivní péče, proto by měly mít alespoň SIP. Tento aspekt se výzkumem potvrdil. S pedagogickým vzděláním SŠ/mentorek je již situace horší. Jen 6 SŠ/mentorek má absolvovaný kurz (viz graf č. 24, s. 77). Po srovnání těchto údajů s šetřením Dusíkové, kde má kurz pro mentory jen 1% respondentů (Dusíková, 2009), má 8% účastníků mého šetření mentorský kurz. S odstupem dvou let se lze domnívat, že v porovnání s mým šetřením, mentorů s absolvovaným kurzem tedy přibýlo. Dle mého názoru, toto zjištění je přesto alarmující. Otázkou je, zda-li mají školitelky zájem o doplnění vzdělání, zda-li je pro ně tento kurz dostupný a mají podporu a podmínky ze strany vedoucích pracovníků jednotlivých ZZ.

Jak ve své práci Dusíková uvedla, je znepokojující, že 65% mentorek nemá ani pedagogické vzdělání a ani zájem o jeho doplnění (Dusíková, 2009).

V bakalářské práci Zdražilové, která se problematikou zaškolování zabývala, vyšlo najevo, že nově nastupující sestry jsou zaškolovány sestrami bez ohledu na jejich dosažené vzdělání a že sester, které si osvojily potřebné vědomosti a dovednosti a které absolvovaly pedagogickou přípravu k vedení nového zaměstnance je nedostatek (Zdražilová, 2009). Skutečně se potvrdilo i dle mého šetření, že pedagogické vzdělání mentorek je nedostatečné.

Pro zajímavost, také Dusíková ve svém šetření monitorovala poměr zastoupení mentorek na standardních odděleních (35%), na JIP (62%) a odděleních následné péče (3%). Z tohoto šetření je jasné, že největší podíl mentorek je na JIP, ačkoliv z mého šetření jasně vyplynulo, že mentorský kurz má celkově na JIP pouze 6 sester. Údaje o vzdělání respondentů se vztahují k cílům č. 3 a 4.

Vyhodnocení otázek určených sestřám v AP či do tří let praxe na JIP:

AP na JIP probíhá nejčastěji formou zaškolování pod vedením jedné ze sester směnových, které se střídají, ale vždy se jednalo o sestry zkušené. V tomto případě je překvapující, že zaškolování přidělenou SŠ/mentorkou po celou dobu AP u nového zaměstnance je ve své četnosti až na druhém místě, ačkoliv právě tuto formu zaškolování respondenti vidí jako tu nejjedlejší (viz graf č. 6, s. 55). Údaje o podobě AP se vztahují k cílům č. 1, 2 a 3.

Dle šetření Bc. Hudcové bylo 83,1% respondentů, kterým byla během zaškolování na ARO či JIP přidělená SŠ/mentorka. 16,9% sester ale tuto možnost nemělo. Většinou zaškolují sestry pověřené k zaučování nových zaměstnanců, vedoucí sestry směny a i sama sestra manažerka ve funkci st. s. (Hudcová, 2011).

Otázky zkoumající četnost hodnocení v průběhu AP poukázaly, že ve většině případů probíhá každý měsíc. Pouze jedno hodnocení v závěru uvedlo podstatně méně respondentů, ač mé očekávání bylo opačné.

Většinou závěrečné zkoušení probíhá ústní formou dle daných témat. Velmi často je zvykem také vypracování kazuistiky. Jen 11% sester bylo hodnoceno na základě pozorování nadřizenými při práci (viz graf č. 9, s. 58), což je dle mého poměrně malé procento, vzhledem k tomu, že je potřeba hodnotit také zručnost a praktické dovednosti nových sester. Řada SŠ/mentorek totiž poukazuje na poměrně častý jev v praxi, kdy na JIP přicházejí absolventky poměrně dobře teoreticky vybavené, ale s nedostatečnými praktickými znalostmi. Právě na JIP je potřeba doplnit celou řadu teoretických znalostí a praktických dovedností, zvláště pokud jde o specifické JIP typu kardiologická, neurochirurgická, apod. V tomto případě by pak měla mít hlavní slovo při hodnocení SŠ/mentorka, která novou sestru při práci pozoruje. Tam, kde není jasně daná SŠ/mentorka si lze jen těžko představit, kdo pak závěrem její praktické dovednosti hodnotí – st. s., která má své práce dost a nepracuje ve službách, kolegyně/kolegové ... ?

Délka vlastního AP na JIP u sester v AP činila ve 35% 6 - 11 měsíců a stejně tak i rok a více. 26% respondentů uvedlo délku 2 - 5 měsíců. Celá 4% sester zvládlo AP do jednoho měsíce po nástupu do zaměstnání (viz graf č. 10, s. 59). Průměrně trval AP 7,5 měsíců. Pakliže jsem ještě porovnávala, zda-li u sester s VŠ či VOŠZd byl AP kratší, než u sester, které měly dokončenou pouze SZŠ, vyšlo najevo, že vzdělání na délku AP vliv nemá. Tento výsledek mě také vede k zamyšlení, z jakého důvodu např. sestry s ukončeným vysokoškolským vzděláním nemají AP kratší ve srovnání se středoškolsky vzdělanými absolventy. Pravděpodobně je to díky individuálním schopnostem jednotlivců. Pokud jsem se zaměřila na výsledky délky AP

dle kategorie nových zaměstnanců, vyšlo najevo, že nejčastěji u sester čerstvých absolventek trvá 6 měsíců až jeden rok, kdežto u sester s praxí na jiném pracovišti (u sester plynule přestupujících) trval nejčastěji 3 měsíce. Skupina sester vracející na JIP pracoviště po RD, MD či po přerušení výkonu své práce z jiného důvodu, procházela AP od 3 měsíců až po 1 rok (v tomto případě hrála pravděpodobně roli délka přerušení výkonu povolání). Doporučovaná délka AP u nové absolventky je 6 – 12 měsíců, což je v praxi dle šetření dodržováno.

AP byl nejčastěji ukončen vrchní sestrou, sestrou staniční, hlavní sestrou/náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a samotnou SŠ/mentorkou jen 5% (viz graf č. 13, s.62). Formální odpovědnost za AP nových sester mají v. s., ale vlastní realizaci AP v praxi většinou delegují na st. s.

Domnívám se, že SŠ/mentorka v tomto případě nemá klíčovou roli, co se týká hodnocení (ukončení) AP. Zaujala mě také praxe ZZ, kde sestra vedoucí zaškolování nového pracovníka průběh AP písemně zaznamenává do předem připraveného formuláře a je tedy tou, která nového zaměstnance hodnotí nejvíce. Jedna sestra mi však v komentáři svého dotazníku sdělila, že vypisování těchto posudků je také náročné, nejen na čas. V některých ZZ je zvykem, aby se závěrečného hodnocení nového pracovníka účastnil i přednosta kliniky, popř. vedoucí lékař oddělení. Údaje o průběhu AP se vztahují k cílům č. 1 a 3.

Hudcová ve své diplomové práci uvádí, že kontrolu AP provádí kromě v. s. zejména st. s. a SŠ/mentorky. Způsob kontroly se děje pozorováním nové sestry při práci. Hudcová narazila ve svém šetření na poměrně překvapující fakt, že o průběhu AP není moc zvykem sester manažerek dozvídat se přímým rozhovorem s novou sestrou (Hudcová, 2011). Ač jak zmiňuje dále, právě komunikace v kombinaci s efektivním nasloucháním tvoří dle Škochové základ moderního řízení lidských zdrojů (Škochová, 2006).

Dle šetření Hudcové v diplomové práci, je průběh AP v ZZ náležitě dokumentován. Většinou se jedná o adaptační plány, které si event. sestry manažerky uzpůsobují pro konkrétní potřeby daného pracoviště. Je v nich brát zřetel na vzdělání a dosaženou délku praxe nově nastupující sestry (Hudcová, 2011).

Jen pro doplnění, informovanost nově nastupujících sester o realizaci AP je dle závěrů Hudcové, dostatečná. Také já se domnívám, že nově nastupující sestra by měla být vždy řádně informována, co a kdy jí během AP čeká.

Podle odpovědí sester v AP či do tří let praxe na JIP lze usoudit, že největšími problémy během zaškolování byly vysoká psychická zátěž, pochopení rozdílů mezi výukou a praxí, uvědomění si vlastní tíhy zodpovědnosti a ovládnutí techniky na JIP. Minimálně označovaly

sestry problémy jako nedostatek prostoru pro otázky a absenci pomoci (týmové spolupráce), což je potěšující (viz graf č. 12, s. 61). Myslím si, že sestra v AP pracující na JIP by vždy měla mít možnost a vědět, na koho se obrátit s případným dotazem či pro případnou pomoc. Také spolupráce a vzájemné vypomáhání si je v krizových situacích důležité. Tyto údaje souvisí s cílem č. 3.

Také Dusíková zjišťovala ve svém šetření nejčastější překážky v procesu zaškolování, očima SŠ/mentorek. Ve své práci na základě analýzy dat uvedla nedostatek času, únava z opakovaného vysvětlování, nedostatek personálu a špatné znalosti sester (Dusíková, 2009). Pro srovnání ještě uvedu fakta z šetření Hudcové, kde největší překážkou v AP respondenti uváděli strach z nezvládnutí vysoce odborné činnosti na úseku ARO a JIP, na druhém místě byla sestrami označována odpověď: dosud nepoznaná práce s kriticky nemocnými a třetí pozici obsadila časová náročnost služeb společně s obtížnou komunikací a spoluprací s ošetrovatelským personálem (Hudcová, 2011).

Velmi zajímavé je, že z šetření vyplývá, že sestrám v AP či do tří let praxe na JIP je/byla oporou během AP sestra kolegyně – služebně starší (34%), dále staniční sestra (26%) a SŠ/mentorka (19%). Žádný z respondentů neoznačil překvapivě jako oporu během procesu adaptace vrchní sestru (viz. graf č. 14, s. 63). Otázkou je, do jaké míry tedy jsou v kontaktu sestry v AP či do tří let praxe s vrchními sestrami. Domnívám se, že mnohdy jen během závěrečného zkoušení. Tato fakta souvisí se stanoveným cílem č. 3.

Hudcová ve své práci uvádí zajímavá fakta, které lze porovnat s výsledky mého šetření. Jak ve své práci uvádí, 56,6% sester přiznalo, že jim nejvíce v AP pomohl přátelský pracovní kolektiv. Osobnost SŠ/mentorky byla v pomyslném žebříčku na druhém místě a třetí pozici obsadila osobnost vedoucí sestry (Hudcová, 2011).

Dle názorů sester v AP či do tří let praxe, jaké by měla SŠ/mentorka mít vlastnosti, nejvíce sester odpovědělo, že by měla být především trpělivá. Poměrně velké množství sester uvedlo, že by měla být komunikativní. Několik sester by chtělo mít hlavně SŠ/mentorku vzdělanou (viz graf č. 15, s. 64). V tomto případě lze výsledky srovnat s analýzou dat Dusíkové, kde nejvíce sester označilo jako stěžejní vlastnosti SŠ/mentorek pracovitost, svědomitost a pečlivost. Trpělivost označilo ve srovnání s mým šetřením méně sester, podobně jako komunikativnost. Velmi zajímavé ještě pro doplnění bylo, že v šetření Dusíkové sestry dále označovaly vlastnosti: asertivita, profesionalita, sebekritičnost a přísnost (Dusíková, 2009). Domnívám se, že tyto vlastnosti by měly být řazeny hned k vlastnostem vzdělanost a trpělivost. Tyto údaje se vztahují k cíli č. 5.

Právě přidělená SŠ/mentorka byla přínosem pro naprostou většinu nových sester (viz graf č. 16, s. 65). Tento výsledek je potěšující a zároveň vyšší, než-li odpovídaly sestry na totožnou otázku v dotazníku Zdražilové, kde byla SŠ/mentorka přínosná v době AP pro nově nastupující sestry v 79%. Jak Zdražilová uvádí, šlo o téměř shodné důvody (seznámení s chodem odd., získání praktických dovedností, teoretických vědomostí, lepší začlenění do kolektivu, poskytnutí cenných rad, poskytnutí pocitu jistoty, plnění funkce rádce a průvodce a pomoc vyrovnat se s velkou psychickou zátěží (Zdražilová, 2009). Právě poslední zmiňovaný bod je v případě práce ve zdravotnictví, především na JIP, důležitý.

K zamyšlení je zjištění, že většina sester v AP či do tří let praxe nedostaly prostor pro případnou změnu SŠ/mentorky, kdyby jim tzv. „nesedla“ (viz graf č. 20, s. 70). Jak bylo uvedeno výše, přidělená SŠ/mentorka má pro novou sestru velký význam. Pokud nedojde k navázání spolupráce, určitých sympatií mezi ní a SŠ/mentorkou, může to být velký problém pro obě strany. Povědomí o možnosti event. změny je jistě dobré mít. Jednak pro nově nastupující sestru a jednak pro SŠ/mentorku. To by mělo být v pravomoci sestry manažerky, aby na tuto možnost upozornila, zrovna tak, aby sestry vzájemně seznámila a nabídla případnou pomoc při řešení případných problémů (i interpersonálních).

Na některých JIP je zvykem umisťovat nově příchozí sestry nejprve na standardní oddělení. Subjektivní názory na tuto skutečnost znázorňuje graf č. 22 (viz s. 72), který zajímavě porovnává odpovědi SŠ/mentorek a sester v AP či do tří let praxe, kde SŠ/mentorky jsou k tomu nakloněny příznivěji, než druhá skupina dotazovaných.

Skutečně řada ZZ, JIP mají ve své praxi umisťovat absolventy nejprve na standardní oddělení a pak teprve na JIP. Označují to jako tzv. toulky po klinice/ZZ. SŠ/mentorky, jak z šetření vyplývá, mají jiný názor než sestry v AP či do tří let praxe. Já se domnívám, že tato praxe má svůj kladný význam. Pro absolventky je nástup na pracoviště intenzivní péče vždy velkou změnou. I během svých praxí v rámci studia praktikují nejvíce na standardních odděleních a dle mého názoru jen velmi málo se dostanou na JIP. Výhodou je, že sestra pozná problematiku oboru, chod kliniky, pospojuje si souvislosti, které pak po přechodu na JIP zúročí. Ví, kam pacienty překládá, v čem tam ošetrovatelská péče spočívá a může tak i lépe komunikovat s nemocnými. Taková sestra pak dle mého názoru na JIP přechází obohacená o řadu praktických poznatků. V chirurgických oborech je dle mého mínění správné, aby také alespoň jeden den absolvovala nová sestra stáž na operačních sálech. Tento proces by šel vynechat tam, kde sestra kliniku/pracoviště zná ze svých praxí během studia. Tam, kde nastupuje absolventka úplně poprvé (nikdy na klinice/pracovišti nebyla), by byl tento postup jistě přínosný, ač někdy mají absolventky neznalé problematiky JIP pocit, že po ukončení

studia vše ví a znají a považují tento proces za zbytečný. Zde se nachází prostor pro komunikaci, vyjádření přání nové sestry a individuální zhodnocení situace. Otázky související s přínosem SŠ/mentorek v AP, možností změny SŠ/mentorky v AP a problematika umístování absolventek nejprve na JIP souvisí s cílem č. 3.

Součástí dotazníků byl rovněž prostor pro názory, připomínky a komentáře sester ke zkoumané problematice, které jsou rozepsány na str. 73.

Vyhodnocení otázek určených pro SŠ/mentorky:

Většina SŠ/mentorek uvedlo, že nejsou oficiálně ve funkci SŠ/mentorky, přesto zaškolují nové zaměstnance a jen 9% dotazovaných sester absolvovalo kurz pro mentory (viz graf č. 24, s. 77)), jak popisují výše. Podíl těch školitelek, co absolvovaly mentorský kurz v jednotlivých ZZ je následující: FNHK 1 sestra, Nemocnice Pardubice 3 sestry a Nemocnic Havlíčkův Brod dvě sestry. Od vrchní sestry z jednoho pracoviště intenzivní péče jsem byla informována, že mají 2 SŠ/mentorky s kurzem na MD. Přesto se domnívám, že sester s dokončeným kurzem pro mentory je velmi málo. Je možné, že chybí na JIP a na standardních odděleních jich působí méně. Nabídku pro absolvování mentorského kurzu dostaly sestry ve FNHK i sestry Pardubické krajské nemocnice. Školitelky Nemocnice v Havlíčkově Brodě tuto možnost prozatím nemají. Tato data souvisí s cílem č. 3 a 4.

Zdražilová ve své práci uvedla, že většina SŠ/mentorek, která pracuje oficiálně v této funkci, má za náplň hlavně zaškolování nových sester a druhotně mají ještě na starosti praktickou výuku studentů (Zdražilová, 2009).

Zajímavé byly odpovědi na otázky týkající se motivace SŠ/mentorek k činnosti zaškolování nových zaměstnanců. Alarmující je, že nejvíce sester uvedlo, že je nic nemotivuje, že tuto činnost vykonávají, protože musí. Jak ve své práci uvádí Hudcová, z pozice nadřízeného lze zaškolování nových zaměstnanců nařídit jako zvláštní pracovní úkol, ale aby zaškolování plnilo svůj opravdový účel, mělo by to konkrétní SŠ/mentorku především bavit (Hudcová, 2011).

Žádná ze SŠ/mentorek neuvedla jako motiv finance, ač dle výzkumu 13% respondentů je za činnost zaškolování nějakým způsobem finančně ohodnoceno (viz graf č. 25, s. 78).

Také Zdražilová poukazuje ve své práci na nezájem většiny sester činnost SŠ/mentorky vykonávat. I ona uvádí, že mezi nejčastější důvody nezájmu jsou: nedostatek času, zkušeností a nedostatečné finanční ohodnocení. Motivy sester, které tuto funkci vykonávají rády, dle šetření Zdražilové, jsou předávat své zkušenosti mladým kolegyním, všeobecná potřebnost této činnosti, sebevzdělávání a pocit seberealizace školitelek (Zdražilová, 2009).

O těchto aspektech se zmiňuje i Blanka Svatoňová a Ivana Křížová ve svém článku Současné možnosti mentorů, který je součástí sborníku z Mezinárodní konference Dny Marty Staňkové IV, kde autorky uvádí, že možnost předávat své zkušenosti může sestrám přinést pocit uspokojení, sebevědomí a osobní růst (Svatoňová, Křížová, 2007).

Dusíková ve své práci na základě svého šetření uvádí, že mezi nejčastější překážky v zaškolování ze stran SŠ/mentorek jsou shodně se Zdražilovou, nedostatek času, dále únava

z opakovaného vysvětlování, nedostatek personálu, nedostatečné ohodnocení a špatné znalosti zaškolovaných (Dusíková, 2009). K tomuto zjištění jen doplním, že celý AP je dosti individuální proces – negativně tento proces může narušit nekvalitní SŠ/mentorka, ale i nově nastupující sestra. Zvláště, pokud jde o přijetí na JIP. Ne každá sestra má pro práci na JIP předpoklady. I to by mělo být úkolem SŠ/mentorek upozorovat a pokud odhalí, že nově nastupující sestra práci na JIP nezvládá, není zájem či v jejich silách zlepšit se, taktně na tento problém upozornit, aby nedocházelo k „trápení“ se pro obě strany. Některé sestry v sobě nemají tzv. „JIPkové tempo“ či cit pro práci s technikou, což neznamená, že se nemůžou stát vynikajícími sestrami na jiných pracovištích.

V práci Dusíkové jsem se dočetla o závěrech, čím event. jak jsou mentoři klinické praxe motivováni k této činnosti. Nejvíce se v odpovědích objevoval motiv samotného předávání zkušeností, seberealizace a profesní růst. Finanční ohodnocení uvedlo jen 7% sester a podporu vedení jen 3% (Dusíková, 2009). S odstupem dvou let tedy lze pozorovat vyšší procento sester, které jsou za mentorskou činnost ohodnoceny finančně. Přesto ten nárůst není zdaleka takový, jaký by si sestry přály.

Otázkou je, jak zvýšit motivaci sester školitelek. Kde najít finanční prostředky? Důležité je poskytnout SŠ/mentorkám dostatek času na zaškolování. Nejlépe, aby zaškolující sestra neměla na starosti na JIP ne více než jednoho pacienta a byl tak navýšen počet personálu ve službách. Významným motivem by dle mého mínění bylo uznání vedoucích pracovníků a umožnění doplnění patřičné kvalifikace (znalostí). Problematika motivace úzce souvisí s cílem č. 3 a 5.

Z analýzy dat, jakým způsobem na JIP probíhá AP, SŠ/mentorky uvedly v největší míře práci pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná sestra, vždy zkušená). V pořadí číslo dvě se uplatnilo zaškolování jednou sestrou školitelkou po celou dobu zaškolování (viz graf č. 27, s. 80), tyto údaje jsou shodné s těmi, které označovaly sestry v AP či do tří let praxe, což je logické. Průběh AP souvisí s cílem č. 1, 2 a 3.

Není překvapující, že SŠ/mentorky považují v naprosté většině funkci SŠ/mentorky z hlediska výchovy nově nastupujících sester za důležitou (viz graf č. 28, s. 81).

Všechny SŠ/mentorky také považují za důležité, aby SŠ/mentorka měla odborné znalosti a dostatečnou délku praxe (viz graf č. 30, s. 85), zrovna tak jako sestry v AP či do tří let praxe na JIP (viz. graf č. 17, s. 67). Nejvíce se sestry přikláněly k délce praxe alespoň 3 roky. Tato zjištění souvisí se stanovaným cílem č. 3.

Zaškolování nových kolegyně/kolegů není pro 44% SŠ/mentorek přínosné, což pravděpodobně koresponduje s výše uvedeným zjištěním, že většina SŠ/mentorek činnost

zaškolování svých kolegyň/kolegu vykonávají, protože musejí a nejsou patřičně motivované (viz graf č. 29, s. 82). Přínos v zaškolování souvisí s cílem č. 3 a 5.

Dle názorů SŠ/mentorek by všechny nově nastupující sestry na JIP měly nejprve začít praxi na standardním oddělení. Celých 32% sester tento názor popřelo a odpověděly, že ne. 24% dotazovaných by byly této eventualitě nakloněny, ale pouze v případě, že by se jednalo jen o některé nově nastupující sestry (viz graf č. 32, s. 87).

16% sester uvedlo, že na svém pracovišti pozorují fenomén odchodu nových sester ještě v AP (viz graf č. 33, s. 88). Tyto sestry se následně vyjádřily k případným důvodům odchodu nových kolegyň/kolegů v AP. Je potěšující, že procento udávané sestrami není vysoké. Dle Mičudové (náměstkyně pro NLZP, FN Brno) dnes nastala doba, kdy si ZZ mohou nové pracovníky vybírat a situace, se kterou se potýkala většina ZZ v ČR ohledně nedostatku sester, je pryč. Snad jen v hlavním městě ČR je dle mého názoru nedostatek sester místy patrný (usuzuji dle velkého počtu nabídek pracovních míst). Jak Mičudová ve svém komentáři uvádí, příčin tohoto optimistického stavu je několik. K výkonu profese VS se vracejí sestry vlivem všeobecně nepříznivého stavu na trhu práce. ZZ se také naučila přijímat zdravotnické asistenty a možný vliv má také možnost VS pobírat starobní důchod bez nutnosti ukončení pracovního poměru. Přirozenými důvody odchodu VS jsou MD, RD. Pro ZZ to znamená možnost vybírat si kvalitní pracovníky. Jak ale v textu Mičudová dále uvádí, tato situace je přechodná a odpovídá demografickému vývoji v ČR (Mičudová, 2011). Z mého šetření vyšlo najevo, že pakliže sestry odcházejí ještě v průběhu AP, bývá dle mínění SŠ/mentorek na vině psychická náročnost práce na JIP. Částečně optimistické je, že mezi důvody ukončení pracovního poměru nové sestry patrně nepatří nízké finanční ohodnocení, špatný systém zaškolování či špatná atmosféra na pracovišti (viz tabulka č. 6, s. 89).

Hudcová se ve své diplomové práci dobrala k obecnému závěru, že možnost pracovat v příjemném kolektivu pod vedením všeobecně uznávané manažerky má klíčový význam pro bezproblémové začlenění nově nastupující sestry na novém pracovišti (Hudcová, 2011), s čímž se nedá nesouhlasit. Problematika umisťování nových sester na standardní oddělení před nástupem na JIP a problematika nedostatku sester souvisí s cílem č. 3.

Také některé SŠ/mentorky využily prostor v závěru dotazníku a zajímavě nastínily svůj pohled, komentáře a postřehy k danému tématu. Tyto dodatky jsou přepsány na str. 90.

Cíl č. 1: Porovnat různé přístupy v procesu zaškolování sester na JIP

Otázky z dotazníku směřující k cíli č. 1:

- a) dotazník A (pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP) – 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 21
- b) dotazník B (pro SŠ/mentorky) – 5, 6, 12

Dotazníky byly distribuovány do třech ZZ. Dvě zařízení jsou akreditována SAK, jedno nikoliv. Porovnávala jsem, jak ve sledovaných ZZ – oddělení JIP, AP probíhá. Zajímalo mě, z jakého ZZ respondent je, jak u nich na pracovišti AP probíhá a jak často a kdo AP ukončuje. Přesto, že by měl být systém zaškolování nových zaměstnanců alespoň v rámci ZZ jednotný, z analýzy dat je patrné, že se liší. Je potřeba ale brát v úvahu fakt, že systém zaškolování se mění, vylepšuje a tedy za jiných podmínek na JIP sestry nastupovaly před deseti lety a za jiných podmínek nové sestry nastupují dnes.

Jedno ZZ (FNHK) – lze závěrem říci, že se většina JIP drží Metodického plánu MZČR (viz příloha č. 6) a systém zaškolování je zde propracovaný. Většina dotazovaných odpověděla, že u nich na pracovišti AP probíhá pod vedením jedné ze sester směnových, pokaždé jde tedy o jinou sestru, ale vždy zkušenou (viz graf č. 6, s. 55 a graf č. 27, s. 80).

Sestry v AP či do tří let praxe na JP pak odpovídaly, jak probíhá (probíhalo) hodnocení AP (průběžné a finální hodnocení, forma hodnocení) a jak dlouho AP trval.

Tabulka č. 7: Porovnání AP ve ZZ – Jak na Vašem pracovišti probíhá AP?

Odpovědi	FNHK	Nemocnice v Pardubicích	Nemocnice v Havlíčkově Brodě
Práce pod vedením jedné přidělené SŠ/mentorky po celou dobu zaškolování	28	11	11
Práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná, avšak vždy zkušená)	38	18	11
Práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná, avšak mnohdy nezkušená)	7	0	2
Práce bez přímého vedení SŠ/mentorky	2	1	1
Práce pod dohledem sestry úsekové/staniční/vrchní	7	3	1

Ve všech třech ZZ probíhá AP nejčastěji pod vedením jedné směnové sestry, která je pokaždé jiná, avšak vždy zkušená. Jen ve ZZ v HB AP probíhá shodně, pravděpodobně na jedné z JIP formou zaškolování přidělenou SŠ/mentorkou po celou dobu zaškolování.

Z výše uvedené tabulky je patrné, že i v rámci jednoho ZZ se postupy v zaškolování JIP od JIP liší.

Možná, že se do odpovědí také projektovaly postupy, které jsou dnes nahrazeny v rámci Metodického pokynu MZČR (viz příloha č. 6), protože na některých pracovištích se systém zaškolování mění či měnil během posledních měsíců.

Dle mého názoru by měl být AP jednotný ve své formě – průběhu s přihlédnutím na specifika JIP, na to, odkud nový pracovník přechází a jaké má individuální schopnosti. Je mi jasné, že v některých případech se musí také přihlížet k organizaci práce na JIP a zejména na možnosti personálního obsazování.

Tabulka č. 8: Porovnání AP ve ZZ – Hodnocení během AP

Odpovědi	FNHK	Nemocnice v Pardubicích	Nemocnice v Havlíčkově Brodě
Každý měsíc	13	11	1
Pouze jedno hodnocení v závěru	1	6	3
Průběžně, častěji než jednou měsíčně	3	1	3
Nevím	3	5	4

Z tabulky č. 8 je patrné, že v FNHK a ve ZZ v Pardubicích nejčastěji probíhá hodnocení nového zaměstnance každý měsíc. Znepokojující je, že většina sester ve ZZ v HB neví, jak bude hodnocení probíhat či jak probíhalo (pravděpodobně si již nevzpomínají, ačkoliv doba, kdy AP ukončily, není delší než 3 roky).

Závěrem lze říci, že také hodnocení se v jednotlivých ZZ liší. Rozdílné je také hodnocení v rámci jednoho ZZ. Ačkoliv je ve většině ZZ vypracován adaptační plán, pravděpodobně jsou rozdíly způsobené také samotnou zaškolovanou osobou, kdy některé sestry vyžadují častější hodnocení a pro některé je dostačující pouze jedno hodnocení v závěru AP.

Tabulka č. 9: Porovnávání AP ve ZZ – Jakou formou probíhalo konečné hodnocení AP?

Odpovědi	FNHK	Nemocnice v Pardubicích	Nemocnice v Havlíčkově Brodě
Nahodilé ústní zkoušení	5	3	0
Ústní zkoušení dle daných témat	14	12	7
Písemný test (testy)	6	4	2
Vypracování kazuistiky	8	12	4
Vypracování seminární práce	1	0	3
Pozorování nadřízenými při práci	3	5	2
Jiné	0	0	0

Tabulka č. 9 ukazuje, jak ve sledovaných ZZ probíhá konečné hodnocení AP. Již na první pohled je patrné, že se odpovědi velmi liší. Ve FNHK jsou zastoupeny v různém počtu všechny metody hodnocení, kde nejpočetnější je ústní zkoušení dle daných témat. V Krajské nemocnici v Pardubicích je nejvíce také zastoupeno ústní zkoušení a také vypracování kazuistiky. Také v nemocnici v Havlíčkově Brodě probíhá hodnocení většinou ústním zkoušením nového zaměstnance.

Tabulka č. 10: Porovnávání AP ve ZZ – Kým byl AP ukončen?

Odpovědi	FNHK	Nemocnice v Pardubicích	Nemocnice v Havlíčkově Brodě
Hlavní sestrou/náměstkyní oš. péče	0	1	2
Vrchní sestrou	3	3	2
Staniční sestrou	5	3	4
Úsekovou sestrou	0	1	0
SŠ/mentorkou	2	4	0
Jiné	0	0	0

Z tabulky č. 10 vyplývá, že AP je nejvíce ukončován staniční sestrou oddělení. Druhá v pořadí je uvedena vrchní sestra. SŠ/mentorka je překvapivě uvedená pouze ve ZZ v Hradci Králové a Pardubicích. Dle mého názoru by to mělo být tak, že pokud na oddělení

SŠ/mentorky působí, měly by mít hlavní slovo co se týká ukončování AP a vůbec hodnocení AP u nového zaměstnance. Nemělo by být dle mého názoru zbytečně protahováno, nebo naopak urychlováno. Závěrem lze říci, že ve své podstatě je ukončení AP ve sledovaných ZZ obdobný. Znepokojující je, že jakoby se ukončení AP u nového zaměstnance SŠ/mentorek netýkal. Buď SŠ/mentorky na pracovištích chybí, nebo zaškolující sestry se podílí na AP svých kolegů/kolegyň, ale ke konečnému hodnocení následně zvány nejsou.

Inspirojící pro mnohá ZZ by mohl být článek publikovaný v měsíčníku Sestra 9/2011 vrchní sestrou Lyčkovou a staniční sestrou Vágnerovou, popisující AP na neurochirurgické JIP FN Ostrava. Na této JIP mají 4 sestry oprávnění k mentorské činnosti. U těchto sester je kladen velký důraz na profesionální přístup k zaškolovaným osobám. Jak ošetrovatelský management v textu píše: „Tento vklad se nám vrací tím, že studentky po ukončení studií na naše pracoviště nastoupí“. SŠ/mentorky pak s nimi plynule zahájí. Neurochirurgická JIP se řadí mezi náročnější na rychlé a kvalitní zapracování. Proto na této JIP AP trvá průměrně 10 – 12 měsíců. Avšak tam, kde sestry již praxi na JIP mají, přicházejí po MD či přestupují z jiného pracoviště, lze takového pracovníka zaučit v intervalu 1 až 6 měsíců. Vedoucí sestry dále v textu konkrétně popisují, jak ve FN Ostrava AP probíhá, jaké jsou úkoly vrchních sester a jak probíhá hodnocení sester v AP (odkazují na celý publikovaný článek). FN Ostrava ukládá mimo jiné za povinnost, aby každý nový pracovník absolvoval jedenkrát měsíčně vstupní seminář, který obsahuje:

- program zvyšování kvality a bezpečí pacientů,
- personální práce a systém vzdělávání,
- práva pacientů,
- nakládání s léčivými přípravky,
- program prevence NN.

Součástí práce sestry na JIP je obsluha přístrojové techniky, kterou musí sestra řádně ovládat a být proškolená. Mezi další povinná školení patří: KPCR, Hygienické mytí rukou a Transfúze.

Jak je v článku zmiňováno, snahou st. s. je, aby SŠ/mentorka měla s novým pracovníkem stejné služby po celou dobu zaškolování a v prvních dvou měsících aby byla absolventka ve službě navíc. Problémem však je, že většina absolventek nastupuje v letních měsících, kdy je doba dovolených, a tím se tyto snahy značně komplikují.

Ve FN Ostrava nová sestra v rámci AP absolvuje měsíční stáž na standardním oddělení a jeden pracovní den na operačních sálech kliniky. Tento reciproční proces umožňuje pracovníkovi, aby se seznámil se specifiky a rozdílnostmi práce na jiných úsecích kliniky.

V textu se autorky zmiňují, že pracoviště kliniky v posledních letech již netrpí nedostatkem sester. Dle jejich zkušeností se nová sestra stává kvalitní na JIP po dvou až tříleté praxi (Lyčková, Vágnerová, 2011).

Náměstkyně pro ošetřovatelkou péči Otásková, v Nemocničním zpravodaji Nemocnice České Budějovice, a.s. nastínila, jak probíhá adaptace nových pracovníků u nich. Jak zmiňuje, AP trvá dle schopností nového pracovníka různou dobu. Pakliže nový pracovník přichází po návratu z MD či RD, jedná se průměrně o 3 měsíce. Absolventi SZŠ se zaškolují průměrně 3 roky a absolventi VOŠZd či VŠ asi 18 měsíců. AP je zde dokumentován do připraveného „Plánu zapracování“. Před ukončením AP nový pracovník zpracovává závěrečnou písemnou práci – kazuistiku na určené téma a píše odborný test v rozsahu 15 až 20 otázek. Závěrem se koná ústní pohovor, kde vedoucí pracovníci zhodnotí průběh AP u nového zaměstnance včetně vypracované kazuistiky. Následně se vyhotoví „Doklad o ukončeném plánu zapracování“ a tím je dle slov Otáskové nastartován další profesní vývoj jedince. Bezespору velkým přínosem je vyplnění anonymního dotazníku novým zaměstnancem, který dává vedoucím pracovníkům a účastníkům AP zpětnou vazbu (Otásková, 2006).

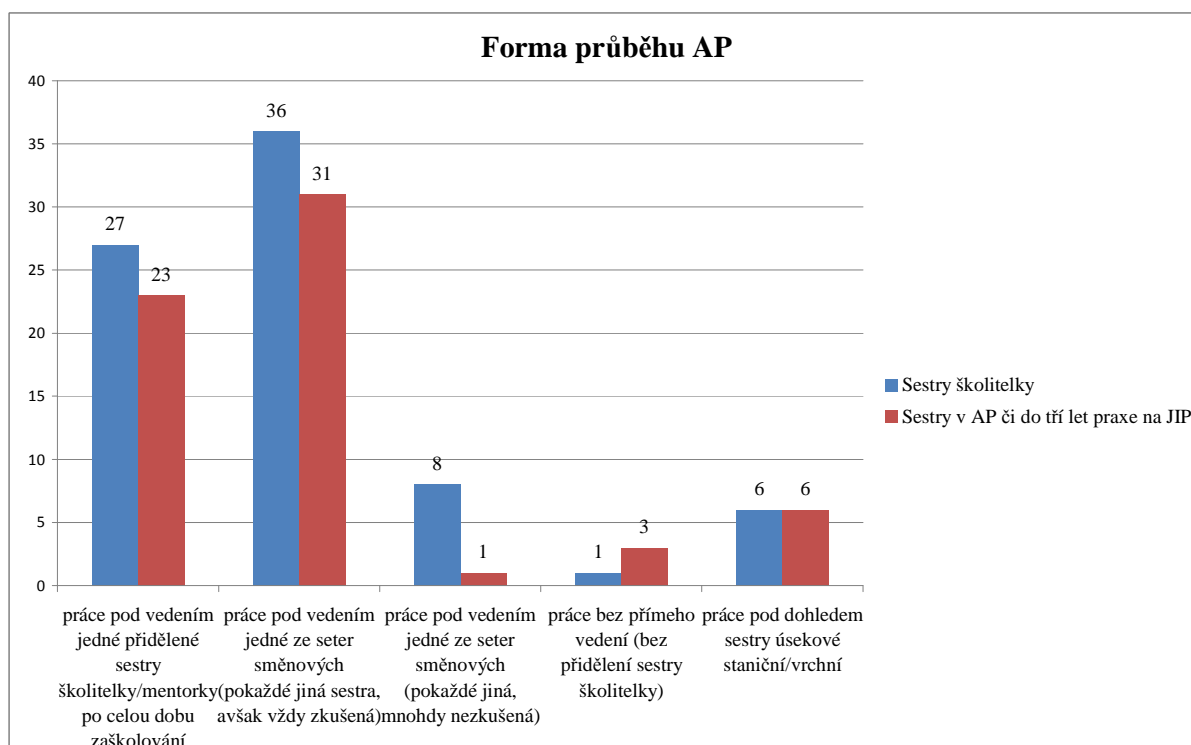
Cíl číslo 1 byl splněn, porovнала jsem přístupy v zaškolování nově příchozích zaměstnanců ve sledovaných ZZ (Fakultní nemocnice Hradec Králové, Krajská nemocnice Pardubice a Nemocnice v Havlíčkově Brodě) a následně nastínila, jak AP probíhá ve Fakultní nemocnici Ostrava a v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Cíl č. 2: Zmapovat, jak ve sledovaných ZZ AP sester probíhá

Otázky z dotazníku směřující k cíli č. 2:

- dotazník A (pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP) – 8
- dotazník B (pro SŠ/mentorky) – 12

Graf č. 34: Forma průběhu AP



Z grafu č. 34 je jasné, že ve většině JIP probíhá zaškolování nově příchozích sester formou zaučování pod vedením jedné ze sester směnových (které se u nové sestry střídají, ale vždy jde o sestry zkušené). Práce pod vedením jedné přidělené SŠ/mentorky je v praxi uplatněna až na druhém místě. Je zářející, že některé sestry byly zaškolovány bez přímého vedení. Z analýzy dat dále vyplývá, že je zde patrný rozpor mezi praxí a tím, co by sestry považovaly za optimální (jak vyplynulo i z komentářů sester, které uváděly v závěru dotazníku).

Tabulka č. 7 (viz s. 103), která je uvedena výše, znázorňuje podrobněji, jak se liší forma zaškolování ve sledovaných ZZ.

Cíl číslo 2 jsem splnila. Zmapovala jsem, jakou formou ve sledovaných ZZ AP probíhá.

Cíl č. 3: Zjistit překážky bránící kvalitnímu a rychlému zapracování nově nastupujících sester na JIP

Otázky z dotazníku směřující k cíli č. 3:

- a) dotazník A (pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP) – 9, 12, 13, 14, 16, 18, 21
- b) dotazník B (pro SŠ/mentorky) – 5, 9, 10, 19

Mezi překážky bránící dobrému zaškolení jsem zařadila situace, kdy sestry neměly SŠ/mentorku k dispozici, což bylo naštěstí jen ve dvou případech (viz graf č.7, s. 56). Nevhodnou délku AP (příliš krátké zaškolování) uvedla také jen jedna z dotazovaných (viz graf č. 11, s. 60). Mezi subjektivně vnímané problémy, které respondenti v dotazníku označovali nejčastěji byly rozdíly mezi výukou a praxí, vysoká psychická zátěž a rovněž uvědomění si vlastní tíhy zodpovědnosti a ovládnutí techniky na JIP (viz graf č. 12, s. 61). Z faktorů, které by bylo možné eliminovat, se domnívám, patří rozdíly mezi výukou a praxí, i když to bývá celkem přirozený jev, kdyby byla užší spolupráce mezi vzdělávací institucí a pracovištěm praktické výuky, mohlo by se ledajaké rozdíly ztratit. Zrovna tak si myslím, že v náplni výuky studentek, potencionálních sester, by měl být kladen vyšší důraz na seznámení se s technikou (nejen typickou pro JIP pracoviště). Tam, kde fungují mentoři klinické praxe, bývá tento problém odstraněn, neboť mentorka ovládnutí techniky na JIP velmi dobře zná, na rozdíl od případné paní učitelky, která se do práce s technikou jen tak nepouští (ani k tomuto nebývají proškolené). Absence opory během zaškolování také naštěstí byla uvedena jen jednou sestrou, ale za poskytovatele opory vrchní sestru neoznačila žádná sestra (viz graf č. 14, s. 63). Žádný přínos SŠ/mentorky v době AP pro nové sestry bylo poznamenáno třemi respondenty (viz graf č. 16, s. 65). A závěrem nemožnost případné změny SŠ/mentorky byla šetřením zjištěna u 32 sester (viz graf č. 20, s. 70). Některé sestry poukazyvaly na jisté problémy samy v závěru dotazníku, kde se individuálně k dané problematice vyjadřovaly (viz str. 73 a 90). Problém ze stran SŠ/mentorek může spočívat v nedostatečné kvalifikaci pro tuto činnost - nemají mentorský kurz (viz graf č. 24, s. 77), celkem 62 SŠ/mentorek, nejvyšší dosažené vzdělání jen středoškolské (viz graf č. 4, s. 52), celkem 12, nedostatečná (resp. žádná) motivace (viz graf č. 25, s. 78 a graf č. 26, s. 79), celkem u 38 respondentů. Tyto problémy můžou vést k odchodu nově nastupující sestry ještě v AP (viz graf č. 33, s. 88). Očima sester, které zaškolují nové sestry, je na vině nejvíce psychická náročnost na JIP (viz tabulka č. 6, s. 89).

Také Vránová ve svém článku, který byl publikován v časopise *Diagnóza v ošetrovatelství* 1/2006 s názvem *Mentor klinické praxe* zdůrazňuje, že je velmi důležité, aby oš. management ZZ zajistil mentorům odpovídající podporu v jejich roli, možnost udržovat si klinickou odbornost a dovednosti a aby měli mentoři dostatek času na svoji mentorskou úlohu i na své běžné pracovní povinnosti. Jak Vránová podotýká, zajištění těchto podmínek nebývá vždy pravidlem, ač je to jeden z důležitých předpokladů odpovídající úrovni vzdělávání zdravotnických pracovníků (Vránová, 2006). Analýzou dat jsem zjistila, že mezi nejčastější překážky bránící kvalitnímu a rychlému zaškolování nepatří absence SŠ/mentorek jako takových či nedostatečná opora v rámci týmu či že by práce SŠ/mentorek nebyla pro nově nastupující sestry přínosná. Mezi časté překážky však dle šetření lze zařadit: nutnost vyrovnat se s rozdíly mezi výukou a praxí, srovnat se s vysokou psychickou zátěží na JIP, zvládnutí obsluhy technického vybavení na JIP. Velkou roli hraje i nemožnost pro případnou změnu SŠ/mentorky. Problémem ze strany SŠ/mentorky může být její nezájem o zaškolování (nízká úroveň motivace) a nedostatečné vzdělání (specializační studium pro oblast intenzivní péče bylo výzkum zastoupeno v hojně míře, ale podstatně horší je to s pedagogickým vzděláním). K zamyšlení je také zjištění, že podpora novým pracovníkům ze stran vrchních sester je dle respondentů nulová.

Domnívám se, že zjištěné problémy mohou být v mnoha případech příčinou zdlouhavého AP u nově nastupujících sester na JIP, či ve výsledku příčinou nekvalitně zaškoleného pracovníka. Řada negativních aspektů může vést i k rozvázání pracovního poměru sestry ještě během AP.

Cíl číslo 3 byl splněn, byly zjištěny překážky bránící kvalitnímu a rychlému zapracování nově nastupujících sester na JIP.

Cíl č. 4: Zjistit vliv vzdělání a délky praxe u SŠ/mentorek na kvalitu AP

K cíli č. 4 se vztahují otázky č.:

- a) dotazník A (pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP) – 19, 20,
- b) dotazník B (pro SŠ/mentorky) – 2, 3, 4, 5, 9, 15, 16

Není překvapující, že naprostá většina sester v AP či do tří let praxe na JIP a rovněž SŠ/mentorek považuje za důležité, aby SŠ/mentorky disponovaly dostatečnou délkou praxe a odbornými znalostmi (viz graf č. 18, s. 68). Názor sester v AP či do tří let praxe na JIP na optimální délku praxe u SŠ/mentorek, byl překvapující, neboť většina uvedla, že to nedokáže posoudit (viz graf č. 19, s. 69). SŠ/mentorky většinou uváděly konkrétní délku praxe, která by dle jejich úsudku měla být alespoň 3 roky (viz graf č. 31, s. 86). Protože nejčastější délka praxe SŠ/mentorek ve zdravotnictví je delší než 15 let, jejich názor na délku praxe je tedy v praxi dodržován. Nejčastěji jsou SŠ/mentorky věkové kategorie od 31 do 40 let. To je také dle mého názoru optimální, ačkoliv na některých JIP dle šetření zaškolují sestry podstatně mladší, dokonce do 25 let jich je celkem 7.

Nejvyšší ukončené vzdělání u SŠ/mentorek je specializační studium a jen 19% SŠ/mentorek má ukončené vysokoškolské vzdělání. SŠ/mentorek, které absolvovaly kurz je pouze 9%.

Názory sester v AP či do tří let praxe na JIP na délku SŠ/mentorky odhalily, že většina z nich délku praxe nedokáže posoudit. Z těch, které se konkrétně vyjádřily, bylo zjištěno, že optimální délku praxe u SŠ/mentorek považují minimálně 3 roky (viz graf č. 19, s. 69).

Dle statistiky uvedené v měsíčníku *Sestra* 2/2002 v článku *Metoda ošetřovatelského procesu v nástupní praxi* bylo uvedeno, že do FN Motol nastoupilo 115 absolventů během 1 roku. Z tohoto počtu 10 absolventů odešlo ze ZZ ještě před ukončením AP. Ze 105 sester, které AP ukončily, bylo 78% absolventů SZŠ, 20% absolventů VOŠZd a 2% tvořily absolventky přicházející z VŠ. Každý absolvent měl přidělenou svojí SŠ/mentorku. Statistika Novákové ukazuje, že v době šetření mělo 29% SŠ/mentorek pouze kvalifikační vzdělání, 62% sester pomaturitní specializační vzdělání a 9% SŠ/mentorek bylo vysokoškolsky vzdělaných (Nováková, 2002). V tomto článku ještě nebyl použit termín adaptační proces. Běžně se v minulosti v praxi tento proces označoval jako tzv. nástupní praxe.

Z šetření, které proběhlo v dubnu 2007 Pospíšilovou a Vránovou na půdě LF univerzity Palackého v Olomouci, bylo zajímavé, že 37,29% mentorů klinické praxe se rozhodlo

absolvovat kurz z důvodu své zvědavosti a díky touze po nových vědomostech (Pospíšilová, Vránová, 2008).

Závěrem lze říci, že vliv délky praxe u SŠ/mentorek je v našich podmínkách dle šetření nepochybně velký, ale potěšující je, že velká míra SŠ/mentorek má dostatečnou délku praxe nejen ve zdravotnictví, ale i přímo na JIP, aby tuto činnost mohla vykonávat. Zdaleka ne tak optimistické je zjištění, že podíl sester s mentorským kurzem či s jiným pedagogickým vzděláním je minimální. Vzdělání mentorek na JIP stran odborného vzdělávání v oblasti poskytování intenzivní péče je však dle analýzy dat vyhovující. Domnívám se tedy, že sestry s nedostatečným pedagogickým vzděláním, event. nedostatečnou délkou praxe či nezájmem o tuto činnost nemohou kvalitně připravovat své kolegyně pro samostatnou práci na JIP.

Cíl číslo 4 jsem splnila, když jsem zjistila vliv vzdělání a délky praxe SŠ/mentorek na kvalitu zaškolování nových sester na JIP.

Cíl č. 5: Ověřit u SŠ/mentorek míru jejich zájmu, motivaci a osobnostní předpoklady podílet se na AP nově nastupujících sester

K cíli č. 5 se vztahují otázky č.:

- a) dotazník A (pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP) – 17, 18
- b) dotazník B (pro SŠ/mentorky) – 10, 11, 13, 14

Nové sestry by si přály být zaškolovány hlavně sestrou, která je trpělivá. Dle jejich mínění by také měla být komunikativní, svědomitá, pečlivá a empatická. SŠ/mentorek jsem se nakonec na jejich vlastnosti pro neobjektivnost odpovědí netázala. Kvalitní SŠ/mentorka se zájmem o tuto činnost by tyto vlastnosti bezesporu měla mít.

Je však velký podíl SŠ/mentorek, kterým chybí motivace. Velký počet sester v šetření dokonce označilo, že činnost zaškolování provádějí z toho důvodu, že musejí (viz graf č. 25, s. 78). Jak vyplývá i z individuálních komentářů SŠ/mentorek (viz str. 90), výrazně postrádají finanční motiv. SŠ/mentorky si plně uvědomují potřebnost SŠ/mentorek, ale přínos v zaškolování pro sebe samé nevidí až 56% SŠ/mentorek, což je dle mého názoru alarmující zjištění (viz graf č. 29, s. 82).

Závěrem lze tedy zdůraznit, že zájem k zaškolování nových sester není nikterak závratný. Hlavními důvody je nedostatečná motivace, zejména finanční a také velká míra zodpovědnosti.

Cíl číslo 5 je splněn, neboť jsem u SŠ/mentorek ověřila míru jejich zájmu, motivaci a osobnostní předpoklady podílet se na AP nově nastupujících sester na JIP.

V závěru diskuze lze říci, že moje bakalářské práce dokázala naplnit všechny stanovené cíle.

Souhrn doporučení pro praxi (dle provedeného dotazníkového šetření):

- zajistit jednotný systém zaškolování (nejlépe formou zaškolování jednou SŠ/mentorkou po celou dobu zaškolování, pakliže nebude důvod ke změně SŠ/mentorky) z důvodu, že nové sestry tak nejsou zmatené, že ten či onen postup jim různé sestry vykládají trochu „po svém“ a tento systém je výhodnější i z hlediska hodnocení a i z důvodu poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nemocným,
- hodnocení AP – jako nejoptimálnější varianta se jeví hodnotit průběžně – dle předem určených témat, postupně nároky zvyšovat a hlavně předem sestru po nástupu na JIP informovat – kdy a kdo bude práci nové sestry hodnotit a doporučit jí studijní materiál,
- hodnocení – objektivně – hlavní slovo by měla mít zaškolující sestra, hodnotit také písemně, spolu se zaškolovanou sestrou, průběžně ve všech podstatných oblastech pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče pacientům/klientům JIP,
- vše písemně dokumentovat (celý průběh AP včetně průběžného i závěrečného hodnocení,
- výhodou je i vedení tzv. deníku nového pracovníka, kde je dobré zaznamenávat – které výkony nová sestra viděla, u kterých asistovala a které prováděla (zabrání se tak nepravdivým informacím ze strany nových zaměstnanců, které se opakovaně jsou schopné „vymlouvat“ že ten či onen výkon ještě nedělaly, apod. a zabrání to ve výsledku i případným nedorozuměním,
- k časovému faktoru zaučování přistupovat individuálně, avšak zbytečně jej neprodulžovat, pakliže se jedná o nové sestry schopné a s praxí,
- zajistit adekvátní, nejen finanční ohodnocení SŠ/mentorek,
- mentorstvím pověřovat sestry, které k tomu mají předpoklady a mají o tuto činnost zájem,
- umožnit školitelkám se zájem o tuto činnost absolvovat mentorský kurz,
- k zaškolování vybírat sestry s dostatečnou délkou praxe (nejméně 3 roky, nejlépe kolem 5 let) a výbornými znalostmi problematiky práce na JIP (znalosti teoretické a dovednosti praktické),
- určit na pracovišti SŠ/mentorky, oficiálně je představit v týmu,
- přidělovat SŠ/mentorku jedné nově nastupující sestře, umožnit event. změnu SŠ/mentorky po vzájemné dohodě,

- ohledně práce na JIP – zajistit, aby studentky během praxí měly možnost seznámit se s technikou na JIP, a event. s PC programy (NIS) ZZ,
- zpětná vazba – zajistit, aby se nejen SŠ/mentorka, ale i management zajímal, jak zaškolování u pracovníka probíhá, jaké jsou problémy apod.,
- vést statistiky migrace pracovníků – ukončení pracovního poměru v AP – důvody nespokojenosti, ukončení pracovního poměru apod., formou dotazníků.

Jakým způsobem zajistit SŠ/mentorkám dobré podmínky k zaškolování? Klíčová je dle mého názoru podpora vedení zdravotnických zařízení, úzká spolupráce nové sestry se SŠ/mentorkou a vedoucím pracovníkem pracoviště a individuální přístup.

4 ZÁVĚR

„Per aspera ad astra.“

(Po tvrdé cestě ke hvězdám)

Práce „Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na JIP“ se soustředí kromě role sestry školitelky/mentorky, na adaptační proces v rámci pracoviště JIP a celkově na problematiku mentorství. Období zaškolování nových zaměstnanců je proces náročný, zvláště pokud jde o jedince nastupující hned po ukončení studia. Náročnost se umocňuje, pokud jde o tak náročná pracoviště, kterými jednotky intenzivní péče bezpochyby jsou. Musí být tedy zájem odborné veřejnosti se touto problematikou zabývat, aby výsledkem byl spokojený, kvalitně a rychle zaškolený pracovník, spokojená SŠ/mentorka, pacienti/klienti a následně celé vedení ZZ. Hlavním cílem práce bylo zmapovat současný stav ve sledovaných ZZ, zjistit event. překážky a zaměřit se na motivaci SŠ/mentorek k samotnému zaškolování. Zajímalo mě také, jaký vliv má na zaškolování nových sester vzdělání a délka praxe mentorek. Stanovené cíle byly splněny.

Bylo zjištěno, že přístupy jednotlivých ZZ k AP nových zaměstnanců se liší. Rozdíly jsou patrné i v rámci JIP jednoho ZZ. Různá je forma zaškolování, kde nejvíce je uplatňován model zaškolování pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé tedy jinou sestrou, ale dle stanoviska respondentů, vždy zkušenou). Tento fakt je bohužel v rozporu s přáním většiny respondentů, protože dle jejich názorů, optimální by bylo zaškolování přidělenou SŠ/mentorkou po celou dobu AP. Různé je i hodnocení v průběhu AP. Potěšující je, že se nová sestra hodnotí poměrně často (každý měsíc) a to nejčastěji formou ústního zkoušení a vypracováním jedné kazuistiky. Jen pozorování nové sestry při práci jako forma hodnocení kvality zaměstnance je v praxi uplatňována poměrně málo. Hlavní slovo v procesu ukončení AP má v. s. a st. s., SŠ/mentorka byla zastoupena méně. Překážek bránící kvalitnímu a rychlému zaškolování nových pracovníků je celá řada. Je potěšující, že faktor délky praxe u SŠ/mentorek překážkou není, protože délka praxe u těchto sester je dostatečná. Horší situace je se vzděláním mentorek. Příznivé je, že specializační studium v oblasti poskytování intenzivní péče má většina mentorek na JIP, ale se vzděláním zaměřeným pedagogickým směrem je to naopak. Mezi další překážky patří nutnost nových sester (absolventek) vyrovnat se s rozdíly mezi teorií a praxí, srovnat se s psychickou zátěží a zvládnout ovládnání techniky na JIP. Většině sester nebylo nabídnuto v případě potřeby možnost změny SŠ/mentorky.

Stěžejní problém vidím v nezájmu SŠ/mentorek tuto činnost vykonávat, což zcela jistě souvisí s jejich nedostatečnou motivací, zejména finanční, která byla výzkumem jasně prokázána.

Zaškolování nových pracovníků má ještě nedostatky, ale i díky Metodického pokynu MZČR (viz příloha č. 6) došlo ke zlepšení přístupu ZZ k zaškolování nových pracovníků. Zaškolování pracovníků je dynamickým procesem, který se neustále vyvíjí a úzce souvisí s úrovní vzdělání (nově nastupujících sester i sester školitelek). Více pozornosti by mělo být věnováno SŠ/mentorkám. Je nutné tyto sestry k zaškolování více motivovat a celkově zvýšit jejich zájem tuto práci vykonávat – zlepšit jim podmínky a umožnit náležitě se vzdělávat.

Svou pozornost by si také zasloužilo dle mého názoru zlepšení přípravy studentů ve vzdělávacích institucích pro práci na JIP a alespoň minimálně seznámit studenty SZŠ, VOŠZd či VŠ se základním technickým vybavením na JIP, aby např. monitor vitálních funkcí neviděly absolventky poprvé až na JIP.

Závěrem bych ráda sdělila, že tato práce byla pro mě samotnou velkým přínosem. Díky této práci jsem si především objasnila problematiku mentorství, dozvěděla se řadu nových poznatků z oblasti pedagogiky, související legislativy a z oblasti managementu. Díky výsledkům šetření jsem se dozvěděla celou řadu zajímavých skutečností.

Jak se mi i v komentářích respondentů několikrát objevilo, toto téma je aktuální, sestry zajímá a v řadě případů je tato problematika v některých oblastech tíží.

Sestrám školitelkám/mentorkám bych závěrem vzkázala: Vy, kdo se podílíte na činnosti zaškolování svých nových kolegů se zájem, díky Vám. Máte velkou odpovědnost, ale především možnost, vychovat kvalitní sestry na JIP se všemi atributy, které by takové sestry měly mít. Buďte trpělivé a mějte na paměti, že i Vy jste začínala. Zaujměte ke své svěřenkyni holistický přístup. Věřte, že se Vám energie vkládaná do zaškolování nové sestry zúročí. Máte možnost poskytnout sobě a celému zdravotnickému týmu kvalitní kolegyni a nemocným výbornou sestřičku.

Vám, nově příchozí „posily“ na JIP, bych ráda popřála následující: Hodně sil a trpělivosti během AP. Nenechte se odradit prvními nezdary, pracujte na sobě a k těm, kteří se Vám snaží pomáhat, vzhlížejte s pokorou. Odměnou Vám pak jistě bude řada spokojených pacientů/klientů a radost z dobře vykonané práce. Buďte sebekritická a pokud Vás práce na JIP tzv. nechytne za srdce, netrapte sebe a okolí a zkuste se realizovat v jiném oboru. Není to ostuda, ale šance profesně vyniknout jinde.

Anotace

Autor:	Iva Dobrovolná, DiS.
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF HK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na jednotkách intenzivní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková
Počet stran:	162
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	role sestry, sestra školitelka/mentorka, adaptační proces, JIP, mentorství, ošetrovatelství a pedagogika, vzdělávání sestry

Tato bakalářská práce pojednává o problematice zaškolování nových zaměstnanců na jednotkách intenzivní péče. Teoretická část se zabývá charakteristikou povolání všeobecné sestry, vzděláváním v ošetrovatelství a propojeností pedagogiky s ošetrovatelstvím. Velká část práce je věnována mezilidským vztahům, komunikaci a managementu v ošetrovatelství. Poměrně obsáhlé kapitoly popisují samotný adaptační proces, specifika práce sestry na JIP a problematiku mentorství ve zdravotnictví.

Klíčem práce je kvantitativní výzkum. Empirická část je podložena výsledky z dotazníkového šetření u sestry v adaptačním procesu či do tří let praxe a zvláště u sestry školitelek/mentorek. Lokalitou šetření byla pracoviště JIP ve sledovaných zdravotnických zařízeních. Výsledná data jsou interpretována a v některých případech porovnávána pomocí grafů a tabulek.

Anotation

Author:	Iva Dobrovolná, DiS.
Institution:	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	The role of the supervisor nurse in the introductory process in the intensive care unit
Supervisor:	Mgr. Eva Vachková
Number of pages:	162
Number of annexes:	8
Year of exam:	2011
Key words:	role of nurses, nurses in the introductory process, adaptation process, ICU, mentorship, nursing, pedagogy, nursing education

This bachelor's thesis deals with the issues of the training of new employees in the intensive care unit (ICU). The theoretic part treats the characteristic of the profession of general nurse, the education in nursing and the combination of pedagogy and nursing. A great part of the thesis concerns the interpersonal relationships, communication and management in nursing. Rather extensive chapters describe the introductory process itself, the particularity of a nurse's work in the intensive care unit and the issues of supervising in the health care.

The thesis is based on a quantitative research. The empiric part is supported with the results of questionnaire survey among nurses in the introductory process or within three years of work experience and with supervisor nurses. The research has been carried out in the intensive care units in chosen medical institutions. The results are interpreted and in some cases compared by means of graphs and charts.

Použitá literatura a prameny

1. ADAMCZYK, R. *Humánní role sestry. Ošetřovatelství*. Hradec Králové: LFHK, 2005. roč. 7, č. 3-4, s. 97-99. ISSN 1212-723X.
2. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
3. AJGLOVÁ, J., MÜLLEROVÁ, N., RATISLAVOVÁ, K. Sestra školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 2, s. 15-18. ISSN 1210-0404.
4. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
5. AUTOR NEUVEDEN. *Sestra školitelka v neonatologii*. 2006. [online] [cit. 20.10.2008] Dostupné z WWW: <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=126.5>>.
6. BARTÁK, J. *Lidé a změny*. 1. vyd. Praha: Votobia, 2004. 269 s. ISBN 80-7220-184-0.
7. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2006. roč. 6, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
8. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
9. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
10. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. et al. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. rozšířené vyd. Praha: Management Press, 2002. 586 s. ISBN 80-7261-064-3.
11. CICHÁ, M., DORKOVÁ, Z. *Didaktika praktického vyučování zdravotnických předmětů I*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-1417-1.
12. CICHÁ, M., DORKOVÁ, Z. *Didaktika praktického vyučování zdravotnických předmětů 2*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-1418-X.
13. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, A. *Speciální psychologie*. 3. nezměněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
14. Česká republika. Zákon 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. *Sbírka zákonů České republiky*. In 96/2004 Sb. 2004 ze dne 4. února 2004. Částka 30, s. 1452-1479.
15. Česko. Metodická opatření: *Koncepce ošetrovatelství*. In Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, částka 9, s. 1-32. Dostupný také z WWW: <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/142-vestnik-92004.html>>.
 16. ČÍŽKOVÁ, L. *Role sestry a její vliv na kvalitu a úroveň praktické výuky studentů oboru všeobecná sestra*. Bakalářská práce obhájená na Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií v r. 2009. 116 s.
 17. DUSÍKOVÁ, H. *Role sestry školitelky v nemocnicích*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Katedra ošetrovatelství v r. 2009. 87 s.
 18. DUŠOVÁ, B. *Pedagogika a didaktika*. I. část. Ostravská univerzita. Ostrava, 2006. 57 s.
 19. DVOŘÁČEK, J. *Pedagogika pro učitele odborných předmětů*. 1. vyd. Praha: VŠE Oeconomica, 2005. 304 s. ISBN 80-245-0886-9.
 20. EDWARDS, Ch., SMITH, A. P. *Preparation of mentors and teachers: a new framework of guidance : Department of Health - Publications* [online]. 2001 [cit. 2009-10-22]. Dostupný z WWW: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058379.pdf>.
 21. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství: teorie*. 1. české vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
 22. GROHAR, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
 23. HAJZLER, T. *Najděme si každý svého mentora. | Revoluce v práci | PeopleComm#komentare*. 2009. [online]. [cit. 2009-10-18]. Dostupný z WWW: <<http://blog.peoplecomm.cz/clanek/revoluce-najdeme-si-kazdy-mentora>>.
 24. HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. české vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s. (Strategie efektivního vedení týmu). ISBN 80-7178-983-6.
 25. HORALÍKOVÁ, M. *Personální řízení*. 5. vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2006. 260 s. ISBN 80-213-1585-7.
 26. HRONÍK, F. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1457-8.
 27. HUDCOVÁ, L. *Role sestry manažerky na usnadnění adaptačního procesu nově nastupující sestry na oddělení ARO, JIP*. Diplomová práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta v r. 2011. 118 s.

28. CHRZOVÁ, A. *Absolventky nastupují*. Nemocnice. Praha VFN: 1999, č. 7, s. 6-7.
29. CHVÁTALOVÁ, H. Program mentor v péči o seniory v domově Unhošť. *Florence*. Praha, 2008, roč. 4, č. 5, s. 204-205. ISSN 1801-464X.
30. JAROŠOVÁ, D. *Mentori odborné praxe / Ústav ošetrovatelství a porodní asistence FZS OU* [online]. 2009, 18.10.2009 [online] [cit. 2009-10-19]. Dostupný z WWW: <<http://fzs.osu.cz/uom/index.php?kategorie=34523&id=4371>>.
31. JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Ostrava, 2006. 34 s.
32. JIRKOVSKÝ, D. Výsledky autoevaluace vybraných pedagogických a manažerských dovedností všeobecných sester – mentorek klinické praxe. In *Pracovní den Marty Staňkové – Inovace v pregraduálním a v postgraduálním vzdělávání sester – sborník příspěvků z konference konané dne 26.3.2009 na UK 1.LF v Praze*.
33. JURÁSKOVÁ, D. *Adaptační proces nových pracovníků útvaru ošetrovatelské péče*. [online] [cit. 18.11.2008]. Dostupné z WWW: <http://intranet.ftn.cz/prilohy/3844/2004_06%20Adaptační_proces.doc>.
34. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
35. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
36. KOLLÁRIK, T. *Spokojnosť v práci*. 1. vyd. Bratislava: Práca, 1986. 238 s. ISBN 74-029-86-07.
37. KOPECKÁ, I. ČAS pro pedagogickou sekci. *Florence*. Praha, Galén, 2010, roč. 6, č. 11, s 36-37. ISSN 1801-464X.
38. KOPŘIVA, M. *Mentoring*. Publikováno 14.11.2008. [online] [cit. 2011-5-5]. Dostupný z WWW: <http://vyhledavani.ihned.cz/109-30305120-on-mentoring-M00000_d-4d>.
39. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 4. rozšířené doplněné vydání. Praha: Management Press, 2007. 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.
40. KRÁLOVÁ J., PÁRTLOVÁ M. Empatie na pracovišti. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 10, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
41. KRÁTKÁ, A., et al. *Speciální příprava mentorů odborné praxe studentů*. 1. vyd. Zlín : UTB, 2006. ISBN 80-7318-459-1.
42. KRISTOVÁ, J., MUSILOVÁ, E. Dimenzionální koncept sesterského povolání. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.10, s.14-15. ISSN 1210-0404.

43. KRÍŠKOVÁ, A., WILLARD, H.,J., CULP, K. *Ošetrovatel'stvo v zdraví pri práci*. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN80-8063-109-3.
44. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
45. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1. (ze slovenského originálu přeložila Dagmar Pilařová, název originálu: Didaktika ošetrovatel'stva).
46. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
47. LISICKÁ, B. Ohlasy mentorů a studentů na nově se rodící studium a funkci mentora klinické praxe na LF UP v Olomouci. *Diagnóza v ošetrovatel'ství*. 2006, roč. 2, č. 1, s. 7-8. ISSN 1801-1349.
48. LYČKOVÁ, K., VÁGNEROVÁ, L. Adaptační proces sester v nemocnici s JCI. *Florence*. Praha: Galén, 2011, roč. 7, č. 9, s. 8 – 9, ISSN 1801-464X.
49. MALACH, J., ZAPLETAL, B. *Vybrané kapitoly andragogiky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-73-68-043-2.
50. MESÁROŠOVÁ, J. *Vzdelávanie mentorovpre vyučovanie a studium založené na klinickém ošetrovatel'skej praxi. Prezentácia výsledkov projektu KEGA č. 3/3247/05. In Ošetrovatel'stvo – teória, výskum a vzdelávanie (CD ROM)*. Martin : UK JLF, s. 328-332, ISBN 978-80-88866.13-5.
51. MIČUDOVÁ, E. *Hrozí sestřám nezaměstnanost?* Publikováno 6.9.2011. [online] [cit. 14.9.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/23887-hrozi-sestram-nezamestnanost>>.
52. Ministerstvo vnitra České republiky. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [cit. 2011-05.05]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>.
53. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Stanovisko k zařazování všeobecných sester do platových tříd*. [online]. [cit. 2011-08-28]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/stanovisko-k-zarazovani-vseobecnych-sester-do-platovych-trid_4360_949_3.html>.
54. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Tisková konference - Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních České republiky*. [online]. [cit. 2010-11-12]. Dostupné

- z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr_1295_868_1.html>.
55. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Vyhláška č. 439 ze dne 11. prosince 2008, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů České republiky*. 2008, částka 142, s. 7107-7116. ISSN 1211-1244.
56. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon č. 105/2011 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. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. [online]. [cit. 2011-9-9]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_1=105/2011&PC_8411_ps=10&PC_8411_text=105/2011#10821>.
57. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-05927.
58. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*. Držitel certifikátu ISO 9001: 2008 [online]. [cit. 2011-04-03]. Legislativa. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Dostupné z WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/guest/168>>.
59. NOVÁ, L. Práce sestry – školitelky na ARO. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, s. 12. ISSN 1210-0404.
60. NOVÁKOVÁ, J. Metoda ošetrovatelského procesu v nástupní praxi. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 2, s. 12. ISSN 1210-0404.
61. OTÁSKOVÁ, J. *Adaptace nových pracovníků v Nemocnici České Budějovice, a.s.* Nemocniční zpravodaj. Podzim 2006. Odpovědná redaktorka PhDr. Šotolová Marie. 52 s.
62. PALÁN, Z. *Lidské zdroje*. 1. vydání. Praha: Academia, 2002. 280 s. ISBN 80-200-0950-7.
63. PAPULA, J., PAPULOVÁ, M. *Manažerstvo*. Bratislava: SPN, 1993. 137 s. ISBN 80-08-02021-0.
64. POKOJOVÁ, R. Modulový systém specializačního vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005, č. 5, s. 13-14. ISSN 1210-0404.
65. POSPÍŠILOVÁ, A., VRÁNOVÁ, V. Praktická výuka vedená pomocí mentorka klinické praxe. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. IV., č. , s 29-30. ISSN 1001-1349.

66. PROCHÁZKA, M., SOMR, M. *Kapitoly z didaktiky vzdělávání dospělých*. 1. vyd. České Budějovice: Tiskárna Johanus, 2008. 97 s. ISBN 978-80-254-1919-9.
67. PRŮCHA, J. *Pedagogický slovník*. Nové, rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Portál. 2009. 400 s, ISBN 978-80-7367-647-6.
68. RICHARDS, A., EDWARDS Sh. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
69. SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vydání. Brno: Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.
70. SOCHOROVÁ, N. *Vzdělávání sester nejen v urologii*. [online] [cit. 25.11.2008] Dostupné z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/URO2005_02_08.pdf>.
71. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra - reprezentant profese, praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
72. STAŇKOVÁ, M. Ochrana zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 3, s. 55-56. ISSN 1210-0404.
73. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetrovatelství 13. Sestra a pacient (komunikace v praxi). Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
74. SVATOŇOVÁ, B., KRÍŽOVÁ, I. Současné možnosti ve vzdělávání mentorů. In *Dny Marty Staňkové. Sborník z mezinárodní konference*. sv. IV. Praha: Galén, 2007. 103 s. ISBN 978-80-7262-476-8.
75. SÝKOROVÁ, A. Jak přežít v ženském kolektivu? *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 3, s.12 ISSN 1210-0404.
76. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
77. ŠKOCHOVÁ, D. Dobrý lídr umí komunikovat o své vizi. *Florence*. Praha: 2006, roč. II, č. 2, s. 57. ISSN 1801-464X.
78. ŠKUBOVÁ, J. Kolektiv „tuží“ staniční a vrchní sestra. *Florence*. Praha: Galén, 2008, roč. 4, č. 2, s. 80. ISSN 1801-464X.
79. ŠKUBOVÁ, J. Mentor v péči o seniory. *Florence*. Praha: Galén, 2008, roč. 4, č. 1, s. 38-40. ISSN 1801-464X.
80. ŠTIKAR, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.

81. VACHKOVÁ, E. et al. *Vzdělávací kurz pro mentory při LF UK v Hradci Králové. Studijní texty akreditovaného kurzu“ Mentor klinické praxe“*, 2009. Výukové materiály dostupné na webových stránkách LFUK-HK.
82. VAVROUŠKOVÁ, M. *Využití mentorského kurzu ve spolupráci se studenty v klinické praxi*. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě Pardubice. Fakulta zdravotnických studií v r. 2010. 60 s.
83. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
84. VRÁNOVÁ, V. Mentor klinické praxe. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 1, s. 6-7. ISSN 1801-1349.
85. VRUBLOVÁ, Y. *Edukace a její význam v ošetrovatelském procesu v gynekologicko-porodnické oblasti*. Olomouc: Grada, 2002. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. 372 s. ISBN 80-247-0536-2.
86. VRUBLOVÁ, Y. *Komunikační dovednosti v ošetrovatelství*. Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Ostrava: 2006. 24 s.
87. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozšíření a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2008. 542 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
88. ZACHAROVÁ, E.: Motivační faktory v sestřerském povolání. *Sestra*. Praha: 2010. Publikováno 8.6.2010. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/motivacni-faktory-v-sesterskem-povolani-452655>>.
89. ZACHAROVÁ, E., GULÁŠOVÁ, I., BREZA, J. KYASOVÁ, M.: *Motivace - faktor ovlivňující práci sestry*. In Zborník z III. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou. Trenčín: Ternčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíně, 2009. ISBN 978-80-8075-376-4.
90. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
91. ZACHOVÁ, V., ŠKOCHOVÁ, D. *Boj s profesionální deformací*. [online]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2007/12/09.pdf>>.
92. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
93. ZDRAŽILOVÁ, P. *Potřeba sestry školitelky ve zdravotnických zařízení pro nově nastupující sestry*. Bakalářská práce obhájená na Jihočeské univerzitě. Zdravotně sociální fakulta v r. 2009. 74 s.

94. ZUZÁKOVÁ, E. Mentor a kvalita mentorské činnosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 7, s. 31. ISSN 1801-1379.

Seznam grafů

Graf č. 1:	Věk sester na JIP	49
Graf č. 2:	Délka praxe sester ve zdravotnickém zařízení	50
Graf č. 3:	Délka praxe sester na JIP	51
Graf č. 4:	Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů	52
Graf č. 5:	Rozdělení sester v procesu adaptace nových zaměstnanců	54
Graf č. 6:	Průběh zaučování v procesu adaptace po nástupu na JIP	55
Graf č. 7:	Názor respondentů, zda-li by zvládli zaškolení stejně dobře i bez přidělené sestry školitelky/mentorky	56
Graf č. 8:	Četnost hodnocení v průběhu adaptačního procesu	57
Graf č. 9:	Forma konečného hodnocení adaptačního procesu	58
Graf č. 10:	Délka vlastního adaptačního procesu	59
Graf č. 11:	Názor na časový faktor zaučování	60
Graf č. 12:	Výskyt problémů během zaškolování na JIP	61
Graf č. 13:	Kdo ukončil adaptační proces (kým byl adaptační proces ukončen)	62
Graf č. 14:	Opora nově nastupujících sester či sester do tří let praxe na JIP během zaškolování.....	63
Graf č. 15:	Názor na vlastnosti, které by SŠ/mentorka měla mít.....	64
Graf č. 16:	Přínos sestry školitelky/mentorky pro nové sestry	65
Graf č. 17:	Názor respondentů (nových sester či s praxí na JIP do tří let) na odborné znalosti a dostatečnou délku praxe sester školitelek/mentorek	67
Graf č. 18:	Porovnání odpovědí sester v AP či do tří let praxe na JIP a SŠ/mentorek, zda-li považují za důležité, aby SŠ/mentorka disponovala dostatečnými odbornými znalostmi a délkou praxe.....	68
Graf č. 19:	Názor respondentů (nových sester či s praxí na JIP do tří let) na ideální délku praxe sester školitelek/mentorek na JIP.....	69
Graf č. 20:	Prostor pro případnou změnu sestry školitelky/mentorky	70
Graf č. 21:	Názor respondentů (nových sester či s praxí na JIP do tří let), zda-li by měly sestry po ukončení studia nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP.....	71

Graf č. 22:	Porovnání odpovědí sester v AP či do tří let praxe na JIP a SŠ/mentorek na začátek zaškolování nově nastupujících sester nejprve na standardním oddělení před nástupem na JIP.....	72
Graf č. 23:	Role sester školitelek/mentorek v procesu zaškolování	76
Graf č. 24:	Oficiální působnost ve funkci sestry školitelky/mentorky	77
Graf č. 25:	Motivační faktory sester školitelek/mentorek během zaškolování	78
Graf č. 26:	Finanční ohodnocení sester školitelek/mentorek za činnost zaškolování	79
Graf č. 27:	Průběh zaškolování na JIP	80
Graf č. 28:	Důležitost funkce sester školitelek/mentorek z hlediska výchovy nově nastupujících sester	81
Graf č. 29:	Přínos práce sestry školitelky/mentorky pro samotné sestry školitelky/mentorky.....	82
Graf č. 30:	Názor respondentů (sester školitelek/mentorek) na odborné znalosti a dostatečnou délku praxe sester školitelek/mentorek	85
Graf č. 31:	Názor respondentů (sester školitelek/mentorek) na ideální délku praxe na JIP pro sestry školitelky/mentorky	86
Graf č. 32:	Názor respondentů (sester školitelek/mentorek), zda-li by měly sestry po ukončení studia nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP.....	87
Graf č. 33:	Fenomén odchodu nových sester v průběhu adaptačního procesu na JIP	88
Graf č. 34:	Forma průběhu AP	108

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Podíl počtu sester školitelek/mentorek a sester v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP	47
Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů jednotlivých zdravotnických zařízení	47
Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů	48
Tabulka č. 4: Typ zdravotnického zařízení, kde sestry pracují	53
Tabulka č. 5: Pracovní pozice sester školitelek/mentorek	75
Tabulka č. 6: Důvody odchodu nových sester z JIP z pohledu sester školitelek/mentorek	89
Tabulka č. 7: Porovnání AP ve ZZ – Jak na Vašem pracovišti probíhá AP?.....	103
Tabulka č. 8: Porovnání AP ve ZZ – Hodnocení v průběhu AP.....	104
Tabulka č. 9: Porovnání AP ve ZZ – Jakou formou probíhalo konečné hodnocení AP?.....	105
Tabulka č. 10: Porovnání AP ve ZZ – Kým byl AP ukončen?.....	105

Seznam zkratek

AP	adaptační proces
ARIP	sestra pro anestézii, resuscitaci a intenzivní péči
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
a. s.	akciová společnost
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
HB	Havlíčkův Brod
JIP	jednotka intenzivní péče
KPCR	kardiopulmocerebrální resuscitace
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MD	mateřská dovolená
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
p. o.	příspěvková organizace
PZP	pomocný zdravotnický personál
RD	rodičovská dovolená
RTG	rentgen
RZS	rychlá záchranná služba
SAK	spojená akreditační komise
SIP	sestra v intenzivní péči
SŠ	sestra školitelka/mentorka
SZP	střední zdravotnický personál
SZŠ	střední zdravotnická škola
USA	Spojené státy americké
VOŠZd	vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	vysoká škola
ZZ	zdravotnické zařízení
v. s.	vrchní sestra
st. s.	staniční sestra
FN	Fakultní nemocnice
NIS	nemocniční informační systém

Seznam příloh

Příloha č. 1: Povolení k dotazníkovému šetření

Příloha č. 2: Dotazník A – pro sestry v AP či do tří let praxe na JIP

Příloha č. 3: Dotazník B – pro SŠ/mentorky

Příloha č. 4: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha č. 5: Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4, 54 (výňatky)

Příloha č. 6: Věstník č. 6/2009 - Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Příloha č. 7: Nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě – výňatky)

Příloha č. 8: Desatero práce mentora

Příloha č. 1: Povolení k dotazníkovému šetření

Vážená paní
Bc. Hana Ulrychová
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Hradci Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

V Hradci Králové 3.12.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na jednotkách intenzivní péče ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové

Vážená náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

dovolujeme si vás požádat o povolení výzkumného šetření na JIP pracovištích ve FNHK v rámci závěrečné práce studentky Ivy Dobrovolné, narozené 5.11.1984, posluchačky 3. ročníku studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zejména porovnat různé přístupy v procesu zaškolování nově nastupujících sester na jednotkách intenzivní péče.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení Ošetrovatelství, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem Dobrovolná Iva, DiS. a Mgr. Vachková Eva



Iva Dobrovolná, DiS.

Kontaktní adresa:
V Údolí 679
582 63 Ždírec nad Doubravou
E-mail: ivadobrovolna@seznam.cz
Tel.: 723 014 329



Mgr. Vachková Eva


Kontaktní adresa:
ÚSL LF UK Hradec Králové
Šimkova 870
500 02 Hradec Králové 2
E-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz
Tel.: 465 816 365

Vyjádření vedení instituce:
Odůvodnění:

souhlasím

nesouhlasím

Datum: 10.12.2010

Podpis, razítko: 
u.v.

FUNKTNI NEMOCNICE
editelství
KRADEC KRÁLOVÉ

Vážená paní
Mgr. Alena Brdičková
Vedoucí oddělení vzdělávání
Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Kyjevská 44
532 03 Pardubice

V Hradci Králové 3.12.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na jednotkách intenzivní péče v nemocnici v Pardubické krajské nemocnici, a.s.

Vážená Mgr. Brdičková,
dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na JIP pracovištích v rámci závěrečné práce studentky Ivy Dobrovolné, narozené 5.11.1984, posluchačky 3. ročníku studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.
Cílem práce je zejména porovnat různé přístupy v procesu zaškolování nově nastupujících sester na jednotkách intenzivní péče.
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.
Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení Ošetrovatelství, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem Dobrovolná Iva, DiS. a Mgr. Vachková Eva


Iva Dobrovolná, DiS.

Kontaktní adresa:
V Údolí 679
582 63 Ždírec nad Doubravou
E-mail: ivadobrovolna@seznam.cz
Tel.: 723 014 329


Mgr. Vachková Eva

Kontaktní adresa:
ÚSL LF UK Hradec Králové
Šimkova 870
500 02 Hradec Králové 2
E-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz
Tel.: 465 816 365

Vyjádření vedení instituce:
Odůvodnění:

souhlasím

nesouhlasím

Datum: 29-06-2011

Podpis, razítko: 

PARDOBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, a.s.
Oddělení výchovy a vzdělávání
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
tel.: 466 011 111
-13-

Náměstek pro ošetrovatelskou péči
Mgr. David Rezničenko
Okresní nemocnice Havlíčkův Brod

Věc: Žádost o umožnění sběru informací v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane náměstku ošetrovatelské péče, dovoluji si Vás požádat o povolení k dotazníkovému šetření u všeobecných sester v Okresní nemocnici Havlíčkův Brod.

Studuji třetí ročník bakalářského studijního programu Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Dotazník bude sloužit jako podklad k provedení bakalářské práce na téma: „*Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na jednotkách intenzivní péče*“.

Mým cílem je zejména porovnat různé přístupy v procesu zaškolování nově nastupujících sester v různých zdravotnických zařízeních na jednotkách intenzivní péče. Termín sběru dat předpokládám od prosince 2010 do ledna 2011.

Vzor dotazníku přikládám k žádosti.

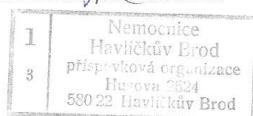
Zároveň Vás žádám o povolení k použití informací v rámci mé bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a k event. publikaci.

O výsledcích Vás budu v případě Vašeho zájmu informovat.

Předem děkuji za kladné vyřízení mojí žádosti.

S pozdravem

Mgr. David Rezničenko



*Dobrovolná I.
3.12.2010*

Žadatelka:
Dobrovolná Iva,
DiS.
V Údolí 679
582 63 Ždírec
nad Doubravou

Telefon:
723 014 329
Email:
ivadobrovolna@seznam.cz

Vyjádření:

Souhlasím s distribucí dotazníků na odd. JIP.

3.12.2017

.....
Datum



.....
Náměstek OP ON HB

Příloha č. 2: DOTAZNÍK A – pro sestry v adaptačním procesu či do tří let praxe na JIP

Vážené kolegyně/kolegové,

Jmenuji se Iva Dobrovolná a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Názvem práce je: „**Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na jednotkách intenzivní péče**“.

Tento dotazník je **určen pro sestry v procesu zaškolování (adaptačním procesu) a sestry s praxí na JIP do 3 let**. Dotazník je anonymní a Vámi vybrané odpovědi budou zpracovány pouze v této bakalářské práci. Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude u otázky uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Iva Dobrovolná, DiS. (ivadobrovolna@seznam.cz)

Mentor = školitel, ten kdo pomáhá učit se, věnuje se zaškolování nově příchozích kolegyně a kolegů

Adaptační proces = nástup jedince do zaměstnání a doba jeho zapracování

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk? (Uveďte, prosím)

3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) do 1 roku
- b) 1 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) 11 - 15 let
- e) nad 15 let

4. Jak dlouho pracujete na JIP? (Uveďte, prosím, délku v letech. Pracujete-li méně než jeden rok, uveďte délku v měsících)

.....

5. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná škola zdravotnická
- c) vysoká škola
- d) specializační studium (doplňte jaké):

6. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

- a) fakultní nemocnice
- b) krajské nemocnice
- c) městská nemocnice
- d) nestátní zdravotnické zařízení
- e) jiné (prosím uveďte):

7. Jaká je nyní Vaše role v procesu adaptace nových zaměstnanců?

- a) nově nastupující sestra v procesu adaptace/zaučování po ukončení studia (absolvent)
- b) nově nastupující sestra v procesu adaptace/zaučování již s praxí na jiném pracovišti (přestupující na JIP)
- c) nově nastupující sestra v procesu adaptace/zaučování po přerušení výkonu povolání déle než 2 roky
- d) sestra po ukončení adaptačního procesu s praxí na JIP do tří let

8. Jak u Vás probíhal/probíhá proces adaptace/zaškolování po nástupu na JIP? (Je možné uvést více odpovědí)

- a) práce pod vedením jedné přidělené sestry školitelky po celou dobu zaškolování
- b) práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná sestra, avšak vždy zkušená)
- c) práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná, mnohdy nezkušená)
- d) práce bez přímého vedení (bez přidělení sestry školitelky)
- e) práce pod dohledem sestry úsekové/staniční/vrchní

9. Myslíte si, že byste zvládl/a Vaše zaškolení stejně dobře i bez přidělené sestry školitelky/mentorky?

- a) ano
- b) ne
- c) neměl(a) jsem sestru školitelku/mentorku k dispozici
- d) nevím

10. Jak často u Vás probíhá/probíhalo hodnocení v průběhu adaptačního procesu/zaškolování?

- a) každý měsíc
- b) pouze jedno hodnocení v závěru
- c) průběžně, častěji než jednou měsíčně
- d) nevím

11. Jakou formou bude probíhat/probíhalo konečné hodnocení adaptačního procesu/zaškolení? (Je možné uvést více odpovědí)

- a) nahodilé ústní zkoušení
- b) ústní zkoušení dle daných témat/okruhů
- c) písemné testy (jeden či více)
- d) vypracování kazuistiky
- e) vypracování seminární práce
- f) pozorování nadřízenými při práci
- g) jiné (prosím specifikujte):
.....

12. Pokud máte již proces adaptace ukončen: Jak dlouho ve Vašem případě trval proces adaptace/zaškolení? (Uveďte, prosím, délku v měsících):

.....

13. Pokud máte již proces adaptace ukončen: Byl dle Vašeho názoru tento čas na zaučení dostačující?

- a) přiměřeně dlouhý
- b) příliš dlouhý
- c) příliš krátký

14. S jakými problémy jste se potýkal/a nebo nyní osobně potýkáte během Vašeho adaptačního procesu/ zaškolování? (Možno uvést více odpovědí)

- a) nedostatek času pro ncvik nových praktických dovedností
- b) nedostatek času pro studium teorie
- c) neochota ze strany sestry školitelky
- j) absence pomoci, absence týmové spolupráce
- k) směnnost
- l) péče o těžce nemocné a umírající

- d) nedostatečné ohodnocení (motivační faktory ze strany financí i morální podpory)
- e) nedostatek personálu
- f) nedostatek prostoru pro otázky
- g) nedostatečná kvalifikace personálu
- h) uvědomění si vlastní tíhy zodpovědnosti
- i) ovládnutí techniky na JIP
- m) začlenění se do kolektivu
- n) rozdíly mezi výukou a praxí
- o) vysoká psychická zátěž
- p) vysoká fyzická zátěž
- q) zvládnutí administrativy a práce s PC
- r) jiné (prosím uveďte):

15. Pokud máte již proces adaptace ukončen: Kým byl adaptační proces ukončen?

(Možné označit více odpovědí)

- a) hlavní sestrou/náměstkem oš. péče
- b) vrchní sestrou
- c) staniční sestrou
- d) úsekovou sestrou
- e) sestrou školitelkou
- f) jiné (prosím uveďte):

16. Kdo Vám je/byl během procesu adaptace/zaškolování nejvíce oporou?

(Možné označit více odpovědí)

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) úseková sestra
- d) sestra školitelka/mentorka
- e) sestra kolegyně - služebně stejně dlouho působící na odd.
- f) sestra kolegyně - služebně starší
- g) ostatní zdravotničtí pracovníci (nižší zdravotnický personál, lékaři, apod.)
- h) nikdo

17. Jaká by dle Vašeho názoru měla sestra školitelka být?

(Možno uvést více odpovědí)

- a) svědomitá
- b) komunikativní
- c) pracovitá
- d) pečlivá
- e) vzdělaná (chytrá)
- f) empatická
- g) trpělivá
- h) přísná
- i) reprezentativní
- j) jiné (uveďte, prosím):

18. Byla/je práce sestry školitele/školitelky v době Vašeho adaptačního procesu pro Vás přínosem?

a) ano (v čem?)

.....
.....

b) ne (proč?)

.....
.....

19. Považujete za důležité, aby zaškolující sestra disponovala dostatečnými odbornými znalostmi a dostatečnou délkou praxe?

a) ano

b) ne

20. Jak dlouhou by měla mít sestra školitelka praxi na JIP, aby byla nejlépe dle Vašeho názoru připravena na roli/funkci sestry školitelky?

a) na délce praxe nezáleží

b) nedokážu posoudit

c) uveďte, prosím, minimální délku v letech:

21. Byl Vám dán prostor pro případnou změnu sestry školitelky? Byla Vám tato možnost nabídnuta v případě, že by Vám sestra školitelka „nesedla“?

a) ano

b) ne

c) nevím

22. Měla by sestra po ukončení studia dle Vašeho názoru nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP?

a) ano, všechny

c) nevím

b) ano, některé

d) ne

23. Uved'te, prosím, Vaše názory a připomínky k tomuto tématu, event. návrhy, jak proces zaškolení/adaptace usnadnit všem, kteří se na něm podílejí:

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 3: **DOTAZNÍK B – pro sestry školitelky/mentorky**

Vážené kolegyně/kolegové,

Jmenuji se Iva Dobrovolná a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Názvem práce je: „**Role sestry školitelky/mentorky v adaptačním procesu na jednotkách intenzivní péče**“.

Tento dotazník je určen **pouze pro sestry školitelky** a je zcela anonymní a Vámi vybrané odpovědi budou zpracovány pouze v této bakalářské práci. Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude u otázky uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Iva Dobrovolná, DiS. (ivadobrovolna@seznam.cz)

Mentor = školitel, ten kdo pomáhá učit se, věnuje se zaškolování nově příchozích kolegyně a kolegů

Adaptační proces = nástup jedince do zaměstnání a doba jeho zapracování

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk? (Uveďte, prosím)

3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) do 1 roku
- b) 1 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) 11 - 15 let
- e) nad 15 let

4. Jak dlouho pracujete na JIP? (Uveďte, prosím, délku v letech. Pracujete-li méně než jeden rok, uveďte délku v měsících)

.....

5. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná škola zdravotnická
- c) vysoká škola
- d) specializační studium (doplňte jaké):

6. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

- a) fakultní nemocnice
- b) krajské nemocnice
- c) městská nemocnice
- d) nestátní zdravotnické zařízení
- e) jiné (prosím uveďte):

7. Nyní působíte na Vašem oddělení z hlediska Vaší pozice jako:

- a) směnová sestra
- b) úseková sestra
- c) staniční sestra
- d) vrchní sestra
- e) jiné (prosím uveďte):

8. Jaká je nyní Vaše role v procesu adaptace nových zaměstnanců?

- a) sestra školitelka (nyní přímo zaučuji)
- b) sestra školitelka (nyní nezaučuji, ale již jsem tuto činnost přímo vykonávala)
- c) sestra školitelka z pohledu svého funkčního zařazení (sestra staniční, vrchní, aj.)

9. Působíte oficiálně ve funkci sestry školitelky/mentorky?

- a) ano, absolvoval/a jsem i kurz
- b) ano
- c) ne

10. Co Vás motivuje k práci sestry školitelky/mentorky?

- a) samotné zaškolování - předávání informací
- b) finanční ohodnocení

- c) forma seberealizace
- d) nic, vykonávám to, protože musím

11. Jste za činnost sestry školitelky/mentorky finančně ohodnocen/a?

- a) ano
- b) ne

12. Jak na Vašem pracovišti probíhá proces adaptace/zaškolování po nástupu na JIP? (Je možné uvést více odpovědí)

- a) práce pod vedením jedné přidělené sestry školitelky po celou dobu zaškolování
- b) práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná sestra, avšak vždy zkušená)
- c) práce pod vedením jedné ze sester směnových (pokaždé jiná, mnohdy nezkušená)
- d) práce bez přímého vedení (bez přidělení sestry školitelky)
- e) práce pod dohledem sestry úsekové/staniční/vrchní

13. Považujete funkci sester školitelek z hlediska výchovy nově nastupujících sester za důležitou?

- a) ano
- b) ne

14. Byla/je práce sestry školitelky/ školitele pro Vás přínosem?

- a) ano (v čem?)

.....

.....

.....

- b) ne (proč?)

.....

.....

.....

15. Považujete za důležité, aby zaškolující sestra disponovala dostatečnými odbornými znalostmi a dostatečnou délkou praxe?

- a) ano
- b) ne

16. Jak dlouhou by měla mít sestra školitelka praxi na JIP, aby byla nejlépe dle Vašeho názoru připravena na roli/funkci sestry školitelky/školitele?

- a) na délce praxe nezáleží
- b) nedokážu posoudit
- c) uveďte, prosím, minimální délku v letech:

17. Měla by sestra po ukončení školy dle Vašeho názoru nejprve nastoupit na standardní oddělení a pak teprve na JIP?

- a) ano, všechny
- b) ano, některé
- c) nevím
- d) ne

18. Je na Vašem pracovišti patrný fenomén odchodu nových sester ještě v procesu adaptace?

- a) ano
- b) ne
- c) nemohu posoudit

19. Pokud jste odpověděl/a ANO v ot. 18: Co je dle Vašeho názoru nejčastější příčinou?

- a) náročnost pracoviště fyzická
- b) náročnost pracoviště psychická
- c) špatná atmosféra na pracovišti
- d) nízké finanční ohodnocení
- e) špatný systém zaškolování
- f) jiné (uveďte, prosím):

20. Uved'te, prosím, Vaše názory a připomínky k tomuto tématu, event. návrhy, jak proces zaškolení/adaptace usnadnit všem, kteří se na něm podílejí:

.....

.....

.....

Příloha č. 4: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských zdravotnických oborů

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně

Zdroj: ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH
OBORŮ. [online]. 2009 [cit. 2011-06-06] . Dostupný z WWW:

<http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1879_1038_3.html>.

Příloha č. 5: Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek¹⁰⁾, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům,

na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může:

- a) podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může:

- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty¹²⁾,
- b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹³⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

§ 55

Sestra pro intenzivní péči

(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,
2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,
4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
6. vykonávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,
7. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
8. vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
9. provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis;

c) pod odborným dohledem lékaře:

1. aplikovat transfuzní přípravky¹⁴⁾ a přetlakové objemové náhrady,
2. provádět extubaci tracheální kanyly,
3. provádět externí kardiostimulaci.

(2) Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17.

Zdroj: MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>.

Příloha č. 6: **VĚSTNÍK Č. 6/2009 - METODICKÝ POKYN K REALIZACI A UKONČENÍ ADAPTAČNÍHO PROCESU PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY**

Metodický pokyn upravuje doporučený pracovní postup realizace a ukončení **adaptačního procesu** pro NLZP ve všech typech ZZ a zároveň zaručuje jednotný postup a rovné podmínky pro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky při vstupu do nového pracovního prostředí po získání odborné způsobilosti, dále se tento metodický pokyn týká NLZP, kteří přerušili výkon povolání nebo přecházejí na jiná pracoviště a charakter jejich nové práce se výrazně liší.

Na základě tohoto metodického pokynu si ZZ vytvoří vlastní standardní postup včetně potřebné dokumentace, vydaném podle § 305 zákoníku práce, ve vnitřním předpisu popíše proces oběhu dokumentů a definuje odpovědnost vedoucích zaměstnanců za celou realizaci adaptačního procesu.

Definice:

Adaptační proces je proces začlenění nově nastupujícího NLZP, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce.

V neposlední řadě zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli.

V průběhu by si měl NLZP ověřit soubor základních znalostí a získat zkušenosti pro výkon práce, včetně seznámení se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem. V celém období tohoto procesu probíhá hodnocení, z něhož by měly vyplynout perspektivy uplatnění na daném pracovišti a možnosti jeho dalšího rozvoje po odborné i osobnostní stránce.

Cílem adaptačního procesu je poznat, prověřit, zhodnotit, popřípadě doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti NLZP při uplatňování jejich teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi a nalezení nejvhodnějšího uplatnění. Řízení procesu adaptace zajistí jeho efektivitu.

Určení adaptačního procesu se vztahuje na NLZP dle zákona 96/2004 Sb. o NLZP a jeho obsah zohledňuje:

- způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- způsobilost k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

S průběhem a kriterii hodnocení bude každý NLZP seznámen při nástupu prostřednictvím vedoucího pracovníka příslušného úseku nelékařských zdravotnických oborů.

Adaptační proces absolvuje:

- NLZP, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona 96/2004 Sb.
- NLZP, který přerušil výkon povolání na dobu **delší než 2 roky**,
- NLZP, který přechází na jiné pracoviště ZZ a charakter jeho nové práce se výrazně liší.

Vlastní provedení:

Adaptační proces probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích, která poskytují NLZP možnost uplatnit základní, odborné popřípadě specializované činnosti, pro které získali odbornou způsobilost k výkonu své profese.

Vedoucí pracovník daného úseku ihned po nástupu NLZP, dále jen účastníka AP, sestaví Plán zapracování/adaptačního procesu na příslušném formuláři (řízena dokumentace), určí školícího pracovníka a seznámí účastníka adaptačního procesu s jeho průběhem a organizací. Specifické dovednosti vycházející z konkrétních potřeb si ZZ nadefinuje individuálně.

Školícím pracovníkem lze určit takového pracovníka, který:

- získal odbornou způsobilost dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a získal Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuálně specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost.

Délka adaptačního procesu:

- **AP účastníků AP absolventů** obvykle v období **3 až 12 měsíců** po nástupu,
- **AP účastníků AP**, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo přecházejí na jiné pracoviště ZZ a charakter jejich nové práce se výrazně liší, probíhá obvykle v období **2 až 6 měsíců po nástupu**, přičemž délka adaptačního procesu je závislá na znalostech, dovednostech a schopnostech konkrétního účastníka adaptačního procesu.

Průběh a hodnocení:

Bude realizováno vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem, formou hodnotícího pohovoru nebo prověření praktických dovedností s účastníkem adaptačního procesu, včetně krátkého zápisu do příslušné řízené dokumentace 1x za týden nejméně však 1x měsíčně.

Vedoucí úseku rozhodne, podle odbornosti účastníka AP, o zadání písemné práce.

O průběhu adaptačního procesu bude průběžně informován vedoucí úseku nelékařských zdravotnických oborů.

Ukončení adaptačního procesu:

AP bude ukončen závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka příslušného úseku, školícího pracovníka. V případě, že byla zadána závěrečná práce, bude provedena její obhajoba.

O úspěšném ukončení AP provede vedoucí pracovník daného úseku zápis do dokumentace a seznámí účastníka AP se závěrečným hodnocením. Uložení dokumentů se řídí vnitřním předpisem ZZ, minimálně je hodnocení předáno zaměstnanci a personálnímu oddělení.

Po úspěšném ukončení bude každému konkrétnímu účastníku AP jeho přímým nadřízeným vypracována nová naplň práce.

Obsah činností v procesu adaptace:

Doporučené činnosti vedoucích pracovníků úseků

Realizaci a kvalitu AP na jednotlivých úsecích nelékařských zdravotnických oborů zajišťují vedoucí pracovníci. Tito pracovníci jsou zároveň oprávněni na základě návrhu a hodnocení školícího pracovníka navrhnout změny v Plánu adaptačního procesu a to:

- přeřazení účastníka AP na jiné pracoviště,
- prodloužení nebo zkrácení délky, pokud to bude v zájmu účastníka AP,
- event. provedeno hodnocení písemné závěrečné práce.

Všechny tyto navrhované změny se předkládají ke schválení vedoucímu úseku nelékařských zdravotnických oborů.

Doporučené činnosti školících pracovníků

V rámci AP bude každému účastníku AP přidělen školící pracovník.

Školící pracovník bude v přímém kontaktu s účastníkem AP, bude pravidelně informovat vedoucího pracovníka příslušného úseku o průběhu AP a bude provádět pravidelně hodnocení a zápis do dokumentace. Školící pracovník odborně vede účastníky AP.

Dokumentace adaptačního procesu:

Při zahájení bude zavedena u každého účastníka AP příslušná dokumentace.

Plán zpracování adaptačního procesu bude přizpůsoben oboru, ve kterém adaptační proces probíhá a bude řízenou dokumentací daného ZZ.

Tato dokumentace bude minimálně obsahovat:

- identifikační údaje ZZ a organizačního úseku, kde AP probíhá,
- název řízeného dokumentu – Plán zpracování/adaptačního procesu,
- jméno a příjmení, rok narození účastníka AP,
- jméno a příjmení vedoucího pracovníka, který vede AP,
- jméno a příjmení školícího pracovníka,

- seznámení s vnitřními předpisy ZZ, tj. provozní dokumentací ZZ a konkrétního organizačního úseku,
- vyčet odborných znalostí a dovedností, které musí v průběhu každý účastník AP zvládnout,
- hodnotící kritéria účastníka AP,
- závěrečné hodnocení AP včetně doporučení pro další rozvoj a vzdělávání.

Zdroj: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník č. 6/2009. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online]. 2009. [cit. 2011-06-23]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html>.

Pozn.: Sb. zákonů číslo 105/2011 ze dne 25.3.2011 mění zákon č. 96/2004, 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.

Příloha č. 7: Nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě (výňatky)

Odměňování zaměstnanců se řídí zákoníkem práce. V nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě je určeno, jaká platová třída a za jakou činnost, všeobecným sestřám a porodním asistentkám náleží. Všeobecné sestry a porodní asistentky jsou řazeny do třídy 9 až 12. V tomto zákoně je stanoveno:

- 9. platová třída (náleží všeobecné sestře, která poskytuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem),
- 10. platová třída (rozhodující je, zda všeobecná sestra vykonává bez odborného dohledu:
 - plánování a poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu bez odborného dohledu,
 - provádění základní zdravotní výchovy pacientů a laické veřejnosti v oblasti ochrany a podpory zdraví a v ošetrovatelských postupech,
 - zajišťování komplexního sterilizačního procesu včetně monitoringu na centrálních sterilizacích,
 - poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče pod odborným dohledem,
 - provádění specializovaných diagnostických, léčebných, ošetrovatelských nebo rehabilitačních postupů a výkonů zvláště náročných z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení pod odborným dohledem).
- 11. platová třída (rozhodující je, zda všeobecná sestra vykonává bez odborného dohledu:
 - poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu, k jejímuž výkonu je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti,
 - provádění specializovaných diagnostických, léčebných, ošetrovatelských nebo rehabilitačních postupů a výkonů bez odborného dohledu, zvláště náročných z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení, k jejímuž výkonu je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti,

- činnosti spojené s přípravou a obsluhou přístrojového vybavení na operačních sálech nebo na specializovaných diagnostických nebo terapeutických pracovištích, instrumentace při operačních diagnostických a terapeutických výkonech, ke které je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti,
 - provádění zdravotní výchovy pacientů všech věkových kategorií a jimi určených osob, případně jiných osob ve specializovaných ošetrovatelských postupech v rámci hospitalizace a přípravy na poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí nebo před diagnostickým a terapeutickým výkonem včetně přípravy informačních materiálů,
 - organizaci a koordinaci činností nelékařských zdravotnických pracovníků a zajišťování mezioborové spolupráce, zajišťování kvality péče a bezpečí pacientů v rámci organizačních celků. Zajišťování a provádění celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků včetně specializačního vzdělávání v oboru příslušné specializace).
- 12. platová třída (pro všeobecnou sestru, po které zaměstnavatel požaduje samostatné provádění nejnáročnějších, v jednotlivých příkladech uvedených činností, k jejichž výkonu je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti.

Dále pak např. tyto činnosti:

- samostatné provádění nejnáročnějších vysoce specializovaných ošetrovatelských a léčebných výkonů, například péče o rizikového novorozence na základě specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti na úzce specializovaných pracovištích, které jsou vysoce náročné z hlediska techniky provedení a možného rizika pro pacienta,
- samostatné provádění a vyhodnocování diagnostických vysoce specifických vyšetření v klinických oborech, například pletysmografické metody, holterovského, ultrazvukového nebo urodynamického vyšetření,
- stanovování zásadní strategie a koncepce ošetrovatelské péče nebo koncepce přípravy a realizace projektů podpory zdraví včetně koncepce zdravotní výchovy, celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, metodické usměrňování ošetrovatelské péče v rámci oboru nebo zdravotnického zařízení včetně zajišťování její realizace a kontroly, zavádění systému kvality péče a bezpečí pacientů ve zdravotnickém zařízení. Aplikace výsledků výzkumu a vývoje v oboru ošetrovatelství do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru).

Zdroj: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Stanovisko k zařazování všeobecných sester do platových tříd.* [online]. [cit. 2011-08-28]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/stanovisko-k-zarazovani-vseobecnych-sester-do-platovych-trid_4360_949_3.html>.

Příloha č. 8: **DESATERO PRÁCE MENTORA**

1. Ujměte se práce mentora s odvahou, zájmem a pozitivním naladěním.
2. Absolvujte přípravný kurz pro mentory a stále pracujte na svém osobním rozvoji.
3. Zjistěte si všechny dostupné údaje o mentorovaném a pečlivě se připravte na první jednání s ním.
4. Vybudujte s mentorovaným vztah důvěry, spolupráce, porozumění a vzájemného respektu.
5. Plánujte a realizujte pravidelná jednání s mentorovaným a o každém z nich vytvořte záznam.
6. Poskytujte mentorovanému permanentní podporu a pomoc ve všech oblastech týkajících se jeho rozvoje, pracovních úloh, adaptace v kolektivu, informací, jak to v úřadu „běhá“ – o kultuře úřadu, stylu řízení atd.
7. Motivujte a ved'te mentorovaného k dosažení cílů a stůjte na jeho straně v kritických situacích.
8. Efektivně komunikujte s odborným garantem pro oblast mentorů, vedoucími a ostatními mentory a dávejte podněty k dalšímu rozvoji projektu mentoringu.
9. Pravidelně hodnotěte činnost mentorovaného a poskytněte mu zpětnou vazbu.
10. Uzavřete tříměsíční mentoring závěrečným rozhovorem s mentorovaným a zpracujte závěrečnou zprávu.

Zdroj: MAGISTRÁT MĚSTA PRAHY. *Mentoring*. [online]. 2008 [cit. 2011-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.mentoringamagistrat.cz/public/Image/sekce-typ-5/manual_pro_mentory.pdf>.