

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Anna Nožičková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované  
péče ve zdravotnické profesi  
Diplomová práce

2024

Bc. Anna Nožičková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Anna Nožičková**  
Osobní číslo: **Z22324**  
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**  
Téma práce: **Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi**  
Téma práce anglicky: **The significance of the adaptation process in ensuring the quality and safety of care provided in the healthcare profession**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.  
REMĚŠ, Roman a TRNOVSKÁ, Silvia. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.  
ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.  
VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-45-7.  
ZÍTKOVÁ, Marie; POKORNÁ, Andrea a MIČUDOVÁ, Erna. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5094-1.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**  
Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2024**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA** v.r.  
děkan

L.S.

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 4. 2024

Bc. Anna Nožičková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda vyjádřila svou vděčnost paní doc. Ing. Janě Holé, Ph.D., za její vedení, cenné rady, podnětné připomínky a trpělivý a laskavý přístup v průběhu zpracování mé diplomové práce. Také bych ráda poděkovala vedení organizace a všem respondentům, kteří si našli čas na vyplnění dotazníkového šetření, bez kterých by tato práce nemohla být dokončena. V neposlední řadě patří veliké díky mému manželovi, rodině a přátelům za jejich nekončící podporu, motivaci a trpělivost v rámci celého studia.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá adaptačním procesem a jejím významem pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi, specificky u zdravotnických záchranářů vykonávajících profesi na zdravotnické záchranné službě. Teoretická práce se zaměřuje na identifikaci klíčových aspektů adaptačního procesu, kvalitu a bezpečnost poskytované péče, a tím poskytuje systematický úvod pro část výzkumnou. Tato diplomová práce má potenciál přispět k rozvoji poznatků v oblasti adaptace nových pracovníků ve zdravotnictví.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

adaptační proces, zdravotnická profese, kvalita péče, bezpečnost péče, zdravotnické standardy, profesní rozvoj

## **TITLE**

The significance of the adaptation process in ensuring the quality and safety of care provided in the healthcare profession

## **ANNOTATION**

This diploma thesis deals with the adaptation process and its importance for ensuring the quality and safety of care provided in the medical profession, specifically for paramedics performing the profession in the emergency medical service. The theoretical work focuses on the identification of key aspects of the adaptation process, the quality and safety of the care provided and thus provides a systematic introduction for the research part. This diploma thesis has the potential to contribute to the development of knowledge in the field of adaptation of new health care workers.

## **KEYWORDS**

adaptation process, health profession, quality of care, safety of care, health standards, professional development

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce .....	13
1.1 Metody k dosažení cíle .....	13
Teoretická část .....	14
2 Přednemocniční péče jako součást zdravotnického systému ČR .....	14
2.1 Zdravotnictví v ČR .....	14
2.1.1 Akutní přednemocniční zdravotní péče .....	15
2.1.2 Zdravotnický záchranář – nedílná součást přednemocniční péče.....	15
3 Kvalita a bezpečnost ve zdravotnictví (poskytování zdravotní péče).....	18
3.1 Definice.....	18
3.2 Historie řízení kvality ve zdravotnictví .....	19
3.3 Systém kvality ve zdravotnictví.....	20
3.3.1 Řízení a kontinuální zvyšování kvality.....	21
3.4 Legislativa vztahující se k řízení kvality a rizik ve zdravotnictví .....	22
4 Adaptační proces a jeho význam pro kvalitu a bezpečí poskytované péče .....	23
4.1 Definice adaptačního procesu .....	23
4.2 Průběh adaptačního procesu .....	24
4.3 Dokumentace adaptačního procesu .....	27
Výzkumná (praktická) část .....	29
5 Metodika výzkumné (praktické) části.....	29
5.1 Dotazník a sběr dat .....	29
5.1.1 Pilotní průzkum.....	30
5.2 Průzkumný soubor .....	30
5.3 Analýza dat z dotazníkového šetření .....	33
5.4 Shrnutí výsledků .....	49
6 Diskuze .....	53



6.1	Návrh doporučení pro praxi .....	59
7	Závěr .....	61
8	Použitá literatura .....	63
9	Přílohy.....	67

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – tabulka četností pohlaví respondentů.....	31
Tabulka 2 – tabulka četností věkového rozložení respondentů .....	31
Tabulka 3 – tabulka četností nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů .....	32
Tabulka 4 – tabulka četností délky praxe respondentů.....	33
Tabulka 5 – tabulka četností počtu odpovědí k absolvování adaptačního procesu .....	33
Tabulka 6 – tabulka četností počtu odpovědí k délce adaptačního procesu .....	34
Tabulka 7 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí délky adaptačního procesu s mírou spokojenosti zdravotnických záchranářů s délkou adaptačního procesu.....	35
Tabulka 8 – tabulka četností organizační struktury adaptačního procesu .....	36
Tabulka 9 – tabulka četností variant hodnocení adaptačního procesu adaptujícími zdravotnickými záchranáři.....	36
Tabulka 10 – tabulka četností subjektivního hodnocení spokojenosti s mentorem během adaptačního procesu.....	37
Tabulka 11 – tabulka četností formy ukončení adaptačního procesu.....	38
Tabulka 12 – tabulka četností subjektivního hodnocení spokojenosti s AP.....	38
Tabulka 13 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení spokojenosti s mentorem a subjektivního hodnocení spokojenosti s AP.....	39
Tabulka 14 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi mírou spokojenosti s mentorem a mírou spokojenosti s průběhem AP .....	40
Tabulka 15 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry důležitosti AP na daném pracovišti a subjektivního hodnocení míry důležitosti AP obecně...	41
Tabulka 16 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi subjektivním hodnocením míry důležitosti AP na daném pracovišti a subjektivním hodnocením míry důležitosti AP obecně .....	41
Tabulka 17 – tabulka četností způsobu seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů .....	42
Tabulka 18 – tabulka četností způsobu ověřování znalostí doporučených postupů, standardů a protokolů .....	43
Tabulka 19 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry a spokojenosti se způsobem a osvojením s doporučenými předpisy .....	44
Tabulka 20 – korelační tabulka Spearmanova koeficientu kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry a spokojenosti se způsobem a osvojením s doporučenými předpisy.....	44

Tabulka 21 – tabulka četností způsobu zajištění bezpečnosti adaptujících během AP .....	45
Tabulka 22 – tabulka četností postupu při pochybení během AP.....	46
Tabulka 23 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry připravenosti zdravotnických záchranářů na profesi v rámci AP.....	46
Tabulka 24 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry spokojenosti se začleněním do kolektivu v rámci AP .....	47
Tabulka 25 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry spokojenosti s výkonem zdravotnických záchranářů během AP .....	47
Tabulka 26 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi subjektivním hodnocením spokojenosti a způsobem osvojení doporučených předpisů .....	48

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
AP	adaptační proces
apod.	a podobně
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
č.	číslo
ČR	Česká republika
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
OOPP	osobní ochranné pracovní prostředky
PO	požární ochrana
Sb.	sbírky
tzv.	takzvané
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
z.	zákon
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

Ve zdravotnické profesi, kde je péče o lidské zdraví a život na denním pořádku, je nezbytné zajistit vysokou úroveň kvality a bezpečnosti práce. Jedním z nástrojů, jak zajistit kvalitu a bezpečnost poskytované péče, je efektivně provedený adaptační proces. Adaptační proces představuje fázi začlenění nových nelékařských pracovníků do prostředí zdravotní péče. Jeho cílem je usnadnit přechodné období nově příchozích do nového pracovního prostředí, které zahrnuje orientaci v organizaci, seznámení se s jejími vizemi a strategií, budování nových vztahů s kolegy a celkovému porozumění a sžití se s chodem organizace. Důležitým aspektem je také podpora v rozvoji pocitu odpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti s pracovním kolektivem. Během tohoto procesu je také důležité, aby nový pracovník ověřil soubor svých získaných znalostí a dovedností a získal potřebné zkušenosti pro výkon práce. Během adaptačního procesu by mělo dále probíhat kontinuální hodnocení, které by mělo identifikovat možnosti dalšího rozvoje jak v profesním, tak i v osobním směru, a potenciál pro další angažovanost na daném pracovišti (Česko, 2009).

Celkově lze říci, že adaptační proces ve zdravotnické profesi není pouze formalitou, ale je klíčovým prvkem pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče. Pomáhá novým pracovníkům se rychleji a efektivněji zapojit do pracovního prostředí, minimalizuje rizika chyb a posiluje týmovou dynamiku na pracovišti, což přispívá k celkovému zlepšení péče o pacienty. Jako zdravotnický pracovník jsem měla možnost projít adaptačním procesem již na několika pracovištích. Po absolvování vzdělávacího programu a získání potřebné kvalifikace jsem nastoupila na jednotku intenzivní péče ve fakultní nemocnici a zároveň jako řidič/záchranář na zdravotnické záchranné službě. Každý adaptační proces byl zcela odlišný jak v organizaci, tak i v pojetí. Po rešerši diplomových prací na téma adaptační proces a jeho význam pro kvalitu a bezpečnost péče jsem zjistila, že na adaptační proces ve zdravotnickém zařízení je již mnoho prací, ale na adaptační proces z hlediska kvality a bezpečnosti poskytované péče na zdravotnické záchranné službě jsem žádnou nenašla. Doufám, že tato diplomová práce poslouží jako náhled na organizaci adaptačního procesu na zdravotnické záchranné službě a zároveň poskytne vhled některým organizacím na případné nedostatky.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

Hlavním cílem práce je zmapovat vliv adaptačního procesu na výkon zdravotnických pracovníků na zdravotnické záchranné službě v souvislosti s poskytováním kvalitní a bezpečné péče.

Cílem teoretické části této diplomové práce je popsat adaptační proces, jeho cíle, principy a postupy ve zdravotnické profesi. Dále popsat problematiku zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi a v průzkumné části provést kvantitativní šetření na vybraném pracovišti.

## **1.1 Metody k dosažení cíle**

Teoretická část práce se opírá o rešerši platné legislativy vztahující se k tématu, dále čerpá z odborné literatury aktuálních poznatků.

Výzkumná část je zpracována metodou kvantitativního výzkumu založeného na dotazníkovém šetření a statistické analýze nasbíraných dat zkoumaného souboru respondentů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU ČR

Zdravotnictví je velmi široký pojem, který zahrnuje komplexní systém organizovaných opatření, postupů a zařízení, které mají za cíl udržení, obnovu nebo zlepšení lidského zdraví. Zdravotnictví je klíčovým prvkem společnosti, jehož cílem je optimalizace kvality života a prevence nemocí (Gladkij, 2003).

### 2.1 Zdravotnictví v ČR

Zdravotní péči v České republice zajišťuje systém zdravotnictví, který se skládá z komplexní struktury organizací, institucí, zákonů a procesů, jež mají za úkol zajistit poskytování zdravotní péče obyvatelstvu. Zdravotnictví v ČR je odpovědností několika aktérů a institucí, které mají roli v organizaci, regulaci a poskytování zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví je tvůrčím centrálním orgánem odpovědným za řízení a regulaci celého zdravotnického systému. Přípravuje legislativní předpisy, vypracovává dokumenty a zajímá se o kvalitu a bezpečnost poskytování zdravotní péče s dohledem nad celým systémem. Tvorbou zdravotnických zařízení jsou v České republice pověřeny zdravotní pojišťovny, a to na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dále spravují veřejné zdravotní pojištění a jsou zodpovědné za financování zdravotní péče. Krajské samosprávné orgány mají pravomoci v oblasti veřejné správy ve zdravotnictví, zajištění regionální koordinace a řízení péče na úrovni krajů. Mezi krajské samosprávné orgány patří krajské úřady a krajské hygienické stanice. Krajské úřady přímo řídí nemocnice, které na ně po zrušení okresů na ně byly převedeny, organizují výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, registrují zdravotnická zařízení a mimo jiné jsou i zřizovatelem zařízení zdravotnické záchranné služby. Krajské hygienické stanice vykonávají státní správu v oblasti ochrany veřejného zdraví, vyhodnocují a kontrolují rizika v životním a pracovním prostředí, ukládají protiepidemická opatření a chrání obyvatelstvo před infekčními nákazami a dalšími životními riziky. Jsou přímo řízené ministerstvem zdravotnictví. Zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči jakožto poskytovatelé zdravotních služeb. Zdravotní péči dle toho dělíme na terénní, ambulantní a lůžkovou, kterou zajišťují zdravotnické záchranné služby, jednotlivé soukromé i státní sektory zdravotní péče – nemocnice, ambulance, domácí péče, hospice, ústavy aj. Síť zdravotních služeb se dělí z pohledu okolností, za kterých jsou poptávány na primární (služby prvního kontaktu), sekundární (specializované ambulantní) a terciární

(specializované lůžkové). Dále dle naléhavosti na služby neodkladné, plánované akutní a plánované neakutní (Janečková a Hnilicová, 2009).

### **2.1.1 Akutní přednemocniční zdravotní péče**

Cílem akutní přednemocniční zdravotní péče je poskytnutí okamžité a adekvátní zdravotní péče pacientům v akutních situacích. Tuto péči poskytují především týmy zdravotnické záchranné služby. Zdravotnická záchranná služba je organizovaný systém poskytování zejména neodkladné přednemocniční zdravotní péče, který je zaměřen na rychlou a efektivní reakci na akutní zdravotní situace a mimořádné události na základě tísňové výzvy. ZZS hraje klíčovou roli v záchranném systému a má za úkol poskytovat odbornou péči pacientům mimo zdravotnická zařízení. Od roku 2004 je ZZS tvořena čtrnácti územními středisky s právní subjektivitou pod vedením jednotlivých krajů a hlavního města Prahy a finančně jsou příspěvkovými organizacemi zřizované krajskými úřady. ZZS funguje pod centrálním pracovištěm operačního řízení, kdy jsou výjezdové skupiny řízeny zdravotnickými operačními středisky. Zdravotnické záchranné služby při naplňování svých povinností se opírají o platný právní rámec a vycházejí především ze zákona 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dále z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě a z vyhlášky MZ ČR č. 296/2012 Sb., specifikující požadavky na vybavení poskytovatelů zdravotnické dopravní služby, poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a poskytovatelů přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a požadavky na tyto dopravní prostředky. Role Ministerstva zdravotnictví v ČR vůči zdravotnickým záchranným službám čistě metodická (Remeš a Trnovská, 2013).

### **2.1.2 Zdravotnický záchranář – nedílná součást přednemocniční péče**

Zdravotnickým pracovníkem rozumíme osobu, která získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v souladu s aktuálními právními předpisy a vykonává profesní činnosti, ke kterým je způsobilá a profesně jí náleží. Veškerá zdravotnická povolání jsou přesně stanovena v legislativě České republiky a jsou dělena na lékařská a nelékařská povolání. Nelékařská zdravotnická povolání dále dělíme na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, kam řadíme např. všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře, dětské sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta a jiné. Další skupinou nelékařských zdravotnických pracovníků jsou zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti a těmi jsou např. fyzioterapeut, klinický psycholog, biomedicínský inženýr aj. Poslední skupinou v odvětví NLZP



jsou zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Sem spadají např. sanitáři, ošetrovatelé, zubní instrumentářky, nutriční asistentky aj. Nelékařská zdravotnická povolání jsou definována a upravena zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání (Šustek a Holčapek, 2016). Nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří mají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a vykonávají svou činnost na výjezdových základnách či operačních střediscích Zdravotnických záchranných služeb v České republice. Jedná se o zdravotnické záchranáře, sestry pro intenzivní péči a všeobecné sestry (Remeš a Trnovská, 2013). Kompetence těchto nelékařských zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků. Zdravotničtí záchranáři a operátoři se řídí §17, 108 a 109. Zdravotnický záchranář vykonává svou činnost bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, či v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Mezi jeho kompetence patří monitorace a hodnocení vitálních funkcí, zahájení a provádění KPR, zajištění periferních žilních vstupů, aplikace krystaloidních roztoků a roztoků glukózy u hypoglykemie. Dále může zdravotnický záchranář provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat. Mimo jiné také obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných situacích s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení. Mezi další kompetence patří první ošetření ran, včetně zástavy krvácení, dále provádět a zajišťovat bezpečné vyproštění, polohování, imobilizace, transport pacientů a zajištění bezpečnosti pacientů během transportu ZZS. Zdravotnický záchranář vykonává v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému, zajišťuje v případě potřeby péči o tělo zemřelého, dále přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Zdravotnický záchranář vykonávající profesi na KZOS přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky. Dále provádí telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu. V rámci přednemocniční péče, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu může zdravotnický záchranář na základě indikace lékaře zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, inhalační terapii, podávat léčivé přípravky,

asistovat při porodu, zajistit intraoseální vstup, asistovat při aplikaci transfuzních přípravků aj. Dále může zdravotnický záchranář po získání specializované způsobilosti bez odborného dohledu a indikace lékaře udržovat dýchací cesty během KPR u pacientů starších 10 let, dále je schopen provádět odběr biologického materiálu pro vyšetření, zajišťovat kyslíkovou terapii a zavádět intraoseální vstupy apod. Na indikaci lékaře může měřit a analyzovat za využití invazivních metod, provádět externí kardiostimulaci, provádět tracheobronchiální laváže pacientů s tracheální intubací, zavádět gastrickou sondu a provádět výplachy žaludku u pacientů při vědomí včetně pacientů straších 10 let v bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami či provádět extubaci tracheální kanyly (Česko, 2011). Záchranářská profese, která zahrnuje nejen aspekty zdravotnického působení, výrazně přesahuje běžné rámce povolání. Mezi klíčové osobnostní rysy každého záchranáře neodmyslitelně patří schopnost efektivně zvládat vysokou psychickou zátěž, která je nutná ke zdolávání náročných situací, při nichž dochází ohrožení lidského života, dále ke schopnosti pracovat v improvizovaných podmínkách, k ovládnutí svých emocí a spolurozhodování o přežití či nepřežití pacientů. Nově příchozí záchranáři očekávají pravidelné vystavování se těmto situacím s cílem zachraňovat životy a doufají, že právě v těchto situacích budou úspěšní. Profesní kompetence zdravotnických záchranářů bychom mohli rozdělit na soubor profesně odborných předpokladů, které je možno převážně objektivně doložit např. doklady o dosaženém vzdělání, řidičským průkazem, certifikáty či jinými dokumenty s informacemi o znalostech a dovednostech potřebných v oboru. Dále by to byl soubor emočních vlastností charakterizovaných způsobem chování např. empatie, sociální inteligence, ohleduplnost, starostlivost, trpělivost, ochota, milý přístup, laskavost aj. Důležitým faktorem je i soubor výkonových kompetencí jako je např. výkonnost, pracovitost, rychlost, rozhodnost, zručnost, pružnost, spolehlivost aj. A v neposlední řadě je velice důležitým aspektem v práci záchranáře jeho schopnost týmové spolupráce – snášlivost, schopnost vyjádření názoru a schopnost naslouchání. Velmi častými osobnostními charakteristikami zdravotnických záchranářů v praxi jsou potřeba řídit, vysoká potřeba stimulace a okamžitého ocenění, neschopnost říkat ne. Zdravotničtí záchranáři mají zpravidla vysokou odolnost vůči zátěži, ochotu podstoupit vysoká rizika a jsou velmi orientováni na činnost – pro tyto vlastnosti jsou v ohrožení vzniku syndromu vyhoření (Andršová, 2012).

## **3 KVALITA A BEZPEČNOST VE ZDRAVOTNICTVÍ (POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE)**

Kvalita a bezpečnost ve zdravotnictví jsou klíčovými faktory pro zlepšování poskytované péče a spokojenosti pacienta. Pro poskytování kvalitní a bezpečné péče je důležité zajištění optimální péče o pacienty, zajištění bezpečnostních pracovních podmínek pro personál i pacienty a minimalizovat rizika v oblasti zdravotní péče. Těmito aspekty se zabývá management kvality a bezpečí a management rizik.

### **3.1 Definice**

Kvalita obecně vypovídá o určité vlastnosti či hodnotě věci/objektu. Nejčastěji bývá vnímána jako míra, do které se určité vlastnosti shodují s očekáváním či požadavky a míra, do jaké splňují určité normy a specifikace. Slovo kvalita má původ v latinském slově „quālitās“, které znamená jakost, kvalitu (Janíček a Marek, 2013). Kvalitu bychom mohli obecně definovat jako nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezporuchový chod neboli „dělat správné věci správným způsobem“ (Válková, 2015). Podle definice World Health Organization (Světové zdravotnické organizace – WHO) představuje kvalita péče souhrn výsledků dosažených v oblasti prevence, diagnostiky a léčby, které odpovídají potřebám obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Kvalita péče je míra, do jaké zdravotní služby pro jednotlivce a populaci zvyšují pravděpodobnost dosažení požadovaných zdravotních výsledků, které jsou v souladu s odbornými znalostmi založenými na důkazech. Tato definice kvality péče zahrnuje propagaci, prevenci, léčbu, rehabilitaci a paliaci a znamená, že kvalitu péče lze měřit a neustále zlepšovat poskytováním péče založené na důkazech, které zohledňuje potřeby a preference uživatelů služeb – pacienti, rodiny a komunity. Kvalitní zdravotní péči lze definovat mnoha způsoby. V posledních desetiletích bylo popsáno několik prvků kvality a v současné době se vyznačují prvky kvalitní zdravotnické služby tím, že jsou efektivní – poskytovat zdravotní služby založené na důkazech těm, kteří je potřebují. Dále by měly být bezpečné (aby nedošlo k poškození osob, kterým je péče určena, a zaměřené na člověka), poskytovat péči, která odpovídá individuálním preferencím, potřebám a hodnotám. Aby bylo možné využít výhod kvalitní zdravotní péče, musí být zdravotní služby včasné (zkracují čekací doby a někdy i škodlivá zpoždění), dále spravedlivé (musí poskytovat péči, jejíž kvalita se neliší na základě pohlaví, etnického původu, zeměpisné polohy a socioekonomického postavení). Měly by být integrované (poskytovat péči, která zpřístupňuje celou škálu zdravotních služeb v průběhu celého života)

a dále efektivní – měly by maximalizovat užitek z dostupných zdrojů a zamezovat plýtvání (WHO, 2020). V České republice je podle platné legislativy každé zdravotnické zařízení povinné rozvíjet, sledovat a hodnotit projekty zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb, což zahrnuje i snižování rizik nejen pro pacienty, ale i pro zdravotnický personál, která se mohou vyskytovat v procesech poskytování péče i v nemocničním prostředí. Bezpečí a bezpečnost péče mohou být definovány jako stav, kdy jsou lidé, majetek nebo životní prostředí chráněny před nebezpečím, rizikem, poškozením nebo zraněním. V kontextu zdravotnictví se bezpečnost týká ochrany pacientů, personálu a prostředí před různými formami nebezpečí, včetně fyzických, biologických, chemických a kybernetických hrozeb. Bezpečnost ve zdravotnictví zahrnuje opatření k minimalizaci rizik spojených s poskytováním zdravotní péče a prevenci nežádoucích událostí, jako jsou například pracovní úrazy, infekce, chyby v léčbě nebo kybernetické útoky. Celkové zvyšování kvality poskytované péče obsahuje jako svou neoddelitelnou součást i bezpečnost, která je v rámci zvyšování kvality nezanedbatelná (Madar, 2004).

### **3.2 Historie řízení kvality ve zdravotnictví**

Zájem o kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb se začal jako první projevovat ve Spojených státech amerických v 70. letech 20. století. První výzkumy v oblasti epidemiologie medicínských pochybení přinesly překvapivé výsledky, kdy jedna z významných studií odhalila, že medicínská pochybení při poskytování zdravotní péče měly za následek ztrátu života zhruba 98 000 občanů ročně. Tato studie byla publikována v roce 1999 jako výzkumná zpráva pod názvem „To Err is Human“. I když zpráva byla později zpochybňována a kritizována, její vliv trvá dodnes. V důsledku tohoto zjištění začaly vznikat další výzkumné práce, které odhalily, že 7–10 % pacientů trpí přímými negativními důsledky zdravotní péče. Tyto poznatky inspirovaly několik publikací zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče. Historie řízení kvality byla ovlivněna tradičním pojetím medicíny jako umění, které se datuje až k Hippokratovi. Medicína byla vnímána jako sakrální a nedotknutelná, a toto pojetí ovlivňovalo způsob, jakým byla medicína vyučována a praktikována. Dlouhou dobu bylo tvrzeno, že i přes veškeré úsilí mohou pacienti zemřít, což sloužilo jako ospravedlňování pro případné nežádoucí výsledky. Avšak až zmíněné studie a další objevy podnítily zájem a výzkum v oblasti kvality ve zdravotnictví. Studie ukazují, že zlepšením procesů ve zdravotnictví může zvýšit jak úroveň kvality, tak bezpečnost. Tím vznikla myšlenka pohlížet na zdravotnictví jako na soubor procesů v určitém prostředí (Žaludek, 2020). V roce 1985 bylo začleněno sledování a zvyšování kvality zdravotní péče

jako jeden z 38 cílů evropského strategického programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Dokument WHO z roku 1996, Lublaňská charta o reformě zdravotní péče, také zdůraznil důležitost kontinuálního zlepšování kvality jako klíčový prvek zdravotnických reforem v Evropě. Současný strategický program WHO, Zdraví pro všechny v 21. století, klade důraz na kvalitu zdravotní péče jako jeden ze svých hlavních cílů. Vyspělé země se dnes zaměřují na kvalitu zdravotní péče jako na hlavní manažerský trend ve zdravotnictví (Madar, 2004).

### **3.3 Systém kvality ve zdravotnictví**

Systém kvality ve zdravotnictví lze definovat jako zahrnutí celého procesu tvorby postupů, sběru a analýzy informací, vytvoření a zavedení standardů do praxe a vyhodnocení dosažených výsledků. Jedná se o shrnutí jednotlivých procesů, odpovědností, zdrojů, které jsou součástí dané organizace a jsou potřebné pro zlepšování kvality poskytovaných služeb a dále zvyšování kvality života, spokojenosti a bezpečnosti občanů (Válková, 2015). Systém kvality se zaměřuje na zlepšování úrovně poskytované péče tak, aby odpovídala potřebám a očekáváním pacientů a dalších interních a externích zainteresovaných subjektů. Jeho hlavním cílem je minimalizovat chyby, nežádoucí výsledky, ztrátu času a dodatečné náklady spojené s nedostatečnou kvalitou specifického zdravotnického výkonu nebo služby. Systém kvality ovlivňuje jak jednotlivé instituce či zařízení, tak i celkovou kvalitu a integritu zdravotnického systému jako celku, který usiluje o poskytování nejlepší možné péče o zdraví. Systém kvality zahrnuje celkový rámec zdravotnického systému, včetně orgánů zákonodárných a výkonných, které stanovují normy pro dosažení určité úrovně poskytované zdravotní péče. Tato kvalita se týká jak celkového konceptu systému jako celku, tak zajištění kvality jednotlivých složek, zdravotnických pracovníků a zařízení, které poskytují péči konkrétním pacientům v různých oblastech zdravotnictví. Pro úspěšné zlepšování kvality je nezbytná aktivní komunikace a spolupráce s obyvatelstvem a pacienty. Kvalita zdravotnického systému závisí na kvalitě celého systému i jeho jednotlivých částí a je důležité, aby zdravotníci sdíleli cíle celku i jeho jednotlivých částí (Gladkij, 2003). Mezi nejčastější systémové i osobní důvody pochybení a omylů zdravotnického personálu patří nedostatečná orientace nových zdravotníků, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečná informovanost zdravotníků, nedostatečný dohled, nezajištění bezpečí pacienta, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti a provádění procedur bez dostatečné znalosti/dovednosti (Škrála a Škrlová, 2008). Jedním z nástrojů, které mohou sloužit jako prevence těchto pochybení či omylů, můžeme považovat efektivně provedený adaptační proces nových zaměstnanců. Kvalitní adaptační proces pomáhá novým zaměstnancům lépe porozumět svým pracovním

povinnostem, dává příležitost k rozvoji dovedností a získání nových znalostí a tím napomáhá minimalizovat riziko chyb a neúspěchů v práci (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015).

### **3.3.1 Řízení a kontinuální zvyšování kvality**

V oblasti řízení kvality zdravotních služeb byl velice významnou osobností Avedis Donabedian, který definoval zdravotní služby do tří vzájemně spjatých klíčových oblastí, které tvoří kvalitu poskytované zdravotnické péče. Prvním prvkem je struktura péče (tzv. vstupy), která odkazuje na organizaci a dostupnost zdrojů, zařízení a personálu poskytujících zdravotní péči. Zahrnuje fyzické aspekty zdravotnických zařízení, jako jsou nemocnice, ordinace, lékárny, diagnostická zařízení včetně dostupnosti potřebného vybavení a technologií pro poskytování zdravotní péče apod. Druhým prvkem je vlastní proces, který se týká konkrétních kroků, procedur a aktivit, které zdravotnický personál provádí při péči o pacienty např. diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotnických pracovníků s pacienty. Třetím prvkem jsou výstupy, což jsou měřitelné výstupy a výsledky zdravotní péče, které se týkají poskytované péče a jejího účinku na pacienty a zdravotní stav populace jako např. počet provedených vyšetření a ošetření, neonemocnění v důsledku specifické prevence vzniku nemoci, podíl vyléčených a zlepšených pacientů či příznivý vliv péče na kvalitu a délku jejich života (Gladkij, 2003). V hodnocení kvality péče hrají důležitou roli indikátory a standardy, které se týkají výše uvedených dimenzí. Kvalitu je třeba vnímat spíše jako vlastnost než jako nějaký konečný a neměnný stav dokonalosti. Snažíme se přiblížit ideálnímu stavu, ale neměli bychom zůstat uvěznění v přesvědčení, že jsme dosáhli úplné dokonalosti. Je důležité vnímat proces kontinuálního zvyšování kvality opravdu jako kontinuální proces, který se stále mění, vyvíjí a adaptuje. Jedním z hlavních přístupů k dosažení vyšší kvality je koordinace činností pomocí PDCA cyklu. Cyklus PDCA se skládá ze čtyř fází: Plan (plánování), Do (provedení), Control (kontrola) a Action (akce). Jinak řečeno, je nezbytné předem naplánovat, čeho chceme dosáhnout, a následně provést potřebné změny, přičemž už v této fázi musíme zvažovat mechanismus, kterým budeme ověřovat účinnost. Kvalitu lze důkladně rozčlenit do různých hledisek nebo dimenzí. Každé zdravotnické zařízení je unikátní a každá dimenze má různý význam v různých organizacích. Je na managementu, aby určil, která oblast je prioritní. Rozlišujeme 5 dimenzí kvality, mezi které patří účinnost, ekvita, hospodárnost, včasnost a zaměření na pacienta. Kromě těchto dimenzí kvality rozlišujeme rovněž šest specifických cílů řízení kvality ve zdravotnictví, kterých je třeba dosahovat a patří mezi ně bezpečí pacientů, zaměření na pacienta, efektivita, dostatečnost, rovnost a časová dostupnost. Dimenze a cíle kvality ve zdravotnictví se vzájemně

propojují v nedílném celku. Bezpečnost péče je klíčovou součástí kvality a zároveň významným prvkem řízení rizik (Žaludek, 2020).

### **3.4 Legislativa vztahující se k řízení kvality a rizik ve zdravotnictví**

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se v České republice věnuje regulaci poskytování zdravotní péče a zajištění kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. Obsahuje ustanovení týkající se řízení kvality a rizik. Tento zákon mimo jiné stanovuje, že poskytovatel zdravotní služby má povinnost zajišťovat kvalitní a bezpečnou zdravotní péči pro pacienty, dále jsou povinni zavést systém kontroly kvality a bezpečnosti zdravotní péče a povinnost hodnotit a monitorovat kvalitu poskytované zdravotní péče a průběžně zavádět opatření pro zlepšení kvality a bezpečnosti těchto služeb (Česko, 2011). V tomto kontextu je poskytovatel podle zákona povinen zavést interní audity. Interní hodnocení kvality je proces, který zahrnuje systematické zhodnocení a monitorování kvality poskytované zdravotní péče v rámci daného zařízení nebo organizace. Tento proces může být prováděn interním týmem, který se skládá z pracovníků organizace, nebo může být outsourcován externím partnerům. Hodnotí se procesy, výsledky, spokojenost pacientů, bezpečnost a dále se kontrolují dokumentace a záznamy. Interní hodnocení kvality je klíčovým prvkem systému řízení kvality ve zdravotnictví (Svejkovský, Vojtek a Arnoštová, 2016). Toto ustanovení je dále doprovázeno Věstníkem MZ ČR 16/2015, který stanovuje, že interní hodnocení kvality je založeno na lokálních standardech a sledování kvality a bezpečí je prováděno na místní úrovni. Tento Věstník zdůrazňuje, že interní systém není určen k získávání certifikací, ale má sloužit jako dynamický proces, který má neustále zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb. Je zde také uvedeno, že interní hodnocení je primárně zaměřeno na potřeby poskytovatele a brání tak porovnávání zdravotnických pracovišť na celostátní úrovni. Ve Věstníku MZ ČR 16/2015 jsou rozepsány standardy, rozdělené podle poskytovatelů lůžkové a jednodenní péče, dále poskytovatelů ambulantní péče i poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Vnitřní hodnocení kvality je tedy povinně stanovené zákonem, na rozdíl od externího hodnocení kvality, které je zcela dobrovolné. Externí hodnocení kvality je proces, ve kterém je kvalita péče a bezpečnost poskytovaných zdravotních služeb posuzována nezávislými subjekty nebo organizacemi, které nejsou součástí samostatného zdravotnického zařízení. Tato externí hodnocení mohou být prováděna jednak vládními institucemi, nevládními organizacemi, akreditačními agenturami, odbornými skupinami nebo expertními týmy (Žaludek, 2020).

## **4 ADAPTAČNÍ PROCES A JEHO VÝZNAM PRO KVALITU A BEZPEČÍ POSKYTOVANÉ PÉČE**

Adaptační proces zdravotnických záchranářů představuje klíčové období v profesním vývoji jednotlivců, kteří se rozhodli vstoupit do tohoto náročného povolání. V tomto oboru je potřeba mít nejen odborné znalosti a dovednosti, ale také schopnosti rychlého a efektivního rozhodování v extrémně stresových situacích. Nově příchozí zdravotničtí záchranáři se musí rychle přizpůsobit dynamickému prostředí akutní přednemocniční péče a jejich naléhavým situacím, které se mohou vyskytnout v každodenní praxi.

### **4.1 Definice adaptačního procesu**

Adaptace je přirozený proces aktivního přizpůsobování se novým situacím, prostředí nebo změnám ve svém životě. Tento proces zahrnuje řadu psychologických, emocionálních, sociálních a fyzických změn, které dále jedinci umožňují úspěšně se vyrovnat s novými podmínkami a efektivně fungovat v novém prostředí. Adaptace je především funkcí osobnostní a probíhá na odlišných úrovních. Biologická adaptace probíhá skrze automatické nepodmíněné reflexní mechanismy a procesy udržování rovnováhy (homeostázy). Sociální adaptace neboli adjustace (přizpůsobování) je definována jako interakce mezi jednotlivcem a jeho prostředím, přičemž kvalita této interakce závisí na dvou hlavních skupinách faktorů: vnitřních (osobnostních) a vnějších, kterými jedince ovlivňuje jeho prostředí. Adaptaci je však třeba chápat jako dynamický proces, který zahrnuje aktivní reakci na podmínky života a uspokojování individuálních potřeb (Mellanová, 2017).

Adaptační proces nelékařských zdravotnických pracovníků je fází začlenění nově příchozího pracovníka, která má za cíl usnadnit přechodné období v novém prostředí. Jeho hlavním účelem je pomoci nováčkovi orientovat se a seznamovat se s novými pracovními povinnostmi, navázat vztahy s kolegy včetně nadřízených a podřízených a porozumět stylu a organizaci práce v daném prostředí. Kromě toho by adaptovaný pracovník mohl začít vnímat pocit zodpovědnosti, samostatnosti a pouta k zaměstnavateli. Během procesu adaptace by měl nelékařský zdravotnický pracovník ověřit své základní znalosti a získat praktické zkušenosti pro efektivní výkon práce, včetně seznámení se s prostředím, spolupracovníky a pracovním kolektivem. Celým průběhem tohoto procesu probíhá hodnocení, které by mělo poskytnout vhled do možností uplatnění na daném pracovišti a perspektivy dalšího odborného a osobního rozvoje (Česko, 2009).



## 4.2 Průběh adaptačního procesu

Adaptační proces probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích, kde mají nelékařští zdravotničtí pracovníci příležitost uplatnit své základní, odborné, popřípadě specializované dovednosti, pro které získali odbornou kvalifikaci. Po příchodu nového pracovníka na dané pracoviště sestaví vedoucí pracovník daného oddělení společně plán adaptačního procesu v rámci řízené dokumentace (příslušný formulář), dále určí školícího pracovníka a seznámí adaptujícího s jeho průběhem a organizací tohoto procesu. Konkrétní dovednosti, které vyplývají z individuálních potřeb, jsou zdravotnickým zařízením stanoveny samostatně. Adaptační proces absolvuje nelékařský zdravotnický pracovník, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., nebo NLZP, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky, nebo NLZP, který přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho nové práce se výrazně liší. Délka adaptačního procesu absolventů se pohybuje obvykle v rozmezí 3 až 12 měsíců po nástupu, u adaptujících, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo přecházejí na jiné pracoviště ZZ, probíhá adaptační proces obvykle v období 2 až 6 měsíců po nástupu, přičemž se délka adaptačního procesu odvíjí a je závislá na znalostech, dovednostech a schopnostech konkrétního účastníka AP. Také je délka AP úměrná výši úvazku, na který pracovník nastupuje (Česko, 2009). Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky nahrazuje metodické doporučení k uskutečňování doškolení po přerušení výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, které je obsažené ve Věstníku MZČR č.13/2017. Toto metodické doporučení upravuje doporučený postup, parametry realizace a ukončení doškolení, včetně dokumentace a nevztahuje se na lékaře, zubní lékaře a farmaceuty (Česko, 2017). Během adaptačního procesu existuje mnoho faktorů, které přispívají a ovlivňují schopnosti adaptujícího při jeho adaptaci v novém pracovním prostředí a při náročných podmínkách. Faktory jako jsou stres, návyky jednotlivců, mechanismy zvládnutí, motivace (vnější i vnitřní), záměry, úroveň znalostí a vzdělávání, kognitivní kapacity, vnímání, postoje a přesvědčení (individuální a sociální) jak u adaptujících, tak jejich mentorů jsou stěžejní faktory, od kterých se vyvíjí individuální průběh každého adaptačního procesu (Tsandila-Kalakou, Wiig, and Aase, 2023).

## **První etapa adaptačního procesu**

Zahájení adaptačního procesu zahrnuje aktivity mimo samotné pracoviště a přímou péči o pacienty. Tato úvodní fáze může trvat několik dní či týdnů, v závislosti na velikosti organizace a složitosti procesů, které si zaměstnanec musí osvojit. Vedoucí pracovník pracoviště pracuje s personálním oddělením nebo dalšími vybranými osobami při zahájení adaptace. Úvodní blok zahrnuje aktivity jako např. seznámení s organizací, včetně jejich zásad, plánů, organizačních struktur, vedoucími pracovníky a komunikačními nástroji, dále školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, včetně legislativních požadavků pravidel pro zvládání pracovních situacích a postupů při rizicích. Adaptující se dále učí fyzické orientaci v organizaci, parkování, stravování a dalších praktických informací. Musí být poučen a srozuměn s prací s citlivými informacemi, včetně registrace do systému, zvládání počítačových programů, zacházení s citlivými informacemi, povinná mlčenlivost a možnosti jejího prolomení a poskytování informací pacientům, rodinným příslušníkům, médiím apod. Dále je nutné seznámit adaptujícího se systémem kvality a bezpečnosti v organizaci, což zahrnuje orientaci ve standardech, auditech, požadavcích na pracovníky, managementem rizik a mimořádných událostí, včetně seznámení s postupy jejich řešení a dokumentace. Dále by měl být adaptující v této fázi obeznámen se systémem odměňování a platových podmínek v rámci organizace, s kariérním řádem, benefity a podporou celoživotního vzdělávání. Dále musí adaptující znát a dodržovat požadavky na osobní úpravu zaměstnanců, ochranný oděv, jeho osobní identifikaci pracovníka (vizitka, jmenovka, identifikační karta apod.) a zajištění řádného praní oděvů. Po formální orientaci pracovníka by měl následovat příchod na pracoviště (Špirudová, 2015). V této fázi se zaměřujeme na představení pracovníka na pracovišti a seznámení s pracovním prostředím, kolektivem, nařízenými, případně podřízenými a dalšími aspekty daného pracoviště. Vedoucí pracovník tohoto pracoviště spolupracuje s personálním oddělením nebo dalšími příslušnými osobami při uvádění zaměstnanců na pracoviště. Tato orientace na pracovní jednotku má za cíl především poskytnout základní informace o pracovních podmínkách, rutinách, pracovních výkonech a o průběhu samotného adaptačního procesu. Během této etapy AP se používají různé nástroje řízení adaptačního procesu, jako je praktický zácvik, formální vzdělávání, informační balíček, zpětná vazba, supervize aj. Po skončení praktického tréninku, který často zahrnuje společné směny nového adaptujícího se školitelem, je vhodné provést první formální hodnocení nebo motivačně-hodnotící pohovor. Výstupem tohoto pohovoru či hodnocení by mělo být vyhodnocení pokroku adaptace a plnění stanovených úkolů a stanovení cílů pro další období/etapu (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015).

## **Druhá etapa adaptačního procesu**

V této fázi adaptace se zaměřuje na získávání potřebných zkušeností, postupné začleňování do pracovního kolektivu a úspěšného plnění pracovních úkonů. V tomto období se uplatňují další metody rozvoje, jako je mentorství, rotace pracovních pozic, hodnotící pohovory a další formy vzdělávání. Dalším mezníkem, který se během adaptace využívá pro hodnocení adaptujícího, je nejčastěji období konce tzv. zkušební doby. I když ukončení zkušební doby je spíše legislativním nástrojem, který upravuje pracovně-právní vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, ukázalo se, že je užitečné do tohoto období začlenit další formální hodnotící pohovor. Na tomto pohovoru se aktivně podílí účastníci adaptačního procesu, včetně mentora, školitele a vedoucího pracovníka. Pokud v této fázi již není školitel aktivně zapojen do práce s novým zaměstnancem, jeho účast na hodnotícím pohovoru není nutná ani vhodná. Při hodnocení je třeba se zaměřit na současnou situaci, nikoli na minulé události (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015). Průběžné hodnocení by mělo dále obsahovat i prověření praktických dovedností. Toto hodnocení by mělo respektovat plán pracovních úkolů a poskytnout konstruktivní zpětnou vazbu, která naznačuje možnosti pro zlepšení a další rozvoj. Komplexní hodnocení pracovníka zahrnuje posouzení jeho vlastností, postojů, názorů, pracovního jednání, chování a výsledků práce v kontextu jeho pracovního prostředí a interakci s kolegy a pacienty. Před hodnocením adaptujícího je vhodné si zvolit a stanovit objektivní a relevantní kritéria, která nesmí být diskriminační a subjektivní. Stejně tak je důležité posuzovat konkrétní dovednosti a oblasti komunikace, místo obecných tvrzení o nedostatečné komunikaci. Hodnocení by mělo být zaměřeno na výkonnost a výstupy práce jedince. Kritéria hodnocení zahrnují úroveň odborných znalostí, dovedností a zručnosti, pracovní kázeň, pracovní iniciativu, kvalitu a kvantitu výkonu práce, schopnost zvládat fyzické a psychické zatížení, dodržování pracovních povinností a schopnost adaptace na změny. Relevantní zpětnou vazbu mohou poskytnout i pochvaly či stížnosti pacientů či personálu ve zdravotnických zařízeních. Důležitým cílem je poskytnout strukturovanou zpětnou vazbu, která umožní identifikovat nedostatky a stanovit opatření pro další rozvoj pracovníka (Špirudová, 2015).

## **Třetí etapa adaptačního procesu**

Vstup do třetí etapy AP je charakteristický začleněním adaptujícího pracovníka do pracovního kolektivu, včetně zapojení do komplexního procesu pracoviště a možností pracovat se všemi pracovníky pracoviště, nejen s vedoucím pracovníkem a mentorem/školitelem na základě pověření. V této etapě je důležitá samostatnost pracovníka s možností konzultace s mentory/kolegy, také jeho identifikace s cíli organizace a dosahování očekávaných

pracovních výsledků. Tato etapa představuje optimální součet dovedností a znalostí v souladu s délkou praxe na konkrétním pracovišti. V této fázi by mělo dojít k oficiálnímu ukončení adaptačního procesu s ohledem na požadavky, které byly novému zaměstnanci sděleny při nástupu/návratu do povolání. V této době budou nadále využívány metody jako je mentorství, supervize, koučování, další vzdělávání a hodnotící pohovory. Způsob ukončení adaptačního procesu se na různých pracovištích liší. Měl by vycházet z podstaty samotného oboru. Například na Zdravotnické záchranné službě je nejčastějším způsobem ukončení adaptačního procesu prokázání odborných teoretických znalostí z poskytování přednemocniční neodkladné péče zkouškou a praktický scénář, některé ZZS mají navíc odevzdání písemné práce na konkrétní téma s její veřejnou obhajobou jako výsledek samostudia nového pracovníka, a tím podporovat jeho dovednosti v samostatném písemném i mluveném projevu. Ukončení adaptace již nespočívá ve zpochybňování získané kvalifikace adaptujícího pracovníka, ale spíše se zaměřuje na to, zda pracovník zvládl cíle, které byly na začátku procesu stanoveny nebo později upraveny (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015). Podle Metodického pokynu MZ ČR (2009) má ukončení adaptačního procesu probíhat takto: „Adaptační proces 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 adaptačního procesu provede vedoucí pracovník daného úseku zápis do dokumentace a seznámí účastníka adaptačního procesu se závěrečným hodnocením. Uložení dokumentů se řídí vnitřním předpisem zdravotnického zařízení, minimálně je hodnocení předáno zaměstnanci a personálnímu oddělení. Po úspěšném ukončení bude každému konkrétnímu účastníku adaptačního procesu jeho přímým nadřízeným vypracována nová náplň práce.“ (ČESKO, 2009, str. 41)

### **4.3 Dokumentace adaptačního procesu**

Metodický pokyn MZ ČR dále upravuje a požaduje řízení dokumentace adaptačního procesu: „Při zahájení bude zavedena u každého účastníka adaptačního procesu příslušná dokumentace. Plán zapracování adaptačního procesu bude přizpůsoben oboru, ve kterém adaptační proces probíhá a bude řízenou dokumentací daného zdravotnického zařízení. Tato dokumentace bude minimálně obsahovat: identifikační údaje zdravotnického zařízení a organizačního úseku, kde adaptační proces probíhá, název řízeného dokumentu – Plán zapracování/adaptačního procesu, jméno a příjmení, rok narození účastníka adaptačního procesu, jméno a příjmení vedoucího pracovníka, který vede adaptační proces, jméno a příjmení školícího pracovníka, seznámení s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení, tj. provozní dokumentaci

zdravotnického zařízení a konkrétního organizačního úseku, výčet odborných znalostí a dovedností, které musí v průběhu každý účastník adaptačního procesu zvládnout, hodnotící kritéria účastníka adaptačního procesu, závěrečné hodnocení adaptačního procesu včetně doporučení pro další rozvoj a vzdělávání.“ (ČESKO, 2009, str. 42).

Každá organizace by měla společně s managementem a školiteli vytvořit jednotnou dokumentaci pro adaptační proces, která obsahuje všechny potřebné informace a je snadno sledovatelná a jednoduchá na správu. Plán školení by měli školitel a nový zaměstnanec začlenit do svého pracovního plánu a časového harmonogramu tak, aby splnili všechny úkoly včas. Tento plán má sloužit jako osobní pomocný nástroj školitele i nového zaměstnance. Pokud je součástí adaptačního procesu i psaná práce, dokumentace musí zahrnovat pokyny pro vypracování práce, postupy pro obhajobu a kritéria hodnocení. Vedle dokumentace o jednotlivých adaptujících by měla organizace také udržovat záznamy o aktivních školitelích/mentorech pro různé obory, ve kterých jsou tito školitelé kvalifikovaní vést adaptační procesy. Tato dokumentace by měla obsahovat základní informace o školitelích, které mohou být stručné (jedná se většinou o kmenové zaměstnance organizace), dále by měly být uvedeny kompetence v oborech pro vedení AP, smlouva mezi školitelem a organizací, přehled o jím školených pracovnících a jejich výsledků v AP, dokumenty o průběžném plnění požadavků stanovených organizací. Dále by mělo být zajištěno připojištění školitelů pro případné škody způsobené v průběhu adaptačního procesu (Špirudová, 2015).

## VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Výzkumná část diplomové práce navazuje na část teoretickou a předmětem je založena na kvantitativním šetření zaměřeném na význam adaptačního procesu při zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi, konkrétně u zdravotnických záchranářů vykonávající pracovní pozici na Zdravotnické záchranné službě vybraného kraje. Za účelem zachování ochrany osobních dat není v diplomové práci uveden konkrétní název kraje.

### 5 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

Hlavním cílem práce je zmapovat vliv adaptačního procesu na výkon zdravotnických pracovníků na zdravotnické záchranné službě v souvislosti s poskytováním kvalitní a bezpečné péče. Pro dosažení tohoto cíle byly zvoleny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala realizací adaptačního procesu v souladu s platnými normami a standardy. Druhá výzkumná otázka se zaměřovala v rámci adaptačního procesu na způsob dodržování kvality a bezpečnosti poskytované péče. Třetí výzkumná otázka se zabývala vlivem adaptačního procesu na sebejistotu zdravotnických záchranářů v rámci poskytování zdravotní péče. Byla zvolena metodika kvantitativního dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři ve vybrané organizaci. Tato metodika umožnila systematický sběr dat, pro hlubší vhled do vnímání zdravotnických záchranářů v rámci adaptačního procesu v kontextu poskytování kvalitní a bezpečné péče a do jeho vlivu na pracovní výkon. Výzkum byl realizován po písemném souhlasu vedení organizace od ledna do března roku 2024 na několika výjezdových základnách daného kraje. Pro analýzu dat byla zvolena metoda statistického vyhodnocování pomocí software Statistica 14 a zpracování získaných dat pomocí programů MS Word a Excel.

#### 5.1 Dotazník a sběr dat

Dotazník byl pečlivě navržen s cílem získat relevantní a užitečné informace týkající se adaptačního procesu z pohledu zdravotnických záchranářů. Dotazník použitý pro výzkum této diplomové práce obsahoval dohromady 26 otázek – tvořily jej 4 otázky identifikační, které sloužily k popsání výzkumného vzoru a 22 otázek výzkumných viz Příloha A. Tyto otázky obsahovaly kombinaci uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek, které pokrývaly různé aspekty adaptace, kvality a bezpečnosti péče a byly zpracovány na základě zvolených cílů práce, odborné literatury a dále byly upraveny na základě pilotního výzkumu. Některé otázky měly formu číselné (pětibodové) či vícebodové Likertovy škály.

Likertovy škály použité v dotazníkovém šetření měly dvě formy. První forma vyjadřovala míru souhlasu pomocí výroků „určitě ano“, „spíše ano“, „neutrálně“, „spíše ne“ a „určitě ne“. U této škály byla přidána i možnost „nepamatuji se“. Druhá forma škály byla číselná, kde se měřila míra souhlasu, postoje či názoru pomocí pětibodové číselné škály. Zvoleno bylo hodnocení jako ve školním prostředí, kdy hodnota 1 charakterizovala nejvyšší/nejllepší bodové ohodnocení a hodnota 5 nejnižší/nejhorší ohodnocení. Likertova škála slouží jako nástroj shromažďování dat, nejčastěji pro měření subjektivních postojů či názorů, kdy respondent na předem dané stupnici vyjadřuje svoji míru souhlasu či nesouhlasu s výrokem daným v otázce (Chytrý a Kroufek, 2017).

Dotazník byl dále převeden do elektronické podoby pomocí internetové platformy Survio.com pro snadnější distribuci dotazníků mezi zdravotnické záchranáře a následnou analýzu dat viz Příloha B – *elektronický dotazník*. Dotazníky byly mezi zdravotnické záchranáře distribuovány po písemném souhlasu vedení organizace prostřednictvím odkazu na platformu Survio dostupný.

Dotazník byl dostupný z adresy: <https://www.survio.com/survey/d/F2B3A9U9R2V0R5W5W>. Odkaz byl respondentům zaslán vedením organizace na pracovní emaily. Respondenti odpovídali na dotazník v období od února do března 2024 a odpovídali anonymně, což zajistilo zachování ochrany osobních dat. Dle statistik na internetové platformě Survio.com byla nejčtenější délka vyplňování dotazníků v rozmezí 2–5 minut. Nejdéle trvalo vyplnit dotazník 6 respondentům, kteří u dotazníku strávili 10–30 minut. Úspěšnost vyplnění dotazníku byla 80 %, dle statistik dotazníku 16 respondentů z 80 dotazník nedokončilo.

### **5.1.1 Pilotní průzkum**

Po sestavení dotazníku byl v rámci výzkumné části této diplomové práce proveden předvýzkum, který byl realizován na 5 dobrovolných nezávislých respondentech v dané organizaci. Respondenty tvořili zdravotničtí záchranáři působící ve vedení organizace, ale také na výjezdových základnách. Tato fáze byla provedena za účelem objasnění zřetelnosti otázek v dotazníku, a tudíž otestování validity a reliability dotazníkového šetření. Výsledky předvýzkumu nebyly zahrnuty v analýze dat, byly použity pouze k úpravě otázek v dotazníku. Respondenti, kteří spolupracovali na předvýzkumu již nebyli součástí ostrého výzkumu.

## **5.2 Průzkumný soubor**

Pro účely výzkumu byla zvolena cílová skupina zdravotnických záchranářů v rámci jednoho kraje. Výběr respondentů byl proveden s ohledem na různorodost zkušeností, pracovního

prostředí a demografických charakteristik. První 4 otázky dotazníkového šetření sloužily k popisu výzkumného souboru, kdy první otázka byla orientována na pohlaví respondentů, druhá na věk, třetí na nejvyšší dosažené vzdělání a čtvrtá na délku jejich praxe na zdravotnické záchranné službě.

Výzkumný vzorek tvořilo dohromady 64 zdravotnických záchranářů, z toho většinu tvořili muži, kterých se zúčastnilo 42 (65,6 %) a 22 žen (34,4 %) viz tabulka 1.

**Tabulka 1 – tabulka četností pohlaví respondentů**

Pohlaví	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
žena	22	22	34,375	34,375
muž	42	64	65,625	100
<b>celkem</b>	64		100	

Soubor respondentů podle věkového rozložení popisuje tabulka 2. Nejčetnější skupinu respondentů tvořili zdravotničtí záchranáři ve věku od 20–29 let, kterých bylo dohromady 34 (56 %), druhá nejčetnější skupina se skládala z respondentů v letech 30–39 let, kterých bylo 18 (28 %), třetí skupinou byli respondenti ve věku 40–49, kterých bylo 9 (14 %) a nejméně četnou skupinu tvořil jediný respondent ve věku 50–59 let (2 %).

**Tabulka 2 – tabulka četností věkového rozložení respondentů**

Věk respondentů	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
20–29 let	36	36	56,2500	56,2500
30–39 let	18	54	28,1250	84,3750
40–49 let	9	63	14,0625	98,4375
50–59 let	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	64		100	

Třetí otázka dotazníku byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, které bylo rozděleno do tří kategorií – střední škola (SŠ), vyšší odborná škola (VOŠ) a vysoká škola (VŠ). Kategorie nejvyššího dosaženého vzdělání byly definovány podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, kde je v §18 vymezena odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře, která lze získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických



záchranářů, dále nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář ve vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2018/2019, nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Odbornou způsobilost k povolání zdravotnického záchranáře mají i zdravotničtí pracovníci, kteří získali specializovanou způsobilost k povolání všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru sestra pro intenzivní péči a byli členy výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby nejméně v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let v posledních 6 letech (Česko, 2004). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 51 respondentů s vysokoškolským vzděláním (79,69 %), 1 respondent se středoškolským vzděláním (1,56 %) a 12 respondentů s vyšším odborným vzděláním (18,75 %) viz tabulka 3.

**Tabulka 3 – tabulka četností nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů**

<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
VŠ	51	51	79,6875	79,6875
SŠ	1	52	1,5625	81,2500
VOŠ	12	64	18,7500	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Čtvrtá identifikační otázka byla zařazena s cílem získat informace o délce praxe respondentů na zdravotnické záchranné službě. Jedná se opět o otázku popisnou, která poskytuje důležité poznatky o délce praxe respondentů a případnému vztahu k dalším otázkám v dotazníku. U této otázky byla nejčetnější skupina respondentů, kteří měli délku praxe na ZZS v rozmezí 1–2 let, kterých bylo 25 (39,1 %), další skupinou v pořadí s největším počtem zastoupení respondentů byla skupina s délkou praxe 3–5 let a ta činila 18 respondentů (28,1 %), třetí nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří byli na ZZS 10 let a více, kterých bylo 11 (17,2 %). Předposlední skupinu tvořili respondenti, kteří působili na ZZS v rozsahu 6–9 let, kterých bylo 8 (12,5 %), a nejméně početnou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe menší než 1 rok a ti byli 2 (3,1 %) viz tabulka 4.

**Tabulka 4 – tabulka četností délky praxe respondentů**

Délka praxe	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1–2 roky	25	25	39,0625	39,0625
3–5 let	18	43	28,1250	67,1875
6–9 let	8	51	12,5000	79,6875
1 rok a méně	2	53	3,1250	82,8125
10 let a více	11	64	17,1875	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

### 5.3 Analýza dat z dotazníkového šetření

Analýza dat plynule navazuje na popis výzkumného vzorku, kde v rámci výzkumné části diplomové práce proběhla již statistická analýza identifikačních otázek pomocí tabulek četností, které nám udávají popis zkoumaného souboru pomocí četnosti pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe respondentů. Následující část diplomové práce byla orientována na průběh adaptačního procesu, jeho kvalitu, bezpečnost a subjektivní hodnocení zdravotnických záchranářů na adaptační proces z několika aspektů.

Pátá otázka v dotazníku byla zahrnuta do dotazníkového šetření s cílem zjistit, zda respondenti prošli adaptačním procesem po nástupu na pracovní pozici zdravotnického záchranáře v dané organizaci. Tato otázka byla dichotomická a sloužila k jednoznačnému rozlišení, zda zdravotničtí záchranáři adaptační proces absolvovali či nikoliv. Možnosti odpovědi byly ano či ne. Dle tabulky 5 absolvovalo adaptační proces 63 respondentů (98,4 %) a pouze jediný respondent uvedl, že adaptační proces nepodstoupil (1,6 %). Tento respondent uvedl, že jeho praxe na ZZ je delší než 10 let.

**Tabulka 5 – tabulka četností počtu odpovědí k absolvování adaptačního procesu**

Adaptační proces	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	63	63	98,4375	98,4375
ne	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

V pořadí šestá otázka se tázala respondentů na délku trvání jejich adaptačního procesu. Tato otázka se zaměřovala na měření délky času, který byl věnován na přizpůsobení se novému pracovnímu prostředí, pracovním postupům a dynamice pracovního týmu. Respondenti měli

na výběr z možností v rámci 1 až 12 měsíců nebo déle než 12 měsíců. Pro případ, že by si respondenti nepamatovali průběh adaptačního procesu, byla jedna z možností „nepamatují se“, kterou však nedal ani jeden respondent. Pouze jeden respondent udal, že adaptační proces neabsolvoval (1,6 %). Nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří udali, že jejich adaptační proces trval 1–3 měsíce, kterých bylo dohromady 31 (48,4 %), další početnou skupinou byli ti, kteří adaptační proces absolvovali během 4–6 měsíců a tvořilo je 23 respondentů (35,9 %) a poslední skupinou bylo 9 respondentů, kteří absolvovali adaptační proces v rámci 7–12 měsíců (14,1 %) viz tabulka 6.

**Tabulka 6 – tabulka četností počtu odpovědí k délce adaptačního procesu**

Délka adaptačního procesu	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
7–12 měsíců	9	9	14,0625	14,0625
4–6 měsíců	23	32	35,9375	50,0000
1–3 měsíců	31	63	48,4375	98,4375
Neabsolvoval/a jsem AP	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Sedmou otázkou dotazníkového šetření se dostáváme k hodnocení adaptačního procesu zdravotnickými záchranáři, kteří v této otázce udávali, zda byl pro ně jejich adaptační proces dostatečně dlouhý. Jak již bylo zmíněno v metodice výzkumu, dotazník obsahoval odpovědi v rámci Likertovy škály. Jednou z těchto otázek byla právě otázka č. 7, která zkoumala postoje či spokojenost respondentů v rámci délky jejich adaptačního procesu. Jednalo se o otázku polytomickou, kde měli respondenti možnost odpovědět „určitě ano“, „spíše ano“, „středně“, „spíše ne“, „určitě ne“ a „nepamatují se“. Pomocí tohoto slovního vyjádření je možné zjistit nejen spokojenost či nespokojenost respondenta, ale také míru jeho spokojenosti (zda je ne/spokojen více či méně). Dále se prováděla statistická analýza pomocí kontingenční tabulky, která nám pomohla vidět souvislost mezi otázkou číslo 6 a 7, kdy se analyzovala souvislost délky adaptačního procesu se subjektivním hodnocením zdravotnických záchranářů, zda byla tato délka AP pro ně dostatečná či nikoliv a případně v jaké míře ano a v jaké ne. Dle tabulky 7 z 31 respondentů, kteří uvedli, že jejich AP probíhal v rámci 1–3 měsíců, tvrdilo 8 respondentů, že AP jim přišel určitě dostatečně dlouhý (25,81 %), 9 respondentů potvrdilo, že byl AP spíše dostatečně dlouhý (29,03 %), 13 respondentů uvedlo, že jim přišel AP středně dlouhý (41,93 %) a jediný respondent v této kategorii uvedl, že mu AP, který trval

1–3 měsíců přišel spíše nedostatečně dlouhý (3,23 %). Z 23 respondentů, kteří uvedli, že jejich AP trval 4–6 měsíců, odpovědělo 9, že jim přišel AP určitě dostatečně dlouhý (39,13 %), 9 že spíše ano (39,13 %), dvěma respondentům přišel středně dlouhý (8,7 %) a třem přišel spíše nedostatečně dlouhý (13,4 %). Dohromady 9 respondentů odpovědělo, že jejich AP trval 7–12 měsíců, kdy 6 uvedlo, že jim AP přišel určitě dostatečně dlouhý (66,7 %) a 3 respondenti uvedli, že jim přišel spíše dostatečně dlouhý (33,3 %). Jediný respondent uvedl, že si dostatečnost délky nepamatuje (100 %). Jednalo se o respondenta, který AP nepodstoupil.

**Tabulka 7 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí délky adaptačního procesu s mírou spokojenosti zdravotnických záchranářů s délkou adaptačního procesu**

délka AP	určitě ano	spíše ano	středně	spíše ne	nepamatuji se	celkem
<b>7–12 měsíců</b>	6	3	0	0	0	<b>9</b>
relat. četnost	66,67 %	33,33 %	0 %	0 %	0 %	
<b>4–6 měsíců</b>	9	9	2	3	0	<b>23</b>
relat. četnost	39,13 %	39,13 %	8,70 %	13,04 %	0 %	
<b>1–3 měsíců</b>	8	9	13	1	0	<b>31</b>
relat. četnost	25,81 %	29,03 %	41,93 %	3,23 %	0 %	
<b>Neabsolvoval/a</b>	0	0	0	0	1	<b>1</b>
relat. četnost	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	
<b>celkem</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>64</b>

Otázka č. 8 se zaměřovala na organizační strukturu adaptačního procesu na zdravotnické záchranné službě, kde měli respondenti možnost z výčtu položek uzavřené otázky. Otázka se respondentů tázala, jak byl jejich AP proces organizován. První možnou odpovědí byla kombinace teoretických lekcí, praktických cvičení a mentorování. Tuto odpověď zvolilo 37 respondentů z 64 odpovídajících (57,81 %). Další z možností organizace AP byl větší důraz na praktická cvičení a zkušenosti a méně na teoretická školení, kterou zvolilo 17 respondentů (26,56 %). Třetí možností odpovědět byla možnost, kdy měl adaptační proces organizační strukturu složenou z převážně teoretických školeních s minimální praxí a mentorováním, kterou zvolilo 5 respondentů (7,81 %). Čtyři respondenti uvedli, že si žádné jasně definované postupy nepamatují (6,25 %) a jeden odpověděl, že v jeho případě adaptační proces neproběhl (1,57 %) viz tabulka 8.

**Tabulka 8 – tabulka četností organizační struktury adaptačního procesu**

	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
<b>Organizace AP</b>				
kombinace teorie a praxe, mentoring	37	37	57,8125	57,8125
převážně teoretická školení s minimem praxí a mentorováním	5	42	7,8125	65,6250
větší důraz na praktické zkušenosti, méně na teorii	17	59	26,5625	92,1875
žádné jasně definované postupy si nepamatuji	4	63	6,2500	98,4375
žádný adaptační proces neproběhl	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 9 dotazníkového šetření se respondentů dotazovala, zda měli možnost zhodnotit průběh svého adaptačního procesu. Tato otázka byla polouzavřená, kdy respondenti mohli zvolit jednu z možností nebo zvolit textovou odpověď, pokud jim nevyhovovala žádná z možností. Z respondentů, kteří měli možnost zhodnotit průběh AP, udalo 6 respondentů možnost zhodnocení pomocí hodnotících tabulek (9,38 %), 4 respondenti měli možnost zhodnocení pomocí slovní zpětné vazby či pohovoru (6,25 %) a 1 udal, že měl možnost zhodnotit AP pomocí dotazníku (1,56 %). 22 respondentů z 64 uvedlo (34, 38 %), že možnost hodnotit průběh AP neměli, ale tuto možnost by chtít měli. 14 respondentů uvedlo, že možnost hodnotit AP neměli a ani by tuto možnost nechtěli (21,88 %). A 17 respondentů uvedlo, že si možnost hodnocení AP nepamatuji (26,56 %) viz tabulka 9.

**Tabulka 9 – tabulka četností variant hodnocení adaptačního procesu adaptujícími zdravotnickými záchranáři**

	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
<b>Možnost hodnocení AP</b>				
ano, dotazníkem	1	1	1,5625	1,5625
ano, hodnotícími tabulkami	6	7	9,3750	10,9375
ano, slovně	4	11	6,2500	17,1875
ne, ale chtěl bych mít	22	33	34,3750	51,5625
ne, nehodnotil bych	14	47	21,8750	73,4375
nepamatuji se	17	64	26,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 10 byla opět formulovaná pomocí Likertovy škály na spokojenost zdravotnických záchranářů se svým mentorem během AP. Otázka č. 10 opět obsahovala možnosti odpovědí „určitě ano“, „spíše ano“, „neutrálně“, „spíše ne“, „určitě“ a „nepamatuji si“. U této otázky byla navíc odpověď „mentora jsem neměl/a“ pro případ, že by adaptujícímu během adaptačního procesu mentora nepřidělili. 26 respondentů uvedlo, že bylo určitě s mentorem spokojeno

(40,63 %), 12 uvedlo, že byli spíše spokojeni (18,75 %). 13 respondentů bylo neutrálních (20,31 %) a 1 respondent uvedl, že určitě spokojený nebyl (1,56 %). Jeden respondent uvedl, že si spokojenost s mentorem nepamatuje (1,56 %) a 11 respondentů uvedlo, že jim mentor přidělen v rámci adaptačního procesu nebyl (17,19 %) viz tabulka 10.

**Tabulka 10 – tabulka četností subjektivního hodnocení spokojenosti s mentorem během adaptačního procesu**

Spokojenost s mentorem	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
určitě ano	26	26	40,6250	40,6250
spíše ano	12	38	18,7500	59,3750
neutrálně	13	51	20,3125	79,6875
určitě ne	1	52	1,5625	81,2500
nepamatuji se	1	53	1,5625	82,8125
mentora jsem neměl/a	11	64	17,1875	100
<b>celkem</b>	64		100	

Na otázku č. 10 navazovala otázka č. 11, která se tázala respondentů na důvod v případě, že nebyli s mentory spokojeni, nebo byli spokojeni jen částečně. Otázka byla otevřená, takže dávala respondentovi možnost volnosti v odpovědi. Na tuto otázku odpovědělo dohromady 17 respondentů z 64 (26,56 %), protože se jednalo o otázku nepovinnou. Ze 17 respondentů odpovědělo 7 respondentů, že důvodem nespokojenosti bylo nestanovení řádného mentora. Například respondent č. 30 uvedl: „Jednalo se o více mentorů, kdy každý přinesl své know-how, které bylo hlavně úvodu adaptace velice matoucí, protože každý postupoval jinými způsoby“. 3 respondenti uvedli, že byli nespokojeni s přístupem mentora, ať už v jeho chování nebo v neprofesionálních postupech. Respondent č. 32 uvedl: „Nebyl jsem spokojen s trpělivostí mentora, který neměl snahu mi nic vysvětlit.“ Další 3 respondenti uvedli, že byli nespokojeni s nedostatečným vysvětlením vnitřních předpisů a dokumentace, kdy např. respondent č. 38 uvedl: „Málo praxe s dokumentací a vnitřními předpisy“. Další 2 respondenti uvedli jako důvod nespokojenosti omezený čas s mentorem, kdy uvedli, že jej měli na prvních pár směn a pak už mentora neměli. A poslední 2 respondenti uvedli, že jim byl mentory špatně podaný výklad teoretických znalostí.

Otázkou č. 12 v dotazníkovém šetření odpovídali respondenti na formu ukončení adaptačního procesu. Dle tabulky 11 odpovědělo 24 respondentů (37,50 %), že jejich adaptační proces byl ukončen formou formálního hodnotícího pohovoru s vedením, 35 respondentů (54,69 %) uvedlo, že ukončili AP praktickou zkouškou a hodnocením znalostí a dovedností, 3 respondenti (4,69 %) ukončili adaptační proces souhlasem jejich vedoucího pracoviště, 1 respondent

(1,56 %) uvedl, že AP nebyl řádně ukončen a 1 respondent (1,56 %) si formu ukončení AP nepamatuje.

**Tabulka 11 – tabulka četností formy ukončení adaptačního procesu**

	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
<b>Ukončení AP</b>				
formální hodnotící pohovor s vedením	24	24	37,5000	37,5000
praktická zkouška a hodnocení znalostí a dovedností	35	59	54,6875	92,1875
souhlasem vedoucího pracoviště o ukončení AP	3	62	4,6875	96,8750
nebyl formálně ukončen	1	63	1,5625	98,4375
nepamatuji se	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

V otázce č. 13 zdravotničtí záchranáři odpovídali pomocí Likertovy škály na spokojenost s průběhem adaptačního procesu. Opět se opakovali možnosti odpovědí na škále od „určitě ano“ po „určitě ne“, „nepamatuji se“ a „adaptační proces neproběhl“. Podle tabulky 12 odpovědělo 15 respondentů (23,44 %), že byli s průběhem AP určitě spokojeni, 29 respondentů (45,31 %) uvedlo, že byli s průběhem AP spíše spokojeni, 16 respondentů (25 %) bylo neutrálních, 2 respondenti (3,13 %) uvedli, že určitě spokojeni s průběhem AP nebyli. 1 respondent (1,56 %) si svou spokojenost nepamatuje a 1 respondent (1,56 %) AP nepodstoupil.

**Tabulka 12 – tabulka četností subjektivního hodnocení spokojenosti s AP**

	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
<b>Spokojenost s AP</b>				
určitě ano	15	15	23,4375	23,4375
spíše ano	29	44	45,3125	68,7500
neutrálně	16	60	25,0000	93,7500
určitě ne	2	62	3,1250	96,8750
nepamatuji se	1	63	1,5625	98,4375
adaptační proces neproběhl	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Spokojenost s průběhem AP je závislá na mnoha faktorech. V rámci výzkumné části této diplomové práce proběhla také statistická analýza vztahu míry spokojenosti s AP procesem a míry spokojenosti s mentorem a zda se tyto dvě proměnné ovlivňují či nikoliv. Statistická analýza vztahů byla provedena za pomoci kontingence a korelace. Dle tabulky 13

lze předpokládat vlivem nerovnoměrného rozložení dat (červené hodnoty) mezi těmito hodnotami závislost.

**Tabulka 13 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení spokojenosti s mentorem a subjektivního hodnocení spokojenosti s AP**

	Hodnocení spokojenosti s mentorem	Spokojenost s AP Spíše ano	Spokojenost s AP neutrálně	Spokojenost s AP Určitě ano	Spokojenost s AP Určitě ne	Spokojenost s AP AP neproběhl	Spokojenost s AP nepamatují se	Celkem
četnost	<b>mentora jsem neměl/a</b>	3	7	0	0	1	0	<b>11</b>
relat. četn.		27,27 %	63,64 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	0,00 %	
četnost	<b>neutrálně</b>	5	7	0	1	0	0	<b>13</b>
relat. četn.		38,46 %	53,85 %	0,00 %	7,69 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	<b>spíše ano</b>	<b>11</b>	1	0	0	0	0	<b>12</b>
relat. četn.		<b>91,67 %</b>	8,33 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	<b>určitě ano</b>	10	1	<b>15</b>	0	0	0	<b>26</b>
relat. četn.		38,46 %	3,85 %	<b>57,69 %</b>	0,00 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	<b>určitě ne</b>	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
relat. četn.		0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	<b>nepamatují se</b>	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
relat. četn.		0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	
četnost	<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>64</b>

Závislost mezi těmito hodnotami nelze ověřit kontingencí, neboť kontingenční tabulka obsahuje velké množství nul. Z tohoto důvodu byla zvolena statistická analýza pomocí neparametrického Spearmanova koeficientu s využitím ordinálních číselných proměnných, kdy hodnoty byly nahrazeny od 1 do 5. Výrok „určitě ano“ byl nahrazen na číselné škále hodnotou 1, výrok „spíše ano“ hodnotou 2, „neutrálně“ bylo nahrazeno 3, „spíše ne“ nahrazeno 4, „určitě ne“ hodnotou 5. Výrok „mentora jsem neměl“ nahrazen číselnou hodnotou nebyl. U 11 respondentů, kteří uvedli, že mentora neměli, 10 bylo neutrálních ve spokojenosti s průběhem AP, 3 byli spíše spokojeni a 1 neabsolvoval AP. Dle tabulky 14 je Spearmanův korelační koeficient 0,72 a vyjadřuje přímou lineární závislost (vztah) mezi mírou spokojenosti s průběhem AP a s mírou spokojenosti s mentorem. Tento vztah je statisticky významný na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .



**Tabulka 14 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi mírou spokojenosti s mentorem a mírou spokojenosti s průběhem AP**

	spokojenost s mentorem	spokojenost s průběhem AP
spokojenost s mentorem	1,000000	0,721258
spokojenost s průběhem AP	0,721258	1,000000

Otázka č. 14 navazovala na předchozí otázku a jednalo se o otázku otevřenou, která se zdravotnických záchranářů dotazovala na důvod nespokojenosti s průběhem AP. Dle tabulky 12 odpovědělo minimálně 18 respondentů, že byli spokojeni jen částečně (neutrálně), nebo určitě nebyli spokojeni s průběhem AP. Na otevřenou otázku č. 14 odpovědělo 9 respondentů. Mezi nejčastější důvody nespokojenosti s průběhem adaptačního procesu uváděli respondenti délku trvání AP, kdy uváděli, že jim přišel AP příliš krátký a nestihli probrat vše důležité. Jako další důvod uvedli respondenti chaotickou organizaci AP, kdy uvedli, že neměl AP jasně definovaný řád či jasně dané postupy, anebo se těchto postupů kolegové mentoři nedrželi. Dalším důvodem nespokojenosti byla již zmíněná nedostatečná práce s vnitřními předpisy a legislativou, kde respondenti uváděli, že seznamování probíhalo spíše formou samostudia a doted' se potýkají s částečnou neznalostí některých méně používaných předpisů. Jeden respondent v otevřené otázce také uvedl, že o hodnocené ukončení adaptačního procesu rozhodoval člověk, který ho za celou dobu adaptace neviděl v praxi a byl zkoušen z věcí, které vyhodnotil jako okrajové spíše nepodstatné v rámci jeho práce na ZZS.

Otázka č. 15 se zaměřovala na subjektivní hodnocení zdravotnických záchranářů a zněla: „Do jaké míry je pro Vás adaptační proces důležitý na Vašem pracovišti?“. Respondenti měli na výběr z číselné Likertovy škály, kde hodnocení 1 znamenalo nejvíce důležitý a 5 nejméně důležitý. Stejně formulovaná byla i otázka č. 16 dotazníkového šetření, která se respondentů tázala: „Do jaké míry je pro Vás adaptační proces důležitý obecně při vstupu do zaměstnání?“. I v tomto případě odpovídali respondenti formou Likertovy škály 1 = nejvíce a 5 = nejméně. Dle tabulky 15 odpovědělo 38 respondentů, že je pro ně AP na jejich pracovišti nejvíce důležitý. Z těchto 38 respondentů 29 uvedlo, že je pro ně AP proces obecně také nejvíce důležitý a přiřadili v obou otázkách číslo 1. Dalších 8 respondentů hodnotilo AP obecně bodem 2, tudíž uvedli, že na jejich pracovišti je AP důležitější než obecně při vstupu do zaměstnání. Jeden respondent také uvedl, že AP na pracovišti hodnotí jako nejvíce důležitý, ale obecně už hodnotil AP jako nejméně důležitý. Dohromady hodnotilo AP obecně jako nejvíce důležitý 40 respondentů, z toho, jak již bylo zmíněno, 29 respondentů hodnotilo

AP na pracovišti také jako nejvíce důležitý. Dalších 11 respondentů již hodnotilo důležitost AP obecně jako více důležitý než na jejich pracovišti. Dalším 11 respondentům přišel AP na jejich pracovišti stejně důležitý jako obecně, kde ohodnotili důležitost AP bodem 2 u obou otázek. Dále 2 respondenti odpověděli neutrálně na důležitost AP na pracovišti i obecně.

**Tabulka 15 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry důležitosti AP na daném pracovišti a subjektivního hodnocení míry důležitosti AP obecně**

	Důležitost AP na pracovišti	Důležitost AP obecně 1	Důležitost AP obecně 2	Důležitost AP obecně 3	Důležitost AP obecně 5	Celkem na pracovišti
četnost	1	29	8	0	1	38
relat. četn.		76,32 %	21,05 %	0,00 %	2,63 %	
četnost	2	9	11	0	0	20
relat. četn.		45,00 %	55,00 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	3	2	2	2	0	6
relat. četn.		33,33 %	33,33 %	33,33 %	0,00 %	
četnost	<b>celkem obecně</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>64</b>

Podle nerovnoměrného rozložení v tabulce 15 (červené hodnoty) lze usuzovat, že mezi mírou důležitostí AP na daném pracovišti a obecně existuje nějaký vztah. Vztah nelze otestovat kontingencí z opětovného důvodu velkého výskytu nul v kontingenční tabulce. Tento vztah byl z tohoto důvodu statisticky otestován pomocí neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu. Dle tabulky 16 je Spearmanův korelační koeficient 0,36, což naznačuje, že existuje nějaký vztah mezi mírou důležitosti AP na daném pracovišti a mírou důležitosti AP obecně. Tento vztah je významný na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Tabulka 16 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi subjektivním hodnocením míry důležitosti AP na daném pracovišti a subjektivním hodnocením míry důležitosti AP obecně**

	míra důležitosti AP na pracovišti	míra důležitosti AP obecně
<b>míra důležitosti AP na pracovišti</b>	1,000000	0,361148
<b>míra důležitosti AP obecně</b>	0,361148	1,000000

Otázka č. 17 se tázala respondentů na způsob, kterým bylo zajištěno seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během jejich AP. Jednalo se o otázku polytomickou, kde měli respondenti na výběr z 5 možností odpovědí. Dle tabulky 17 odpovědělo 35 respondentů (54,69 %), že seznámení a osvojení doporučených a vnitřních předpisů proběhlo tištěnou i slovní formou. Dalších 11 respondentů (17,19 %) uvedlo,

že seznámení a osvojení předpisů proběhlo pouze slovní formou. 9 respondentů (14,06 %) odpovědělo, že jim doporučené a vnitřní předpisy byli ukázány pouze tištěnou formou. Dalších 7 respondentů (10,94 %) uvedlo, že si způsob seznámení s vnitřními a doporučenými předpisy nepamatují a 2 respondenti (3,12 %) uvedli, že seznámení s těmito předpisy neproběhlo vůbec.

**Tabulka 17 – tabulka četností způsobu seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů**

Způsob seznámení s předpisy	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
tištěná i slovní forma	35	35	54,6875	54,6875
slovní forma	11	46	17,1875	71,8750
tištěná forma	9	55	14,0625	85,9375
nepamatují se	7	62	10,9375	96,8750
neproběhlo	2	64	3,1250	100
<b>celkem</b>	64		100	

Na otázku č. 17 navazovala následující otázka s pořadovým číslem 18, která se respondentů tázala na způsob ověřování znalostí doporučených postupů, standardů a protokolů během adaptačního procesu. Jednalo se o otázku polouzavřenou, kde měli respondenti možnost odpovědět pomocí textové odpovědi v případě, že ani jedna z možných odpovědí nebyla vhodná. Tato otázka dále nabízela možnost více odpovědí. Dle tabulky 18 odpovědělo 34 respondentů (53,13 %), že ověřování seznámení s doporučenými předpisy proběhlo zpětnou vazbou od mentora či kolegů, 13 respondentů (20,31 %) uvedlo, že znalosti doporučených předpisů ověřovány nebyly, 8 respondentů (12,5 %) si způsob či ověřování nepamatuje. Další 4 respondenti (6,25 %) uvedli, že ověřování znalostí probíhalo formou pravidelných hodnotících pohovorů a 2 respondenti (3,12 %) uvedli, že ověřování proběhlo v rámci závěrečné zkoušky, kdy tato odpověď byla formou textové odpovědi a nebyla v nabízených možnostech viz Příloha B. Poslední 3 respondenti (4,69 %) odpověděli více možnostmi a uvedli, že ověřování znalostí předpisů probíhalo v rámci pravidelných hodnotících rozhovorů v kombinaci se zpětnou vazbou od mentora či kolegů.

**Tabulka 18 – tabulka četností způsobu ověřování znalostí doporučených postupů, standardů a protokolů**

	<b>Četnost</b>	<b>Kumulativní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Kumulativní relativní četnost</b>
<b>Ověřování seznámení s předpisy</b>				
zpětnou vazbou od mentora či kolegů	34	34	53,1250	53,1250
nebyly ověřovány	13	47	20,3125	73,4375
nepamatují se	8	55	12,5000	85,9375
pravidelné hodnotící pohovory	4	59	6,2500	92,1875
při závěrečné zkoušce	2	61	3,1250	95,3125
pravidelné hodnotící pohovory, zpětnou vazbou od mentora	3	64	4,6875	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 19 se respondentů tázala, do jaké míry bylo zajištěno seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během adaptačního procesu zdravotnických záchranářů. Na otázku odpovídali respondenti opět pomocí pětibodové číselné Likertovy škály, kde udávali od 1 do 5, kdy bod 1 znamenal nejvíce a 5 znamenal nejméně. Otázka č. 20 se respondentů tázala, do jaké míry jste byl/a spokojen/a se způsobem seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během jejich adaptačního procesu. Opět měla formu odpovědí pomocí pětibodové číselné Likertovy škály, kde 1 bod znamenal nejvíce spokojený a 5 bodů znamenalo nejméně spokojený. Dle tabulky 19 ohodnotilo míru seznámení a osvojení s vnitřními předpisy 13 respondentů jako nejvíce bodem 1, z toho 7 respondentů ohodnotilo míru spokojenosti se seznámením a osvojením vnitřních předpisů taktéž bodem 1 a zbylých 6 respondentů hodnotilo míru spokojenosti již bodem č. 2. Z 22 respondentů, kteří hodnotili míru seznámení 2 body, 2 respondenti hodnotili míru spokojenosti bodem 1, 16 respondentů ohodnotilo spokojenost 2 body a 4 respondenti ohodnotili míru spokojenosti 3 body. Z 15 respondentů, kteří ohodnotili míru seznámení a osvojení 3 body, 1 respondent ohodnotil míru spokojenosti 1 bodem. 4 respondenti ohodnotili míru spokojenosti 2 body, 8 respondentů ohodnotilo míru spokojenosti 3 body a 2 respondenti ohodnotili míru spokojenosti 4 body. Z dalších 12 respondentů, kteří ohodnotili míru seznámení 4 body, ohodnotili 3 respondenti míru spokojenosti 3 body a 9 respondentů rovnými 4 body. Poslední 2 respondenti ohodnotili míru seznámení a míru spokojenosti se seznámením nejmenším možným počtem ohodnocení, tedy 5 body.

**Tabulka 19 – kontingenční tabulka kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry a spokojenosti se způsobem a osvojením s doporučenými předpisy**

	míra seznámení a osvojení	spokojenost 1	spokojenost 2	spokojenost 3	spokojenost 4	spokojenost 5	celkem míra
četnost	1	7	6	0	0	0	13
relat. četn.		53,85 %	46,15 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	2	2	16	4	0	0	22
relat. četn.		9,09 %	72,73 %	18,18 %	0,00 %	0,00 %	
četnost	3	1	4	8	2	0	15
relat. četn.		6,67 %	26,67 %	53,33 %	13,33 %	0,00 %	
četnost	4	0	0	3	9	0	12
relat. četn.		0,00 %	0,00 %	25,00 %	75,00 %	0,00 %	
četnost	5	0	0	0	0	2	2
relat. četn.		0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	
četnost	<b>celkem spokojenost</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>64</b>

Lze usuzovat, že míra seznámení a osvojení s vnitřními předpisy bude ovlivňovat míru spokojenosti zdravotnických záchranářů s postupy seznámení a osvojování těchto předpisů. Tento vztah nelze opět statisticky prokázat pomocí kontingence, a proto byla zvolena metoda korelace pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Dle tabulky 20 je Spearmanův korelační koeficient 0,81 a vyjadřuje přímou závislost (vztah) mezi celkovým hodnocením míry seznámení a osvojení vnitřních předpisů a spokojenosti se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů. Tento vztah je statisticky významný na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Tabulka 20 – korelační tabulka Spearmanova koeficientu kombinací odpovědí subjektivního hodnocení míry a spokojenosti se způsobem a osvojením s doporučenými předpisy**

	míra seznámení a osvojení vnitřních předpisů	spokojenost se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů
míra seznámení a osvojení vnitřních předpisů	1,000000	0,808600
spokojenost se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů	0,808600	1,000000

Otázka č. 21 byla zaměřena na bezpečnost adaptujících během AP a tázala se respondentů, jak byla zajištěna jejich bezpečnost během adaptačního procesu. Jednalo se opět o otázku polouzavřenou, kde poslední možná odpověď byla formou textové odpovědi. Na tuto otázku mohli respondenti odpovědět více možnostmi. Dle tabulky 21 odpovědělo 35 respondentů (54,69 %), že jejich bezpečnost byla zajištěna pomocí školení v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany, dále poskytnutí osobních ochranných pracovních prostředků

a dozorem mentora či kolegů během pracovní doby. 16 respondentů (25,00 %) uvedlo, že prošli školením BOZP a PO a byli jim poskytnuty OOPP. 1 respondent (1,56 %) uvedl, že prošel školením BOZP a PO a v rámci pracovní náplně na něj dohlížel mentor či kolega. 8 respondentů (12,50 %) odpovědělo, že prošli pouze školením BOZP a PO. 1 respondent (1,56 %) uvedl, že mu byli poskytnuty OOPP a v rámci adaptace byl pod dozorem mentora. Další 1 respondent (1,56 %) uvedl, že mu byly poskytnuty pouze OOPP a poslední respondent (1,56 %) uvedl, že si zajištění bezpečnosti v rámci AP již nepamatuje.

**Tabulka 21 – tabulka četností způsobu zajištění bezpečnosti adaptujících během AP**

Zajištění bezpečnosti během AP	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
BOZP a PO, OOPP, dozor mentora	35	35	54,6875	54,6875
BOZP a PO, OOPP	16	51	25,0000	79,6875
BOZP a PO, dozor mentora	1	52	1,5625	81,2500
dozor mentora	1	53	1,5625	82,8125
OOPP, dozor mentora	1	54	1,5625	84,3750
BOZP a PO	8	62	12,5000	96,8750
OOPP	1	63	1,5625	98,4375
nepamatuji se	1	64	1,5625	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 22 se respondentů dotazovala, jak se postupovalo při jejich pochybení během adaptačního procesu. Jednalo se také o polouzavřenou otázku s možností textové odpovědi. Respondenti měli možnost vybrat jednu či více odpovědí. Dle tabulky 22 odpovědělo 47 respondentů (73,44 %), že postupem při pochybení byla okamžitá zpětná vazba a vysvětlení pochybení mentory či kolegy. 9 respondentů (14,06 %) uvedlo, že měli většinou zkušenosti s negativní či nedostatečnou reakcí mentorů či kolegů. 4 respondenti (6,25 %) uvedli, že se nepostupovalo žádným způsobem, 3 respondenti (4,69 %) si postup při jejich pochybení v rámci AP nepamatují a 1 respondent (1,56 %) uvedl v textové odpovědi, že během AP procesu nepochybil.

**Tabulka 22 – tabulka četností postupu při pochybení během AP**

Postup při pochybení během AP	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
okamžitá zpětná vazba, vysvětlení mentory	47	47	73,4375	73,4375
většinou negativní či nedostatečná reakce	9	56	14,0625	87,5000
nebylo pochybení	1	57	1,5625	89,0625
nepamatuji se	3	60	4,6875	93,7500
nepostupovalo se žádným způsobem	4	64	6,2500	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázky č 23, 24 a 25 byly všechny tvořeny pomocí pětibodových číselných Likertových škál. Otázka č. 23 se respondentů tázala, zda je adaptační proces dostatečně připravil na profesi vykonávanou na jejich pracovišti. Respondenti odpovídali na bodové škále od 1 do 5, kde 1 bod znamenal, že je adaptační proces připravil výborně a 5 bodů znamenalo, že je adaptační proces připravil nedostatečně. Z 64 respondentů ohodnotilo tuto otázku nejvíce body, tedy 1, 14 respondentů (21,88 %), dalších 36 respondentů (56,25 %) ohodnotilo otázku 2 body, 11 respondentů (17,19 %) dalo 3 body a 3 respondenti (4,69 %) ohodnotili přípravu na dané povolání v rámci AP 5 body, tedy nejmenším možným ohodnocením. Žádný z 64 respondentů nehodnotil přípravu 4 body viz tabulka 23.

**Tabulka 23 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry připravenosti zdravotnických záchranářů na profesi v rámci AP**

připravil Vás AP dostatečně?	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1	14	14	21,8750	21,8750
2	36	50	56,2500	78,1250
3	11	61	17,1875	95,3125
5	3	64	4,6875	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 24 se respondentů tázala na míru jejich spokojenosti se začleněním do pracovního kolektivu během jejich adaptačního procesu. Dle tabulky 24 ohodnotilo spokojenost se začleněním do kolektivu 1 bodem 30 respondentů (46,88 %), 23 respondentů (35,94 %) ohodnotilo začlenění 2 body, 7 respondentů (10,94 %) ohodnotilo 3 body a dva respondenti (3,12 % + 3,12 %) ohodnotili míru spokojenosti se začleněním do kolektivu 4 a 5 body.

**Tabulka 24 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry spokojenosti se začleněním do kolektivu v rámci AP**

Míra spokojenosti se začleněním do kolektivu	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1	30	30	46,8750	46,8750
2	23	53	35,9375	82,8125
3	7	60	10,9375	93,7500
4	2	62	3,1250	96,8750
5	2	64	3,1250	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Otázka č. 25 se zdravotnických záchranářů ptala na subjektivní hodnocení spokojenosti s jejich výkonem, který podávali v rámci své adaptace. Dle tabulky 25 svůj výkon v rámci AP ohodnotilo 7 respondentů (10,94 %) nejvyšším počtem bodů – 1 bodem. Dalších 37 respondentů (57,81 %) obodovalo svůj výkon 2 body, 15 respondentů (23,44 %) 3 body, 3 respondenti (4,69 %) 4 body a poslední 2 respondenti ohodnotili svůj výkon v rámci AP nejhorším možným počtem bodů – 5 body.

**Tabulka 25 – tabulka četností subjektivního hodnocení míry spokojenosti s výkonem zdravotnických záchranářů během AP**

Míra spokojenosti s výkonem během AP	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1	7	7	10,9375	10,9375
2	37	44	57,8125	68,7500
3	15	59	23,4375	92,1875
4	3	62	4,6875	96,8750
5	2	64	3,1250	100
<b>celkem</b>	<b>64</b>		<b>100</b>	

Jako poslední statistická analýza se prováděl Spearmanův korelační koeficient pro zjištění vztahu mezi proměnnými v tabulce 26, ve které je zvýrazněno 6 Spearmanových koeficientů korelace, kdy červené hodnoty v tabulce 26 vyjadřují vztah mezi proměnnými na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Největší hodnota tohoto koeficientu je ve vztahu mezi spokojeností se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů a míry přípravy adaptujícího na povolání v rámci AP. Tento koeficient nese hodnotu 0,64 a vyjadřuje pozitivní lineární vztah mezi těmito dvěma proměnnými. Druhou nejvyšší hodnotu nese koeficient mezi hodnotami míry přípravy na povolání v rámci AP a míry spokojenosti s výkonem během AP, který se rovná 0,48. Tato hodnota není tak vysoká, jako předchozí, ale naznačuje existenci korelace mezi proměnnými, jedná se o střední sílu korelace. Další čtyři hodnoty koeficientu



se pohybují v rozmezí 0,28–0,40 a rovněž poukazují na existenci vztahu mezi danými proměnnými. Nejedná se však o silnou liniiovou korelaci, ale o slabou míru korelace.

**Tabulka 26 – tabulka Spearmanova korelačního koeficientu mezi subjektivním hodnocením spokojenosti a způsobem osvojení doporučených předpisů**

	spokojenost se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů	připravil vás AP dostatečně?	míra spokojenosti se začleněním do kolektivu	míra spokojenosti s výkonem během AP
spokojenost se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů	1,000000	<b>0,638650</b>	<b>0,365072</b>	<b>0,395361</b>
připravil vás AP dostatečně?	<b>0,638650</b>	1,000000	<b>0,280723</b>	<b>0,482424</b>
míra spokojenosti se začleněním do kolektivu	<b>0,365072</b>	<b>0,280723</b>	1,000000	<b>0,360308</b>
míra spokojenosti s výkonem během AP	<b>0,395361</b>	<b>0,482424</b>	<b>0,360308</b>	1,000000

Poslední otázka č. 26 se respondentů tázala, zda měl jejich adaptační proces nějaké nedostatky a zda ano, tak jaké. Jednalo se o otázku otevřenou a nepovinnou, stejně jako všechny otevřené otázky v dotazníkovém šetření. Na otázku č. 26 odpovědělo dohromady 25 respondentů (39,06 %), kde 8 respondentů uvedlo, že jejich adaptační proces neměl žádné větší nedostatky a byli s ním spokojeni. Nejčastější odpovědí respondentů byl hektický průběh AP a nejasné postupy, kde tyto nedostatky uvedli 4 respondenti. Dalším nedostatkem podle 3 respondentů byla doba trvání AP, kde uvedli, že AP byl příliš krátký. Další 3 respondenti uvedli jako nedostatek AP nedefinované mentory adaptace. Uváděli, že měli směny vždy se sloužícími kolegy, kteří neměli ucelený pohled na jejich průběh adaptace a ocenili by jednoho či více mentorů, kteří by je raným stádiem provedli. Na tuto odpověď navazovali další 2 respondenti, kteří uvedli, že mentora měli, ale ocenili by, kdyby služeb s těmito mentory bylo více. 3 respondenti dále uvedli, že nedostatkem jejich AP byl malý důraz na problematiku vnitřních předpisů, standardů a postupů a jejich nedostatečné vysvětlení. Nejčastěji se opakovala neznalost vnitřních směrnic organizace a postupy při specifických situacích, které jsou při ostrém zásahu zdravotnické záchranné služby méně časté. Respondenti například uváděli neznalost postupů psaní dokumentace u cizinců/nepojištěných či v případě neznalosti údajů ošetřených v akutních situacích. Uváděli větší důraz na praktické dovednosti než na teoretické znalosti, které byli většinu v rámci samostudia.

## 5.4 Shrnutí výsledků

Pro výzkumnou část této diplomové práce byl stanoven výzkumný cíl, jímž bylo zjistit, jak adaptační proces ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytované péče. K tomuto cíli byly následně stanoveny 3 výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala **realizací adaptačního procesu v souladu s platnými normami a standardy**. Na tuto otázku byly v dotazníkovém šetření sestaveny otázky, které se ptali respondentů na délku adaptačního procesu, jeho organizaci a způsob zajištění seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během jejich adaptačního procesu. Dále se dotazníkové šetření zaměřovalo na subjektivní hodnocení spokojenosti zdravotnických záchranářů v těchto aspektech AP. Analýzou dat dotazníkového šetření se zjistilo, že ze 64 dotazovaných respondentů absolvovalo adaptační proces 63 respondentů a pouze jediný respondent adaptační proces neabsolvoval. Nejčtenější délka trvání adaptačního procesu byla v rozmezí 1–3 měsíců, kde 13 respondentů uvedlo, že jim délka AP přišla středně dlouhá a 1 respondent uvedl, že mu délka AP přišla spíše nedostatečná. Obdobně tomu bylo u délky trvání AP v rozmezí 4–6 měsíců, kdy uvedli 2 respondenti, že jim AP přišel středně dlouhý a 3 respondenti, že jim přišel spíše nedostatečně dlouhý. Až na jednoho respondenta, který AP neabsolvoval, uvedli ostatní respondenti, že jim délka AP přišla určitě dostačující či spíše dostačující. Na otázku týkající se organizační struktury AP odpověděla většina respondentů, že se AP skládal z kombinace teoretických lekcí, praktických cvičení a mentoringu. Dalšími čtenými odpověďmi byl důraz spíše na praktická školení či naopak důraz spíše na teoretická školení. 4 respondenti uvedli, že si postupy a organizaci AP nepamatují a jeden, který jej nepodstoupil. Otázka zaměřující se na možnost hodnocení průběhu AP přinesla zajímavé výsledky, protože nejčtenější odpovědí byla odpověď, že respondenti možnost hodnotit AP neměli, avšak by tuto možnost mít chtěli. Tuto odpověď v dotazníkovém šetření uvedlo 22 respondentů z 64. 11 respondentů uvedlo, že možnost měli pomocí dotazníků, hodnotících tabulek či slovní formou. 17 respondentů uvedlo, že si možnost hodnocení průběhu AP nepamatují a 14 uvedlo, že tuto možnost neměli a nehodnotili by. Další otázka v dotazníkovém šetření se respondentů dotazovala na míru spokojenosti s mentorem. 38 respondentů uvedlo, že byli určitě nebo spíše spokojeni, dalších 13 bylo neutrálních a 1 respondent uvedl, že byl určitě nespokojen. 11 respondentů uvedlo, že mentora neměli a 1 respondent si spokojenost nepamatuje. Následující otázka navazovala na předchozí a jednalo se o otázku otevřenou, která se respondentů ptala na důvod nespokojenosti s mentorem. Nejčastější odpovědi byly důvody větší četnosti mentorů, kde podle respondentů

mentorství ztrácelo smysl v souvislosti s nekontinuitou adaptace a ztráty informací o postupech adaptujících. Dalším důvodem bylo například chování mentorů, nedostatečné vysvětlení problematiky, omezený čas s mentorem anebo jeho úplná absence. Další organizační složkou, na kterou se otázky zaměřovaly, byla forma ukončení AP. Nejčastější odpovědí byla forma praktické zkoušky a hodnocení znalostí a dovedností, kterou uvedlo 35 respondentů. Další četnou odpovědí, která zazněla v analýze výsledků 24x, byla forma formálního hodnotícího pohovoru s vedením organizace. 3 respondenti uvedli, že jejich AP byl ukončen formou souhlasu vedoucího pracoviště o ukončení AP a 1 respondent uvedl, že jeho AP nebyl řádně ukončen. Jediný respondent uvedl, že si ukončení nepamatuje. Následně se dotazník zaměřuje na spokojenost zdravotnických záchranářů s průběhem AP, kdy 44 respondentů odpovědělo, že byli s průběhem AP určitě či spíše spokojeni. 16 respondentů bylo neutrálních a 2 uvedli, že určitě s průběhem AP spokojeni nebyli. Zbylí 2 respondenti uvedli, že si průběh nepamatují nebo AP neproběhl. Spokojenost s průběhem AP je závislá na mnoha faktorech, a jedním z faktorů je spokojenost s mentorem AP. V rámci statistické analýzy pomocí korelace se zjistilo, že vztah mezi spokojeností s průběhem AP a spokojeností s mentorem je statisticky významný na hladině významnosti 0,05. Dále respondenti uvedli jako důvody nespokojenosti např. délku trvání AP (spíše krátký), chaotickou organizaci AP a nedostatečnou práci s vnitřními předpisy. Dalším aspektem zkoumání byla subjektivní míra důležitosti AP pro zdravotnické záchranáře jednak na jejich pracovišti, ale i obecně. Dle výsledků analýzy dat lze usuzovat, že je pro zdravotnické záchranáře srovnatelně důležitý AP na jejich pracovišti a obecně. Z výsledků lze vidět, že nejvíce respondentů hodnotilo důležitost AP na pracovišti i obecně nejvyšší možnou mírou důležitosti a to bodem 1. Další četné zastoupení měla obojetná odpověď s bodovou váhou 2. Pouze o 2 respondenty se liší důležitost AP obecně (40) a důležitost AP na pracovišti (38).

V závislosti na druhé výzkumnou otázku, která se dotazovala, **jakým způsobem se v rámci adaptačního procesu dbá na dodržování kvality a bezpečnosti práce**. Dalších 6 otázek v dotazníkovém šetření bylo zaměřeno na způsob a míru seznámení a osvojení s vnitřními předpisy, způsob ověřování těchto předpisů a spokojenost respondentů se způsoby seznamování s vnitřními předpisy. Nejčastější formou seznámení a osvojení, kterou uvedlo 35 záchranářů, byla tištěná i slovní forma zároveň. 11 respondentů uvedlo, že způsob seznámení proběhl pouze slovní formou a 9 uvedlo, že proběhl jen tištěnou. 2 respondenti uvedli, že seznámení a osvojení vnitřních předpisů neproběhlo a 7 si způsob seznámení a osvojení již nepamatuje. Dále respondenti uváděli odpovědi na způsob ověřování seznámení a osvojení s předpisy.

U této formy byla nejčtenější odpovědí zpětná vazba od mentora či kolegů, kterou uvedlo 34 respondentů. Druhou nejčtenější odpovědí byla ta, že seznámení a osvojení s předpisy ověřováno nebylo. 8 respondentů uvedlo, že si ověřování nepamatují, 4 uvedli, že probíhalo formou pravidelných hodnotících pohovorů na pracovišti a 2 respondenti uvedli, že ověření seznámení a osvojení s vnitřními předpisy proběhlo během závěrečné zkoušky. 3 respondenti využili možnost více odpovědí a uvedli kombinaci pravidelných hodnotících pohovorů a zpětnou vazbu od mentora. Poslední dvě otázky na téma seznámení a osvojení s vnitřními předpisy se zaměřovaly na míru tohoto seznámení a osvojení a spokojenost se způsobem seznámení a osvojení vnitřních předpisů. Nejčtenější zvolenou kombinací bylo bodové ohodnocení s počtem bodů 2 u obou zmíněných proměnných. Druhou nejčtenější veličinou bylo bodové ohodnocení 4 body v obou případech jak u míry seznámení s vnitřními předpisy, tak s následnou spokojeností se způsobem seznámení s těmito předpisy. Spokojenost se způsobem seznámení s nejvyšším možným bodovým ohodnocením 1 udalo pouze 10 dotazovaných respondentů, více respondentů uvedlo body 3 a 4. 2 respondenti v obou případech zvolili nejhorší možné ohodnocení a to 5 bodů na pětibodové číselné škále. Bylo statisticky dokázáno pomocí korelačního koeficientu, že míra spokojenosti se způsobem seznámení a osvojení s vnitřními předpisy je přímo závislá na míře seznámení a osvojení vnitřních předpisů u zdravotnických záchranářů. Další dvě otázky byly zaměřeny na zajištění bezpečnosti během adaptačního procesu, kdy první se otazovala zdravotnických studentů, jak byla zajištěna jejich bezpečnost během jejich adaptačního procesu. Nejčtenější odpovědí byla kombinace školení v BOZP a PO, poskytnutí OOPP a dozor mentora v rámci výjezdů na ZZS, kde těchto více odpovědí zvolila více jak polovina respondentů, přesněji 35 záchranářů. Dalších 16 respondentů uvedlo, že podstoupili školení v BOZP a PO a byly jim poskytnuty OOPP. 8 respondentů uvedlo jen školení v BOZP a PO. Po jednom respondentu se pak vyskytovala kombinace BOZP s dozorem mentora, dále OOPP s dozorem mentora, jen dozor mentora nebo jen OOPP. Jeden respondent uvedl, že si zajištění bezpečnosti nepamatuje. Dle statistik uvedli minimálně 3 respondenti, že neprošli školením BOZP a minimálně 10 respondentů uvedlo, že jim nebyly poskytnuty OOPP. Poslední otázka v této kategorii se zaměřovala na postup při pochybení adaptujících během AP. Téměř tři čtvrtiny respondentů (47) uvedlo, že se jednalo o okamžitou zpětnou vazbu a následné vysvětlení mentory/kolegy. Dalších 9 respondentů uvedlo, že při svém pochybení zažili většinou negativní či nedostatečnou reakci od svých mentorů či kolegů a další 4 uvedli, že se při pochybení nepostupovalo žádným způsobem. 3 respondenti si postup při pochybení nepamatují a jeden uvedl, že během AP nepochybil, takže postup při pochybení nezažil.

Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na **ovlivňování sebejistoty zdravotnických záchranářů během a po ukončení adaptačního procesu**. Pro tuto výzkumnou otázku byly zvoleny 3 dotazníkové otázky, kde zdravotničtí záchranáři hodnotili AP z několika aspektů pomocí Likertových pětibodových číselných škál. Prvním aspektem bylo subjektivní hodnocení přípravy na povolání na daném pracovišti v rámci adaptačního procesu. Nejčtenější dávanou hodnotou byly 2 body, které zvolilo 36 záchranářů, dále 14 uvedlo 1 bod, tudíž uvedli, že je AP na povolání připravil výborně. 11 respondentů hodnotilo na škále neutrálními 3 body a 3 respondenti uvedli, že je AP připravil na povolání špatně a zvolili na číselné škále bodů 5. Dalším aspektem dotazování byla míra spokojenosti se začleněním do kolektivu, kde se čísla pohybovala také spíše v horních příčkách škály. 30 respondentů uvedlo, že byli spokojeni nejvíce a hodnotili tento aspekt 1 bodem, 23 respondentů hodnotilo 2 body a 7 respondentů hodnotilo neutrálně 3 body. Po 2 respondentech hodnotili na číselné škále body 4 a 5. A posledním aspektem dotazování bylo subjektivní hodnocení spokojenosti zdravotnických záchranářů s vlastním výkonem během AP. 37 respondentů hodnotilo svůj výkon 2 body, 15 respondentů 3 body, dalších 7 záchranářů 1 bodem, 3 respondenti body 4 a 2 respondenti ohodnotili svůj výkon nejnižším možným počtem a to 5 body. Poslední otázka dotazníkového šetření byla otevřená a dotazovala se respondentů, zda měl jejich AP nějaké nedostatky, a pokud ano, tak jaké. Na tuto otázku odpovědělo 25 respondentů, což činilo 39 % dotazovaných. Nejčastější odpovědí respondentů byl hektický průběh AP a nejasné postupy, dále krátká doba realizace AP a absence mentora či malý počet směn s mentory. Respondenti také uváděli nedostatek seznámení s vnitřními předpisy, standardy a postupy a jejich nedostatečné vysvětlení. Uváděli větší důraz na praktické znalosti jako ošetření pacienta, ale již menší důraz na seznámení se s řádným psaním dokumentace na výjezdu či problematiku postupů předání komplikovaného pacienta v nemocnici. Většinou se jednalo o formu samostudia, která je však podle respondentů nejasná a vede k neúplnosti postupů.

## 6 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá významem adaptačního procesu zdravotnických záchranářů pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče v jejich profesi. Cíle práce byly rozděleny na cíl teoretický, kterým bylo popsat adaptační proces, jeho cíle, principy, postupy a význam pro zajištění kvality poskytované péče ve zdravotnické profesi a cíl výzkumný, kterým bylo zjistit, jak adaptační proces ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytované péče z pohledu zdravotnických záchranářů. Pro zkoumání výzkumného cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky.

**První výzkumná otázka** zkoumala, **jak probíhá realizace adaptačního procesu v souladu s platnými normami a standardy**. Základním dokumentem, podle kterého se řídí většina adaptačních procesů nelékařských zdravotnických pracovníků, je Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dle Metodického pokynu MZ ČR (2009) by měl absolvovat AP každý nelékařský zdravotník, který nastupuje do povolání po získání odborné způsobilosti dle zákona 96/2004 Sb., anebo přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky, anebo přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení nové práce se výrazně liší. Dle výsledků analýzy absolvovalo adaptační proces 98 %. **Délka trvání adaptačního procesu** je závislá na mnoha faktorech, mezi které řadíme například znalosti, dovednosti a schopnosti konkrétních účastníků adaptačního procesu. Obvykle se jedná o období 3 až 12 měsíců (Česko, 2009). Z výsledků dotazníkového šetření bylo analyzováno, že všech 98 % respondentů, kteří AP absolvovali, jej splnili v časovém rámci 1 až 12 měsíců, kdy nejčastěji se vyskytovalo období od 1 až 3 měsíců. Přičemž hodnotilo 15 respondentů délku AP jako středně dostačující a 4 respondenti jako nedostačující. Jednalo se o délku AP v rozmezí 1–3 měsíců a 4–6 měsíců. Toto tvrzení potvrzuje ve svém výzkumu Uhýrková (2013), která udává, že minimální doba adaptačního procesu dle respondentů by měla být 3 měsíce. Z výzkumu Krausové (2021) vyplývá, že v operačních oborech je průměrná délka adaptačního procesu NLZP v rozmezí 1–2 let. Dle Špirudové (2015) správně nastavená délka adaptačního procesu umožňuje novým pracovníkům získat potřebné dovednosti a znalosti pro efektivní výkon práce, což přispívá k zajištění kvality poskytované péče a minimalizaci rizika chyb.

Dalším aspektem průběhu realizace AP na zdravotnické záchranné složce byla **organizace adaptačního procesu**. Nejčastější organizací, kterou respondenti uváděli, byla teoretická školení a praktická cvičení v kombinaci s mentoringem. Dle výzkumu Cachové (2017) je úroveň znalostí a dovedností po dokončení vzdělání nedostatečná a absolventům

je doporučováno prohloubení těchto znalostí a dovedností pomocí samostudia, kurzů či jiných vzdělávacích aktivit. Další četnou odpovědí výzkumu této diplomové práce byl větší důraz na praktické zkušenosti a méně na teoretické znalosti – toto tvrzení vyzkoumala také Uhýrková (2013), která uvedla, že respondenti jejího výzkumného šetření udávali preferenci nácvičku praktických dovedností nad teorií. 5 respondentů dále uvedlo, že naopak AP obsahoval převážně teoretická školení s minimem praktických cvičení a mentorování. 4 respondenti uvedli, že si žádné jasně definované postupy nepamatují. Podle Donutilové (2016) má nekvalitně či nesprávně provedený adaptační proces negativní vliv na budoucí fungování NLZP při jejich pracovním výkonu.

Dále se výzkum zabýval **možností hodnocení adaptačního procesu zdravotnickými záchranáři**, kdy nejčastěji respondenti uváděli, že možnost hodnotit AP neměli, ale tuto možnost by mít chtěli. Dle Hillman (2010) zavedení mechanismů pro hodnocení spokojenosti adaptačního procesu může být pro organizace klíčové. Tyto mechanismy mohou zahrnovat pravidelné hodnotící pohovory s novými zaměstnanci, anonymní průzkumy spokojenosti, systematické vyhodnocování výsledků zásahů nebo průběžné sledování kvality poskytované péče. Poskytnutí možnosti hodnotit AP novými zaměstnanci umožňuje nejenom identifikovat případné nedostatky nebo oblasti, které potřebují zlepšení, ale také podporuje jejich aktivní zapojení do procesu organizace a jejího rozvoje, což může vést k efektivitě práce a vyšší spokojenosti zaměstnanců.

Posledním aspektem průběhu realizace adaptačního procesu bylo **formální ukončení**. Metodický pokyn MZ ČR (2009) uvádí, že AP bude ukončen závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka příslušného úseku a školícího pracovníka. Pokud bylo součástí zadání závěrečné práce, bude následovat prezentace a obhajoba této práce. Ukončení formou hodnotícího pohovoru s vedením uvedlo 24 respondentů. Více než polovina respondentů (35) uvedla, že formou ukončení byla praktická zkouška a hodnocení znalostí a dovedností. 1 respondent dále uvedl, že jeho AP nebyl řádně ukončen a 4 respondenti ukončili AP se souhlasem vedoucího pracoviště o jeho ukončení. Podle výzkumu šetření Krausové (2021) je forma ukončení adaptačního procesu v nemocnici obdobná, jako na zdravotnické záchranné službě a v souladu s metodickým pokynem, avšak se v tomto výzkumu také objevili případy, kdy neproběhlo řádné ukončení AP. Zítková, Pokorná a Mičudová (2015) uvádějí, že způsob ukončení adaptačního procesu ve zdravotnictví se může lišit v závislostech na konkrétních podmínkách a požadavcích dané organizace, což může být např. vyžadování splnění určitých výkonnostních kritérií.

Dále se dotazníkové šetření zaměřilo na **suspektní hodnocení spokojenosti** zdravotnickými záchranáři **s mentorem a průběhem AP**. Skoro 60 % respondentů (38) uvedlo, že byli určitě spokojeni nebo spíše spokojeni. Dle výzkumu Donutilové (2016) je adaptační proces řízený zkušeným a kvalitním mentorem základem pro zdárný průběh AP. 11 respondentů v této otázce uvedlo, že jim mentor přidělen nebyl. Dle metodického pokynu MZ ČR (2009) by měl být každému účastníkovi AP přidělen školící pracovník. Na zdravotnické záchranné službě to nejčastěji bývají vedoucí výjezdových základen nebo instruktoři základen, kteří ovšem podléhají směnnosti a nejsou tak přítomni každý pracovní den v týdnu, jako např. staniční sestra, a tudíž nemají společné směny s nově nastupujícími zaměstnanci. Šubrtová (2021) ve svém výzkumu zmiňuje absenci mentora jako jeden z hlavních nedostatků AP. Dle Donutilové (2016) je role mentora nezastupitelná a velmi důležitá ve většině aspektů AP. Výzkum Uhýrkové (2013) podotýká, že respondenti pro zdárný průběh navrhují až 2 mentory, kteří budou vzájemně nezávislí, zkušenostně rozdílní a oborově zdatní. Dále uvádí, že by měl být mentor přítomen na každé směně adaptujícího, dokud nebude připraven nastoupit do vyšší fáze/etapy adaptačního procesu. Reich (2023) ve svém výzkumu zjistila, že absence mentorů je nejčastěji z důvodu nedostatku a časového vytížení personálu. Dále také udává malou motivaci pracovníků stát se mentorem. Výzkumem této diplomové práce bylo zjištěno, že celková spokojenost s průběhem AP je závislá na spokojenosti s mentorem, a tudíž tento fakt naznačuje, že absence mentorů či řádných školitelů by mohla mít do budoucna za následek pokles spokojenosti nově příchozích zaměstnanců s průběhem AP. Toto tvrzení se také objevovalo v otevřené otázce, která se respondentů dotazovala na důvody nespokojenosti s mentorem, kde nejčastěji uváděli právě zmíněnou absenci mentora. Dále uváděli jako důvody např. chaotické postupy AP, chování mentora a nedostatečné vysvětlení dokumentace a vnitřních předpisů. Absenci systematičnosti a kvalitního školitele zmiňuje ve svém výzkumu i Šubrtová (2021).

Následující dvě otázky se dotazovaly zdravotnických záchranářů na **subjektivní hodnocení důležitosti AP na jejich pracovišti a důležitost AP obecně**. Na rozdíl do výsledků Reich (2023), kde většina respondentů uvedla, že neviděla přínos v adaptačním procesu, je patrné z výsledků této diplomové práce, že zdravotničtí záchranáři berou adaptační proces jako velice důležitý. O několik málo procent odpověděli zdravotničtí záchranáři, že jim přijde AP obecně důležitější, ale výsledky byly skoro totožné. Nejvíce respondentů se shodlo, že důležitost adaptačního procesu je nejvíce důležitá v obou aspektech.



**Druhá výzkumná otázka** výzkumné části diplomové práce byla zaměřena na **způsob, jakým se dbá na dodržování kvality a bezpečnosti práce v rámci adaptačního procesu**. První otázka dotazníkového šetření se respondentů tázala, jakou **formou** proběhlo **seznámení s vnitřními předpisy během adaptace**. Nejvíce respondentů uvedlo, že seznámení proběhlo tištěnou i slovní formou. Dále se vyskytovaly odpovědi buď jen slovní nebo jen tištěnou formou. 2 respondenti udali, že seznámení s vnitřními předpisy neproběhlo. Donutilová (2016) ve své práci uvádí, že nesprávné provedení iniciační části AP a seznámení adaptujícího s vnitřními předpisy vede k negativním vlivům v následujících etapách procesu a následně i při výkonu povolání při něm. Dále navazovala otázka tázající se respondentů na **způsob ověřování tohoto seznámení s vnitřními předpisy**, na kterou nejčastěji respondenti odpovídali formou zpětné vazby od mentora či kolegů, pravidelnými hodnotícími pohovory či kombinací těchto úkonů. 20 % respondentů na tuto otázku odpovědělo, že seznámení s vnitřními předpisy ověřováno nebylo. Dle výsledků analýzy dat otevřených otázek výzkumného šetření, které se zabývaly důvody nespokojenosti respondentů s AP či nedostatky v jejich AP, lze usuzovat, že problematika seznámení se s vnitřními předpisy je jedna ze stěžejních v rámci adaptačního procesu a některým respondentů nevyhovují postupy a způsoby s jejich seznámením. Dle jejich odpovědí byl malý důraz na tuto problematiku, což vede k neznalosti a neorientovanosti např. ve zdravotnické dokumentaci či postupech při neobvyklých situacích. Zítková, Pokorná a Mičudová (2015) doporučují vytvoření informačního tzv. adaptačního balíčku, který slouží jako „příručka pracovníka“ v období adaptace ale i po jeho skončení. Noví zaměstnanci mají možnost postupného prozkoumávání dokumentů a materiálů, které doplňují sdělené informace na pracovišti. Tento přístup přináší především komplexnost a soudržnost informací, které je možné opakovaně konzultovat a utvrdit si je. Cachová (2017) ve svém výzkumu udává, že adaptační balíček je nástroj velice pozitivně hodnocený účastníky AP. Dále uvádí, že orientace ve zdravotnické dokumentaci byla náročnou oblastí pro většinu respondentů výzkumného šetření.

Na předchozí výzkumné šetření navazovaly otázky tázající se na **míru seznámení a osvojení těchto vnitřních předpisů a spokojenost účastníků adaptace se způsobem seznámení**. Nejčastějšími odpověďmi v těchto kategoriích bylo číselné ohodnocení 2 (druhé nejlepší), avšak v rámci těchto hodnocení se objevovalo nízké hodnocení častěji než v předchozích hodnoceních spokojenosti. Také bylo statistickým šetřením zjištěno, že míra seznámení s vnitřními předpisy je závislý na míře spokojenosti s osvojením těchto předpisů. Tudíž v budoucnu by zlepšení způsobu seznámení s vnitřními předpisy mohlo vést ke zvýšení

spokojenosti zdravotnických záchranářů a jejich zkvalitnění výkonu během poskytování přednemocniční neodkladné péče pacientům.

Druhá výzkumná otázka se dotýká zároveň tématu bezpečnosti práce, na což navazovaly následující otázky ve výzkumném šetření První otázka se tázala respondentů na **zajištění bezpečnosti adaptujících v průběhu AP**. Nejčtenější odpovědí respondentů bylo školení BOZP a PO v kombinaci s poskytnutím OOPP a dozorem mentora. Odpovědi respondentů se mohou lišit i délkou praxe, kdy při nástupu některých zkušenějších respondentů mohlo docházet k odlišnosti postupů při přijímání. Podle zákoníku práce je zaměstnavatel povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnancům při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce (Česko, 2006). Tímto zákonem vznikla i povinnost o školení v BOZP a PO. Dalším právním aspektem ochrany bezpečnosti zdraví při práci je zákon 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky, ve kterém jsou v povinném vybavení zahrnuty i OOPP pro všechny členy posádky (Česko, 2012). Od roku 2020 se ve vozích zdravotnické záchranné služby vyskytují i OOPP pro případ infekčních onemocnění (např. covid-19).

Posledním aspektem v rámci bezpečnosti byl **postup při pochybení adaptujících během AP**. Nejčtenější odpovědí respondentů byla okamžitá zpětná vazba a vysvětlení mentory či kolegy. Dále 9 respondentů uvedlo, že se většinou setkali s negativní či nedostatečnou reakcí při pochybení a 4 respondenti uvedli, že se při pochybení nepostupovalo žádným způsobem. Dle Špirudové (2015) by měl být postup při pochybení adaptujících stanoven v rámci interních směrnic a postupů dané organizace. Mezi opatření by mělo patřit identifikování pochybení, správná komunikace ze strany mentora, nabídka podpory, plán na zlepšení a případná opatření. Pochybení by mělo být rozebráno s adaptujícím v rámci pravidelných hodnotících pohovorů (Špirudová, 2015).

Třetí výzkumná otázka se zabývala **vlivem adaptačního procesu na sebejistotou zdravotnických záchranářů** v rámci poskytování péče. První otázka v dotazníku se tázala na míru připravenosti po absolvování AP. Více jak polovina respondentů hodnotila připravenost 1 až 2 body. 11 respondentů 3 body a 3 respondenti hodnotili připravenost nejnižším počtem bodů a to 5 body. Byl statisticky vyjádřen vztah mezi mírou připravenosti a mírou spokojenosti se seznámením vnitřních předpisů, což naznačuje, že zlepšení způsobu

seznámení s vnitřními předpisy by mohlo zajistit lepší pocit připravenosti zdravotnických záchranářů do povolání.

Další otázka se zabývala **mírou spokojenosti se začleněním do kolektivu**, kdy se hodnocení pohybovalo spíše v horních bodech škály. Přes 80 % respondentů uvedlo, že bylo určitě nebo spíše spokojeno a hodnotili 1 až 2 body. Donutilová (2016) ve své práci zmiňuje úskalí v zapojení do kolektivu. Jako důvod respondenti uváděli převážně ženské kolektivy, které mezi sebe nepustili mladší generace a nové kolegy. Tento problém se na zdravotnické záchranné službě nezdá být častý, protože kolektivy tvoří široké spektrum generací a pohlaví je v dnešní době už také téměř vyrovnané, avšak stále přetrvává spíše mužské zastoupení členů posádek.

Poslední škála hodnocení byla zaměřena na **míru spokojenosti s výkonem během AP**, kdy více než 90 % respondentů ohodnotilo svůj výkon neutrálně či lépe. Pouze 5 respondentů uvedlo, že svůj výkon během AP hodnotí spíše negativně. Cahová (2017) ve svém výzkumu zjistila opačný fenomén. Popisuje, že adaptující sestry uváděly spíše negativní výkony, jako dlouhá orientace na pracovišti, nezvládání stresových situací, nejistota v postupech a identifikace priorit.

## 6.1 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištěných dat a analýzy výzkumných otázek lze usuzovat, že většina zdravotnických záchranářů je s realizací a kvalitou AP na vybraném pracovišti spokojena. V rámci výzkumného šetření se našlo pár respondentů, který s některými aspekty adaptačního procesu spokojení nebyli.

Prvním aspektem adaptačního procesu, na který by se mohly zdravotnické záchranné služby zaměřit je mentorství v rámci adaptačního procesu. Z analýzy dat lze konstatovat, že mezi časté důvody nespokojenosti zdravotnických záchranářů patří absence mentora či krátká doba s mentorem v rámci adaptace. **Zřízení a rozvoj programu mentorství** představuje příležitost jednak pro nové zaměstnance, pro které je mentor zdrojem cenné podpory v náročném začleňování do chodu organizace, ale i pro stávající zaměstnance, pro které mentorství představuje příležitost k osobnímu rozvoji, učení se novým dovednostem a seberealizaci v organizaci. Mentoring může v budoucnu podpořit adaptaci nových zaměstnanců, zlepšit pracovní prostředí a tím přispět ke zvýšení kvality a bezpečnosti adaptačního procesu a následně i poskytování zdravotní péče.

Dalším aspektem analýzy dat, který se zdál nevyhovující, byla **možnost hodnocení adaptačního procesu adaptujícími zdravotnickými záchranáři**. Jedná se o efektivní nástroj organizace pro identifikaci nedostatků a potřeb zaměstnanců. Dále možnost hodnocení adaptačního procesu adaptujícími zvýší angažovanost zaměstnanců, čímž se může zvýšit pocit sebejistoty v rámci organizace a pocit podpory k jejímu rozvoji. Mimo jiné se jedná o nástroj kontinuálního zvyšování kvality pomocí zpětné vazby od vlastních zaměstnanců, která dává vedoucím pracovníkům aktuální poznatky a pohledy od liniových pracovníků. Mezi možnostmi hodnocení lze zavést anonymizované či neanonymizované dotazníky, které by mohly mít jak papírovou, tak tištěnou formu. Dále by se mohlo jednat například o individuální rozhovory s mentory na výjezdových základnách či možnost těchto rozhovorů s vedením organizace. V rámci dokumentace adaptačního procesu jedince by mohl být již zmiňovaný dotazník či například tabulkové škály spokojenosti s možností udání důvodu, které by opět byly buď anonymní nebo neanonymní formou.

Dalším důvodem nespokojenosti adaptujících byla forma či **způsob seznámení s vnitřními předpisy**, kde respondenti uváděli, že jim seznámení přijde nedostačující a cítí, že mají v některých aspektech vnitřních předpisů mezery. Odborná literatura doporučuje zavedení tzv. **adaptačních balíčků** (viz Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015), což je soubor

materiálů, informací a zdrojů, které jsou poskytovány novým zaměstnancům při jejich nástupu do nové organizace. Jeho účelem je usnadnit novým zaměstnancům orientaci v organizaci, na pracovišti, v internetové doméně organizace a ve vnitřních předpisech. Většina organizací má již vypracované plány adaptačního procesu, které však spíše obsahují náplň a organizaci AP, avšak již neobsahují pomocné materiály zaměstnancům. V zájmu organizací by bylo dobré vypracovat tyto balíčky pro usnadnění adaptace a efektivnější vstup nových zaměstnanců.

## 7 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala významem adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi. Pro tuto diplomovou práci byli zvoleni zdravotnickou profesí zdravotničtí záchranáři vykonávající povolání na výjezdových základnách zdravotnických záchranných služeb v České republice. Zjištěné informace v diplomové práci jsou čerpány z odborné literatury, platné legislativy, odborných článků a dalších relevantních zdrojů. Pro teoretickou část byl zvolen cíl popsat adaptační proces, jeho cíle, principy, postupy a význam pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytování péče ve zdravotnictví. V teoretické části byl nastíněn systém zdravotnictví v souvislosti s pochopením problematiky. Dále bylo na základě dostupné literatury zjištěno, že efektivní adaptační proces hraje důležitou roli v zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče.

Pro výzkumnou část diplomové práce byla vybrána kvantitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Oslovenými respondenty byli zdravotničtí záchranáři na vybraných výjezdových základnách ZZS v daném kraji – zúčastnilo se jich celkem 64. Pro výzkumnou část byl zvolen výzkumný cíl „Jak adaptační proces ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytované péče?“. K tomuto cíli byly dále stanoveny 3 výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala, jak probíhá realizace adaptačního procesu a zda probíhá realizace v souladu s platnými normami a standardy. Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že adaptační proces je realizován v souladu s platnými normami a standardy. V rámci dotazů na nespokojenost uváděli respondenti nejčastěji absenci mentora během adaptačního procesu. Bylo navrženo doporučení zřídit mentorský program, který by přinášel nové příležitosti nejen pro nově příchozí pracovníky, ale i pro stávající zaměstnance. Dále bylo doporučeno zřídit systém hodnocení adaptujících se zaměstnanců, ve kterém by měli možnost podávat zpětnou vazbu ohledně postupů realizace AP, který by sloužil jako nástroj ke kontinuálnímu zvyšování kvality adaptačního procesu. Tento systém hodnocení by mohl být součástí adaptačních balíčků viz následující doporučení. Druhá výzkumná otázka se týkala, jakým způsobem se v rámci adaptačního procesu dbá na dodržování kvality a bezpečnosti práce? Z analýzy dat lze konstatovat, že v rámci adaptačního procesu je největším úskalím pro adaptující se seznámení se s vnitřními předpisy a jejich osvojování – mnoho respondentů bylo nespokojeno se způsobem seznamování a osvojování. Respondenti také často uváděli, že nedocházelo k ověřování osvojení vnitřních předpisů. V rámci těchto nedostatků AP bylo doporučeno vytvořit tzv. adaptační balíček pro nově příchozí zaměstnance se všemi potřebnými informacemi. Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na vliv adaptačního procesu na sebejistotu jedince

v rámci poskytování péče. Z výsledků dat lze usuzovat, že sebejistota zdravotnických záchranářů po absolvování adaptačního procesu je spíše podpořena a ve srovnání s pracovníky nemocničních zařízení je výrazně vyšší v aspektech připravenosti a začlenění do kolektivu v relativně kratším čase. Lze očekávat, že s doporučenými inovacemi bude spokojenost a zároveň sebejistota jedinců pracujících a nově nastupujících na zdravotnické záchranné služby časem stoupat.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.

CAHOVÁ, Lenka. *Adaptační proces všeobecných sester a zdravotnických asistentů na pracovišti intenzivní medicíny*. Brno, 2017. 95 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Metodické doporučení k uskutečňování doškolení po přerušení výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. [online]. 2017, částka 13. s. 93-95. [cit. 2024-01-13]. Dostupné také z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%c4%9bstn%c3%adk%20MZ%20%c4%8cR%2013-2017.pdf>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online]. 2009, částka 6. s. 40-42. [cit. 2024-01-13]. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2009/>

ČESKO. Vyhláška č. 296 ze dne 3. září 2012 o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 105, s. 3890–3897. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. ISSN 1211–1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730–4897. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4839–4848. ISSN 1211–1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>



ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 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). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákona č. 262 ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 84, s. 3146–3241. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

DONUTILOVÁ, Hana. *Adaptační proces u všeobecných sester v intenzivní péči*. Brno, 2016. 82 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

HILLMAN, Jo. Planning for Employee Onboarding: Finding Ways to Increase New Employee Success and Long-Term Retention. *Noel-Levitz* [online]. Iowa, 2010, s. 4 [cit. 2024-03-13]. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED536856.pdf>

CHYTRÝ, Vlastimil a KROUFEK, Roman. Možnosti využití Likertovy škály – základní principy aplikace v pedagogickém výzkumu a demonstrace na příkladu zjišťování vztahu člověka k přírodě. *Scientia in educatione*. 2017, 8(1), s. 2–17. ISSN 1804-7106.

JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

JANÍČEK, Přemysl a MAREK, Jiří. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Expert (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4127-7.

KRAUSOVÁ, Markéta. *Adaptační proces u vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v operačních oborech*. Pardubice, 2021. 91 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.

MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.

REICH, Natálie. *Adaptační proces nově přijímaného zaměstnance a přínos tohoto procesu pro obě strany*. Olomouc, 2023. 64 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Ing. Ivana Vančurová, MBA

REMEŠ, Roman a TRNOVSKÁ, Silvia. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN isbn978-80-247-4530-5.

STANĚK, Ivan. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče. *Medical Tribune* [online]. 2011. [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/co-znamená-kvalita-a-bezpecnost-zdravotni-pece/>

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav; VOJTEK, Petr a ARNOŠTOVÁ, Lenka. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Praktická knihovna, C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-619-7.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠUBRTOVÁ, Tereza. *Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester*. České Budějovice, 2021. 77 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák Ph.D.

ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.

TSANDILA-KALAKOU, Foteini, WIIG, Siri and AASE, Karina. Factors contributing to healthcare professionals' adaptive capacity with hospital standardization: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2023, **23**, 799.

UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchranářů* Olomouc, 2013. 102 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-45-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Quality health services*. [online]. 2020-07-20 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

ZÍTKOVÁ, Marie; POKORNÁ, Andrea a MIČUDOVÁ, Erna. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5094-1.

ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.

## 9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>dotazníkové šetření</i> .....	68
Příloha B – <i>elektronický dotazník (ukázka)</i> .....	72

## Příloha A – dotazníkové šetření

### Dotazníkového šetření

#### Část A

- 1) **Jaké jste pohlaví?**
  - a) muž
  - b) žena
  
- 2) **Kolik je Vám let?**
  - a) 20-29 let
  - b) 30-39 let
  - c) 40-49 let
  - d) 50-59 let
  - e) 60 let a více
  
- 3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
  - a) střední s maturitou
  - b) vyšší odborné
  - c) Vysokoškolské
  
- 4) **Jak dlouho pracujete na ZZS?**
  - a) méně než 1 rok
  - b) 1-2 roky
  - c) 3-5 let
  - d) 6-9 let
  - e) 10 let a více

#### ČÁST B

- 5) **Absolvoval/a jste adaptační proces při nástupu na pracovní pozici?**
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nepamatuji se
  
- 6) **Jak dlouho trval Váš adaptační proces?**
  - a) 1-3 měsíce
  - b) 4-6 měsíců
  - c) 7-12 měsíců
  - d) více než 12 měsíců
  - e) nepamatuji se
  
- 7) **Byl pro Vás adaptační proces dostatečně dlouhý?**
  - a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Středně
  - d) Spíše ne
  - e) Určitě ne
  - f) Nepamatuji se
  
- 8) **Jak byl organizován váš adaptační proces na ZZS?**
  - a) Kombinace teoretických lekcí, praktických cvičení a mentorování
  - b) Větší důraz na praktické zkušenosti a méně na teoretická školení
  - c) Převážně teoretická školení s minimální praxí a mentorováním
  - d) Žádné jasně definované postupy si nepamatují
  - e) Žádný adaptační proces neproběhl

Zdroj: autor

**9) Měl/a jste možnost zhodnotit průběh Vašeho adaptačního procesu?**

- a) Ano, dotazníkem
- b) Ano, slovně
- c) Ano, hodnotícími tabulkami
- d) Ne, ale chtěl bych mít
- e) Ne, nehodnotil bych
- f) Nepamatuji se
- g) Jiné (uved'te): .....

**10) Byl/a jste spokojen/a se svým mentorem?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Středně
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne
- f) Nepamatuji se
- g) Mentora jsem neměl/a

**11) Pokud jste spokojen/a s mentorem nebyl/a, nebo jen částečně, uveďte prosím důvod proč:**

.....

**12) Jakou formou byl Váš adaptační proces ukončen?**

- a) Formální hodnotící pohovor s vedením organizace
- b) Praktická zkouška a hodnocení znalostí i dovedností adaptanta
- c) Souhlasem vedoucího pracoviště o úspěšném ukončení adaptačního procesu
- d) Nebyl formálně ukončen
- e) Nepamatuji se
- f) Jiné (uved'te): .....

**13) Byl/a jste spokojen/a s průběhem Vašeho adaptačního procesu?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Středně
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne
- f) Nepamatuji se

**14) Pokud jste spokojen/a nebyl/a, nebo jen částečně, uveďte prosím důvod proč:**

.....

**15) Do jaké míry je pro Vás adaptační proces důležitý na Vašem pracovišti?**

(1 nejvíce – 5 nejméně)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Zdroj: autor

- 16) Do jaké míry považujete adaptační proces důležitý při vstupu do zaměstnání obecně? (1 nejvíc – 5 nejméně)
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
- 17) Jakým způsobem bylo zajištěno seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během Vaší adaptace?
- Seznámení proběhlo:
- neproběhlo
  - Tištěnou formou
  - Slovní formou
  - Tištěnou i slovní formou
  - Nepamatuji se
- 18) Jakým způsobem byly ověřovány znalosti doporučených postupů, standardů a protokolů během Vaší adaptace? (více možností)
- Pravidelné hodnotící pohovory
  - Zpětnou vazbou od mentora či kolegů
  - Nebyly ověřovány
  - Nepamatuji se
  - Jiné (uved'te): .....
- 19) Do jaké míry bylo zajištěno seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během Vaší adaptace? (1 nejvíce – 5 nejméně)
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
- 20) Do jaké míry jste byl/a spokojen/a se způsobem seznámení a osvojení doporučených postupů, standardů a protokolů během Vaší adaptace? (1 nejvíce – 5 nejméně)
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
- 21) Jak byla zajištěna Vaše bezpečnost během adaptačního procesu? (více možností)
- Školení BOZP a PO
  - Poskytnutí ochranných osobních pracovních prostředků
  - Dozor mentora v rámci výjezdů
  - Bezpečnost nijak zajištěna nebyla
  - Nepamatuji se
  - Jiné (uved'te): .....

Zdroj: autor

22) Jakým způsobem se postupovalo při Vašem pochybení během adaptačního procesu?

*(více možností)*

- a) Okamžitá zpětná vazba a snaha o vysvětlení nejasností
- b) Omezený zásah a minimální zpětná vazba
- c) Většinou negativní či nedostatečná reakce
- d) Nepostupovalo se žádným způsobem
- e) Nepamatuji se
- f) Jiné (uvedte): .....

23) Připravil Vás adaptační proces dostatečně na profesi na Vašem pracovišti?

**(1 výborně – 5 špatně)**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

24) Do jaké míry jste byl spokojen se začleněním do kolektivu v rámci Vašeho adaptačního procesu? **(1 výborně – 5 špatně)**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

25) Byl/a jste spokojen/a s výkonem, který jste podával/a v adaptačním procesu?

**(1 nejvíce – 5 nejméně)**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

26) Měl Váš adaptační proces nějaké nedostatky? Uvedte jaké:

.....

Zdroj: autor



## Příloha B – elektronický dotazník (ukázka)

### Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Dobrý den, mé jméno je Anna Nožičková a jsem studentkou Univerzity Pardubice, oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví. Zároveň pracuji 2 roky jako zdravotnický záchranář na Zdravotnické záchranné službě. Nyní v rámci studia provádím výzkum k mé diplomové práci na téma "Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče ve zdravotnické profesi".

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku na následujících stránkách. Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a pomoc při mém výzkumu.

S přáním hezkého dne

Anna Nožičková

Powered by 



[Vytvořit dotazník zdarma](#) · [Nahlásit zneužití](#)

Zdroj: autor

## Význam adaptačního procesu pro zajištění kvality a bezpečnosti poskytované péče z pohledu zdravotnického záchranáře

### 1. Jste:\*

Vyberte jednu odpověď

muž

žena

### 2. Do které věkové kategorie patříte:\*

Vyberte jednu odpověď

20-29 let

30-39 let

40-49 let

50-59 let

60 let a více

Zdroj: autor