

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Adaptační proces u perioperačních sester na operačních sálech

Diplomová práce

2024

Bc. Sabina Nádvorníková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Sabina Nádvorníková**
Osobní číslo: **Z22232**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Adaptační proces u perioperačních sester na operačních sálech**
Téma práce anglicky: **Adaptation process of perioperative nurses on operating rooms**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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:

BĚLOHLÁVEK, František, 2017. *Jak vést rozhovory s podřízenými pracovníky*. 2. rozšíř. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0433-8.
EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION (EORNA), 2019. *Common core curriculum for perioperative nursing*. 3. vydání. [online]. EORNA [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://eoma.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>
FONTANA, David, 2016. *Stres v práci a v životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1033-7.
JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšíř. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-598-0.
MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Adaptační proces u perioperačních sester na operačních sálech 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 24. 04. 2024

Bc. Sabina Nádvorníková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za věcné připomínky a konzultace, které mi byly velkou pomocí při procesu psaní této práce. Velké díky patří i mému partnerovi, rodině a v neposlední řadě také kolegyním v zaměstnání. Ti všichni byli v tomto náročném období pro mě velkou psychickou oporou.

ANOTACE

Cílem diplomové práce s názvem *Adaptační proces u perioperačních sester na operačních sálech* je zmapovat průběh adaptačního procesu na operačních sálech a také to, jak jej začínající perioperační sestry vnímají.

Práce obsahuje část teoretickou a průzkumnou. V teoretické části je popsána profese perioperační sestry, jejich vzdělávání a kompetence. Další kapitoly se zaměřují na prostředí operačních sálů a problematiku adaptace a adaptačního procesu ve zdravotnictví. Poslední kapitola se věnuje pojmům pracovní zátěž, stres a syndrom vyhoření.

Průzkumná část diplomové práce byla zpracována formou kvantitativního výběrového šetření. Pro sběr dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce a standardizovaný Meisterův dotazník pro hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 50 respondentek a vyplynulo z něj, jak adaptační proces perioperačních sester na operačních sálech probíhá. Ve většině případů je perioperačními sestrami vnímán jeho průběh kladně a jako nejdůležitější činitele pro usnadnění náročného procesu adaptace identifikovaly vliv dobrého kolektivu a osobu školitele. Pracovní zátěž byla posuzována standardizovaným nástrojem u 34 respondentek, které splňovaly kritérium minimálně roční praxe na operačních sálech. Pracovní zátěž byla klasifikována na první úrovni ze tří. Vliv získané specializace v oboru perioperační péče na úroveň pracovní zátěž byl prokázán jako statisticky nevýznamný.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adaptační proces, operační sál, perioperační sestra.

TITLE

Adaptation process of perioperative nurses on operating rooms.

ANNOTATION

Aim of this diploma thesis titled *Adaptation process of perioperative nurses on operating rooms* is to map course of the adaptation process on operating room and how beginners' perioperative nurses perceive it.

This diploma thesis consists of theoretical and exploratory part. In the theoretical part the profession of perioperative nurse, their education and their professional authority is described. Following chapters are focused on environment of the operating rooms and problematics of adaptation and adaptation process in healthcare. Last chapter applies to problematics of workload.

Exploratory part of this diploma thesis was carried out by the method of quantitative research. Research was conducted by non-standardized questionnaire of own construction and standardized Meister questionnaire. 50 respondents took part in exploratory research, and it showed how adaptation process is carried out in medical institutions and how perioperative nurses perceive this whole process in general. Good work team and person of mentor were labeled as most important factors to ease the demanding process of adaptation. Workload was evaluated for 34 respondents who had more than one year experience working in operating rooms. Workload was determined on stage one from total three stages. Affection of the highest education level in perioperative care on workload of beginner's perioperative nurses was staged as statistically insignificant.

KEYWORDS

Adaptation process, operating room, perioperative nurse.

OBSAH

ÚVOD	15
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	17
1.1 Cíl práce	17
TEORETICKÁ ČÁST	18
2 PERIOPERAČNÍ SESTRA	18
2.1 Vzdělávání perioperačních sester	18
2.2 Kompetence perioperačních sester	19
2.2.1 Náplň práce perioperační sestry – instrumentářky	20
2.2.2 Náplň práce perioperační sestry – obíhající (cirkulující).....	21
2.3 Prostředí operačních sálů	21
3 ADAPTACE A ADAPTAČNÍ PROCES	24
3.1 Adaptační proces zdravotnického pracovníka	24
3.2 Vlastní průběh adaptačního procesu	25
3.2.1 Fáze adaptačního procesu	26
3.3 Délka a cíl adaptačního procesu	27
3.4 Nástroje řízení adaptačního procesu	28
3.4.1 Typový adaptační program	28
3.4.2 Adaptační plán	28
3.4.3 Praktický výcvik	29
3.4.4 Adaptační kolečko, rotace práce	30
3.4.5 Vzdělávací programy	30
3.4.6 Mentorství.....	31
3.5 Hodnocení a dokumentace adaptačního procesu	31
3.6 Ukončení adaptačního procesu	33
4 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ	33
4.1 Definice pojmů zátěž a stres	34

4.2	Pracovní zátěž (stres)	35
4.2.1	Faktory ovlivňující pracovní zátěž	35
4.3	Syndrom vyhoření.....	36
5	PRŮZKUMNÁ ČÁST	38
6	METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI.....	39
6.1	Charakteristika průzkumného souboru	39
6.1.1	Popis nástroje pro sběr dat	39
6.1.2	Meisterův dotazník vlivu pracovní zátěže na psychiku	40
6.2	Průběh sběru dat.....	43
6.3	Zpracování a analýza dat	44
7	PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	45
7.1	Výsledky charakterizující průzkumný soubor	45
7.2	Výsledky charakterizující průběh adaptačního procesu	48
7.3	Výsledky charakterizující vnímání adaptačního procesu perioperačními sestrami ..	53
7.4	Výsledky charakterizující pracovní zátěž s využitím standardizovaného dotazníku	56
7.4.1	Skupina první – všeobecné sestry/porodní asistentky bez specializace	56
7.4.2	Skupina druhá – všeobecné sestry/porodní asistentky se specializací či absolvující specializační vzdělání.....	58
7.4.3	Klasifikace zátěže a porovnání obou skupin.....	60
7.4.4	Srovnání obou pozorovaných skupin s normou pro ženské pohlaví	61
7.4.5	Porovnání pracovní zátěže u VS/PA v perioperační péči v závislosti na specializačním vzdělání	62
7.4.6	Zhodnocení celého souboru respondentek.....	63
8	DISKUZE	65
8.1	Průzkumná otázka číslo 1	65
8.2	Průzkumná otázka číslo 2	68
8.3	Průzkumná otázka číslo 3	70
9	ZÁVĚR	73

9.1	Doporučení pro praxi	74
10	POUŽITÁ LITERATURA	76
11	PŘÍLOHY	82

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Hodnocení dle faktorů (Židková, 2013)	41
Tabulka 2: Hodnocení dle jednotlivých položek (Židková, 2013)	41
Tabulka 3: První případ klasifikace zátěže (Židková, 2013)	42
Tabulka 4: Druhý případ klasifikace (Židková, 2013)	42
Tabulka 5: Třetí případ klasifikace (Židková, 2013)	42
Tabulka 6: Klasifikace zátěže dle Židkové (2013)	43
Tabulka 7: Věk respondentek	45
Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	45
Tabulka 9: Délka praxe na OS (v měsících)	46
Tabulka 10: Délka praxe respondentek na OS (v měsících)	46
Tabulka 11: Absolvování specializačního studia u respondentek	47
Tabulka 12: Informovanost respondentek zaměstnavatelem o délce a formě AP při nástupu do zaměstnání	48
Tabulka 13: Průměrná délka AP respondentek	48
Tabulka 14: Přidělený školitel	49
Tabulka 15: Semináře/kurzy v průběhu AP	50
Tabulka 16: Podávání informací školitelem v průběhu AP	51
Tabulka 17: Hodnocení AP respondentky s vedoucím pracovníkem	52
Tabulka 18: Možnost vyjádřit se k průběhu AP	53
Tabulka 19: Začlenění do kolektivu	54
Tabulka 20: Tabulka vyhodnocení dle faktorů u skupiny 1 (VS/PA bez specializace)	57
Tabulka 21: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u skupiny respondentek 1 (VS/PA bez specializace)	57
Tabulka 22: Vyhodnocení dle faktorů u skupiny respondentek 2 (VS/PA se specializací)	58
Tabulka 23: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u skupiny 2 (VS/PA se specializací)	59
Tabulka 24: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů (VS/PA se specializací)	60
Tabulka 25: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů (VS/PA bez specializace)	60
Tabulka 26: Klasifikace zátěže	60
Tabulka 27: Porovnání mediánů obou skupin	61
Tabulka 28: Srovnání obou skupin respondentek (se specializací/bez specializace) s normou stanovenou pro ženy (Židková 2013)	61
Tabulka 29: Porovnání pracovní zátěže u vybraných skupin VS/PA	62

Tabulka 30: Mann-Whitneyův U test.	63
Tabulka 31: Vyhodnocení dle faktorů všech respondentek.....	63
Tabulka 32: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u všech respondentek.....	64
Tabulka 33: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů u všech respondentek	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Délka AP respondentek v měsících.....	48
Graf 2: Počet kurzů a pořadatel	50
Graf 3: Interval hodnocení AP	52
Graf 4: Spokojenost respondentek s AP	53
Graf 5: Podpůrní činitelé v průběhu AP	55
Graf 6: Délka praxe na OS VS/PA bez specializace	56
Graf 7: Délka praxe na OS VS/PA se specializací	58
Graf 8: Krabicový graf porovnání HS u obou skupin.....	62

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AP	Adaptační proces
ČR	Česká republika
HS	Hrubý skór
PA	Porodní asistentka
VS	Všeobecná sestra
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MAX	Maximum
MIN	Minimum
Sm. odch.	Směrodatná odchylka
OS	Operační sál

ÚVOD

Adaptační proces lze definovat jako proces, který by měl nově příchozímu zaměstnanci co nejvíce ulehčit náročnou cestu k začlenění se v novém pracovním prostředí. Tato náročná cesta zahrnuje nejen seznámení se specifiky práce a orientaci v novém pracovním prostředí, ale v sociální sféře navíc tvorbu vztahů nejen k novým spolupracovníkům, ale i k vedoucím pracovníkům daného pracoviště (Věstník MZČR, 2009, s. 40). Období adaptačního procesu lze považovat za určité dobrodružství, které má za cíl v nově příchozím zaměstnanci, vytvořit neotřesitelné základy, na kterých lze stavět i v budoucnu, po celou dobu trvání profesní kariéry (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 11).

Tato diplomová práce se věnuje problematice adaptačního procesu perioperačních sester na operačních sálech. Problematika adaptačního procesu je z neustálého nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků stále aktuálním tématem. Je důležité věnovat procesu adaptace zdravotníků náležitou péči. Tvorba vhodného prostředí pro průběh adaptačního procesu, který splňuje potřebné podmínky je cesta k zisku kvalitních a orientovaných sester, které jsou ve svém zaměstnání spokojené a zároveň motivované ke kvalitnímu výkonu a utvářejí tak dobrou pověst celé organizace (Špirudová, 2015, s. 75).

Hlavním cílem diplomové práce je prozkoumat vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami na operačních sálech. Dílčí cíle se zaměřují na popis průběhu adaptačního procesu ve vybraných zdravotnických zařízeních a jeho vnímání začínajícími perioperačními sestrami. Začínající sestry jsou sestry s praxí od 3 měsíců do dvou let na operačních sálech. Dalším dílčím cílem práce je prozkoumat vliv pracovní zátěže na psychiku u perioperačních sester s praxí jeden rok a více na operačních sálech. V minulosti bylo napsáno již mnoho diplomových i bakalářských prací, které se zabývají řízením adaptačního procesu ve zdravotnictví či zátěží perioperačních sester. Problematice adaptačního procesu všeobecných sester se ve své diplomové práci věnovala Jaluvková (2015) a psychickou zátěž perioperačních sester zkoumala ve své práci například Hubáčková (2020). Předložená diplomová práce však zkoumá pracovní zátěž začínajících perioperačních sester a zda je tato pracovní zátěž ovlivněna získaným vzděláním právě v oboru perioperační péče (magisterské studium či specializace).

Práce je členěna na dvě části. Část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, vychází z odborné literatury a popisuje problematiku adaptačního procesu perioperačních sester na operačních sálech. První kapitola nás uvádí do problematiky perioperační péče definováním samotného povolání perioperačních sester a jejich vzdělání.

Druhá kapitola se věnuje obecně pojímům souvisejícím s adaptací a v dalších podkapitolách je podrobně popsán adaptační proces a všechny jeho sounáležitosti. Jelikož je jedním z cílů diplomové práce zjištění vlivu pracovní zátěže na psychiku začínajících perioperačních sester, je poslední kapitola věnována právě tomuto tématu. Jsou zde definovány pojmy stres, zátěž a syndrom vyhoření.

Praktická část se zabývá kvantitativním průzkumem, který byl proveden za pomoci dotazníkového šetření v 6 zdravotnických zařízeních na území města Prahy. V této části jsou prezentována data získaná dotazníkovým šetřením a u respondentek s minimálně roční praxí je porovnána pracovní zátěž začínajících perioperačních sester pracujících na operačních sálech, které absolvovaly nebo nyní absolvují specializační studium v oboru a perioperačních sester, které specializační studium zatím neabsolvovaly.

Téma diplomové práce jsem si zvolila, neboť sama nyní procházím adaptačním procesem na operačních sálech. Moc dobře vím, jak náročné období to může pro čerstvé absolventy zdravotnických oborů být a jak je důležité mít pevné základy a podporu ze strany vedoucích pracovníků, a i celé organizace. Výsledky této diplomové práce by mohly pomoci zdravotnickým zařízením i přímo vedoucím pracovníkům ve zkvalitnění procesu adaptace nových perioperačních sester na operačních sálech.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Teoretický cíl:

Popsat problematiku adaptačního procesu perioperačních sester na operačním sále.

Průzkumný cíl:

Prozkoumat vnímání adaptačního procesu začínajících perioperačních sester (praxe do dvou let) na operačních sálech.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat průběh adaptačního procesu na operačních sálech ve vybraných zdravotnických zařízeních.
2. Prozkoumat vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami na operačním sále.
3. Zjistit míru pracovní zátěže začínajících perioperačních sester v adaptačním procesu na operačních sálech, a zda je ovlivněna dosaženým vzděláním v oboru perioperační péče.

TEORETICKÁ ČÁST

2 PERIOPERAČNÍ SESTRA

Diplomová práce se zabývá problematikou adaptačního procesu u perioperačních sester na operačních sálech (dále jen OS). Proto se úvodní kapitola teoretické části této práce věnuje samotné profesi perioperačních sester, jejich vzdělávání a kompetencím. Na závěr kapitoly je také stručně představeno prostředí operačních sálů.

Perioperační sestra je absolventkou specializačního vzdělání v oboru perioperační péče. Vzdělání poskytuje sestřím či porodním asistentkám přípravu pro zajištění základní až vysoce specializované ošetrovatelské péče v perioperačním období, v rozsahu svých kompetencí dle platné legislativy (Věstník MZČR 2020, s. 27).

EORNA (European Operating Room Nurses Association – Evropské sdružení sálových sester) definuje perioperační sestru jako osobu, která se stala expertem v jednom či více oborech perioperační péče. Samotná perioperační péče je popisována jako ošetrovatelská péče, která je pacientovi poskytována v období před operací, během operace a následně i po operaci (EORNA, 2019, s. 12).

Perioperační sestry jsou v rámci personálního obsazení na operačním sále jedním z nejdůležitějších prvků, které dotvářejí operační skupinu. V rámci odborných znalostí, je povolání perioperační sestry řazeno mezi kategorie s nároky nejvyššími. Vedle znalostí odborných je u perioperačních sester kladen velký důraz také na psychickou a fyzickou výdrž. Práce na operačním sále vyžaduje nutnou dávku komunikačních schopností, výdrže v krizových situacích, rychlosti, svědomitosti a samostatnosti. Důležité jsou i schopnosti v oblasti technické zdatnosti (Jedličková, 2019, s. 17, 19). Nároky na péči a ovládání přístrojů používaných v perioperační péči se totiž neustále zvyšují a personál, který s danými přístroji přichází do kontaktu musí být náležitě a opakovaně proškolen (Svoboda, 2021, s. 116).

Pracovní uplatnění nalézají perioperační sestry nejen na operačních sálech, ale také v zařízeních jednodenní chirurgie, na odděleních sterilizace či odděleních invazivních vyšetřovacích metod jako jsou endoskopie či intervenční radiologie (EORNA, 2019, s. 15).

2.1 Vzdělávání perioperačních sester

Absolvováním bakalářského studijního programu ošetrovatelství/porodní asistence získávají v rámci nelékařských oborů všeobecné sestry/porodní asistentky (dále VS/PA) nejvyššího

stupně kvalifikačního vzdělání. To je zakončeno obhajobou bakalářské práce a získáním diplomu. Prohloubení svých dovedností a znalostí mohou výše uvedení nelékařští zdravotničtí pracovníci (dále NLZP) dosáhnout absolvováním specializačního studia či certifikovaných kurzů (Jedličková, 2019, s. 7).

Vzdělávací program, který obsahuje celkem 560 hodin teoretické a praktické výuky je poskytován akreditovaným zařízením, akreditaci uděluje ministerstvo v souladu s § 45 odst. 1, písmeno a), zákona č. 96/2004 Sb. Výuka praktická zahrnuje i odborné praxe vykonávané v akreditovaném i neakreditovaném zařízení a musí utvářet alespoň 50 % z celkových 560 hodin. Celková dostačující doba specializačního vzdělávání je 18-24 měsíců. Tuto dobu lze modifikovat, to znamená zkrátit či prodloužit, ale musí být zachována kvalita a počet hodin vzdělávacího programu (Věstník MZČR, 2020, s. 2).

V oblasti perioperační péče mohou porodní asistentky a všeobecné sestry požadované vzdělání získat také studiem navazujícího magisterského studia na vysokých školách (Jedličková, 2019, s. 13). Zmíněné magisterské studium v oblasti perioperační péče pro všeobecné sestry i porodní asistentky umožňuje Univerzita Pardubice na Fakultě zdravotnických studií. Kombinovaná forma studia v délce dva roky poskytuje absolventkám specializaci s označením odbornosti všeobecná sestra pro perioperační péči či porodní asistentka pro perioperační péči. Podmínkou pro přijetí je úspěšné složení přijímací zkoušky a ukončené bakalářské vzdělání v oboru všeobecná sestra či porodní asistentka (Univerzita Pardubice, 2022).

2.2 Kompetence perioperačních sester

Kompetence zdravotnických a jiných nelékařských pracovníků vychází z Vyhlášky 55/2011 Sb., která byla s pokrokem zdravotní péče a se vznikem nových specializačních oborů novelizována 1. července 2022 vyhláškou 58/2022 Sb.

Perioperační péče poskytovaná všeobecnou sestrou či porodní asistentkou, je upravována následujícími paragrafy ve Vyhlášce 55/2011 Sb.:

- **„§ 54 – sestra pro perioperační péči, pečuje o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů.**

Přitom zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,

2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operatérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,
6. provádět zarouškování operačního pole,
7. instrumentovat při operačních výkonech;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. asistovat u méně náročných operačních výkonů.

- **§ 69 – porodní asistentka pro perioperační péči**, pečuje o pacientky v oboru gynekologie a porodnictví před, v průběhu a hned po operačním výkonu. Přitom vykonává činnosti sestry pro perioperační péči podle § 56.“ (Věstník MZČR, 2021, s. 28, 34)

2.2.1 Náplň práce perioperační sestry – instrumentářky

Instrumentující sestry pracují v přímém kontaktu s operátory a celým operačním týmem na operačních sálech. Jsou extrémně cennými členy operačního týmu (EORNA, 2019, s. 13).

Nejvýznamnější součástí práce perioperační sestry v roli instrumentářky je instrumentování. Včasné podávání a odebírání nástrojů v průběhu operace na základě slovní výzvy, gest či bez vyzvání. Pro zajištění kvalitního instrumentování je nutné, aby sestra nepřetržitě a do detailu sledovala postup operace, znala jednotlivé operační postupy a zvyklosti operačního týmu. Mimo samotné instrumentování však profese zahrnuje nespočet dalších, velmi důležitých aktivit, které musí během operace a celého pracovního dne vykonávat a dodržovat (Ihnát, 2017, s. 36; Jedličková, 2019, s. 241-243).

Práce sestry instrumentářky zahrnuje přípravu veškerého materiálu a nástrojů spolu se sestrou cirkulující. Po antisepsi operačního pole dopomáhá k zarouškování pacienta, připravuje instrumentárium a veškerý potřebný materiál na instrumentační stolky. Před začátkem samotného výkonu kontroluje počty nejen nástrojů, ale také obvazového materiálu. Sleduje dodržování aseptických zásad každého člena operačního týmu. Přednostně plní pokyny hlavního operátora. Nástroje podává čisté a funkční. Použité instrumentárium si pak od operačního týmu odebírá a ukládá zpět na stejné místo na instrumentačním stole. Má

neustálý přehled o počtu nástrojů, roušek, tampónů a šicího materiálu. Početní kontrolu veškerého materiálu a instrumentária provádí instrumentářka spolu s cirkulující sestrou před uzavřením každé tělní dutiny a znovu na konci celého operačního výkonu. Souhlas či nesouhlas s počtem použitých nástrojů a veškerého dalšího materiálu hlásí operatérovi. Na závěr, omyje, osuší, vydezinfikuje a sterilně překryje operační rány pacienta. Mezi další činnosti patří i zabezpečení použitého instrumentária. To instrumentářka naloží k dekontaminaci do kontejnerů, dle zvyklostí daného pracoviště a na konec spolu s obíhající sestrou kontrolují kvalitu úklidu sálu a připravují se k další operaci (Ihnát, 2017, s. 36; Jedličková, 2019, s. 241-243).

2.2.2 Náplň práce perioperační sestry – obíhající (cirkulující)

Obíhající neboli cirkulující perioperační sestra je spojkou mezi sterilním a nesterilním prostředím, nabízí například členům operačního týmu sterilní nástroje. Monitoruje celý proces operace a dohlíží na dodržování bezpečnosti a sterility po celou dobu operačního výkonu (EORNA, 2019, s. 13).

Po příjezdu pacienta na operační sál se obíhající sestra seznámí s pacientem a jeho dokumentací, ověří jeho totožnost a opětovně s pacientem kontroluje případné alergie. Ve spolupráci s anesteziologickou sestrou vyplňuje také bezpečnostní perioperační protokol, a to nejen na začátku operace, ale také po jejím skončení. Dopomáhá instrumentářce s přípravou zdravotnických prostředků, zapojuje a kontroluje funkčnost přístrojů před začátkem výkonu. Před začátkem a na konci operace provádí s instrumentářkou početní kontrolu nástrojů a dalšího materiálu. Správně přiloží na pacienta neutrální elektrodu. Dopomáhá k přípravě operačního týmu zavázáním operačních plášťů. Ve spolupráci se sálovým sanitářem uvede pacienta do bezpečné a vhodné polohy, dle specifik operačního výkonu. Instrumentářce nabízí sterilní materiál, tak aby nutná sterilita nebyla porušena. Dohlíží na dodržování aseptických podmínek na operačním sále. Zodpovídá za dokumentaci, správné uložení a označení odebraného biologického materiálu. Po ukončení operace odpojuje veškeré použité přístroje, dohlíží na jejich správnou dezinfekci a zajišťuje odsun nástrojů a dalších pomůcek na sterilizaci. Podílí se s instrumentářkou na kontrole úklidu sálu a připravuje samotný sál a potřebný materiál k dalšímu výkonu (Jedličková, 2019, s. 244-245).

2.3 Prostředí operačních sálů

Operační sály se rozdělují do dvou modelů, operační sály oborové a operační sály centrální. Ty se vyznačují rozdílnou koncepcí a jsou novinkou posledních desetiletí. Oba modely mají své

pro a proti. Centrální operační sály vznikaly v souladu se stoupajícími požadavky na maximální ochranu prostředí operačního traktu před vnějšími vlivy (Wichsová et al., 2013, s. 35).

S oborovým operačním sálem se nejčastěji setkáváme v zařízení tzv. pavilonového typu, kde má každé oddělení svou samostatnou budovu, nebo je v jedné budově více oddělení sobě podobných – chirurgie, gynekologie, urologie. Operační trakt bývá v těchto budovách situován do vyšších pater a nejlépe do nejkldnější části budovy, aby byl oddělen od ruchu běžného provozu nemocnice. Členění do jednotlivých zón operačního traktu musí být dodrženo a operační sály musí být minimálně dva – aseptický a septický. Tam, kde není dostatek prostoru na dva operační sály, je nutné organizačně časovat operační výkony a dělit je na čisté a nečisté. Tento typ zařízení je náročnější na provoz z hlediska ekonomického, ale pro pacienty i personál bývá příjemnější z hlediska psychického. Nepůsobí tak neosobně jako ohromně velké komplexy centralizovaných nemocnic (Pokorná, 2013, s. 11; Schneiderová, 2014, s. 30).

V centrálním typu nemocnice, kde jsou v jedné budově situovány všechna oddělení, se nacházejí centrální operační sály. Zde jsou v jednom operačním traktu situovány sály všech operačních oborů s jednotnou organizační strukturou. Ty jsou v ideálním případě rozděleny dle druhu operací na superseptické, aseptické, mezoseptické a septické. Výhodou je menší ekonomická náročnost, lepší organizace práce a také efektivnější dodržování protiepidemických zásad (Pokorná 2013, s. 11; Schneiderová 2014, s. 30, 31).

Řízení oborového operačního sálu má na starosti staniční sestra a vedoucí lékař operačních sálů. V modelu centrálních operačních sály, jsou lékařské obory rozděleny do úseků a tyto jednotlivé úseky jsou řízeny úsekovými či staničními sestrami. Primář operačních sálů dohlíží na bezchybný provoz všech operačních sálů a na operační programy, které si navrhují samotní chirurgové (Wichsová et al., 2013, s. 35, 36).

Operační tým se skládá z hlavního operátora a jeho asistentů, sestry instrumentářky, sestry obíhající, ošetřovatele, anesteziologa a anesteziologické sestry. Charakter a náročnost operačních výkonů prováděných na operačním sále pak určuje, zda je součástí týmu i biomedicínský technik či rentgenový laborant. Pro poskytování bezpečné péče pacientovi, je nutná týmová práce, kde má každý člen týmu na základě získaného vzdělání přesně vytyčené úkoly, které je schopen bezchybně a s jistotou plnit (Balková, Jankechová, Libová, 2019, s. 44).

Náročné pracovní prostředí operačních sálu, které je zatíženo výrazným stresem a psychickou i fyzickou náročností, výrazně ovlivňuje vztahy mezi jednotlivými členy operačního týmu. O tyto vztahy mezi zaměstnanci je nutno pečovat efektivní sociální i profesní komunikací

jednotlivců, která by měla být přímá a jasná. V rámci operačního týmu je důležité naslouchat, mít mezi sebou vzájemnou úctu, akceptovat se a projevovat empatii. To vše přispívá k dosažení společných cílů celého operačního týmu a tím je zdařilá operace a spokojený pacient (Jedličková, 2019, s. 23).

3 ADAPTACE A ADAPTAČNÍ PROCES

V kapitole je popsán adaptační proces nelékařských zdravotních pracovníků a všechny jeho náležitosti a vlastnosti, ale pro hlubší proniknutí do problematiky adaptačního procesu jsou zde vysvětleny také základní pojmy adaptace a adaptability.

Adaptace je pojem s poměrně širokým rozsahem. Obecně se adaptace popisuje jako schopnost přizpůsobení se určitým podmínkám (prostředí, okolí), ve kterých dané systémy existují a je tedy nezbytná pro fungování, přežití a vývoj. Adaptace je zajišťována vzájemným působením systémů, které jsou důležité pro kompenzaci nároků a jejich změn a tím udržovat homeostázu (stabilní vnitřní prostředí). Homeostatické mechanismy v souvislosti s adaptací jsou popisovány na úrovni biologické (korekce odchylek dané změnou prostředí). Na úrovni psychologické však vstupuje do hry také subjektivní hodnocení situace s určitou emocionální odpovědí (prožívání). Obecně schopnost adaptace označujeme pojmem **adaptabilita**, ta zahrnuje jak samotnou osobnost člověka, tak úroveň a funkce jeho subsystémů (senzorický, motorický, kardiovaskulární atd.). Člověk se nejčastěji musí adaptovat v oblastech kulturních, společenských a samozřejmě nesmíme opomenout adaptaci pracovní (Paulík, 2017, s. 13-16).

Adaptační proces můžeme vnímat jako dobrodružství, které má za cíl v nově příchodícím zaměstnanci ukotvit neotřesitelné základy, na kterých může dále stavět, po celou dobu své profesní kariéry (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 11).

3.1 Adaptační proces zdravotnického pracovníka

Sestry jsou v přímém kontaktu s pacienty (klienty organizace) a stojí tak v první linii a utvářejí pověst celé organizace. Tvorba vhodného prostředí pro výcvik kvalitních a orientovaných sester, které jsou zároveň motivované a spokojené ve svém zaměstnání, by proto měla být v největším zájmu dané organizace (Špirudová, 2015, s. 75).

Pro realizaci a ukončení adaptačního procesu NLZP zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví ČR metodický pokyn, který slouží jako návod s doporučeným postupem pro všechny zdravotnické zařízení. Tento metodický pokyn je zárukou jednotných podmínek nejen pro absolventy, kteří nastupují do nového zaměstnání, ale i pro NLZP, kteří výkon povolání přerušili na dobu delší než dva roky či přestupují na jiná pracoviště a jejich nová práce má jiný charakter než práce předchozí (Věstník MZČR, 2009, s. 40).

Adaptační proces NLZP je v tomto metodickém pokynu definován jako „proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v

novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli.“ (Věstník MZČR, 2009, s. 40). Adaptační proces musí být mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem náležitě smluvně podložen a musí být uznána zkušební doba, která je definována zákoníkem práce (Špirudová, 2015, s. 74).

Zdravotnické zařízení si na základě metodického pokynu vydaného MZČR, který je již zmíněn výše, nadefinuje vlastní postup adaptačního procesu i s příslušnou dokumentací, který koresponduje s § 305 zákoníku práce. Vnitřní předpis dále musí popisovat proces oběhu dokumentů a odpovědnost vedoucího pracovníka za uskutečnění adaptačního procesu (Věstník MZČR, 2009, s. 40).

Adaptaci na profesi NLZP lze považovat za individuální proces, při kterém se musí vyrovnat s danou mírou náročnosti, kterou je povolání zdravotníka význačné. Adaptační proces je pro zdravotníka do určité míry cestou k bezchybnému výkonu profese a přijetí role, pro kterou již získal odborné vzdělání. Nesmí však vést k profesionální deformaci, která by mohla přerůst k citové otupělosti a netečnosti vůči pacientům (Mellanová, 2017, s. 82-83).

3.2 Vlastní průběh adaptačního procesu

Plán adaptačního procesu (zpracování), je sestaven vedoucím pracovníkem ihned po nástupu nově příchozího zaměstnance. Zaměstnanci je přidělen školitel a je náležitě seznámen s průběhem a organizací zpracování (Věstník MZČR, 2009, s. 41).

Adaptační proces zaměstnanců se sestává jak z formálních, tak i neformálních úkonů spojených s předáváním informací, odborným zpracováním a také začleněním do společnosti pracovního prostředí.

Jak bylo nastíněno výše, adaptační proces probíhá, jak na formální úrovni, tak i na té neformální.

Formální úroveň znamená vedení nově příchozího zaměstnance zvoleným vedoucím pracovníkem či manažerem, dle systematického adaptačního programu.

Neformální úroveň naopak probíhá bez zásahu vedoucího pracovníka a je určena vlivem okolí, především kolegů, spolupracovníků a dalších zdravotnických i nezdravotnických pracovníků daného oddělení, kliniky, zdravotnického zařízení.

Mezi nezbytné součásti adaptačního procesu řadíme:

- **Informování** nově příchozího zaměstnance o všech podstatných faktech týkajících se organizace důležitých pro výkon povolání. Informování může probíhat ústně či písemně (formou edukačních letáku, brožur) a na starost ho má personalista, pověřený zaměstnanec či přímo vedoucí pracovník.
- **Odborné zapracování**, které může probíhat přímo na pracovišti pod vedením vedoucího či zkušenějšího kolegy, či mimo pracoviště například formou seminářů a znamená adaptaci nového pracovníka na podmínky a činnosti, kterými se dané povolání vyznačuje.
- Další důležitou součástí je také **sociální začlenění**. Nově příchozí zaměstnanec musí překonat počáteční nejistotu a strach z neznámého a osvojit si vztahy na novém pracovišti. Důležitá je přitom podpora spolupracovníků a vedoucího pracoviště (Šikýř, 2016, s. 115).

3.2.1 Fáze adaptačního procesu

Autorka Mellanová (2017) uvádí ve své knize, že za úspěšným průběhem adaptačního procesu stojí vzájemné propojení dvou osobnostních složek, racionality a emocionality. Na jejich základě je adaptační proces rozdělen do dvou fází. V první fázi převyšuje emocionální složka nad tou racionální. Ve druhé fázi je emoční složka potlačena rozumem a je tedy pro adaptační proces nejideálnější (Mellanová, 2017, s. 84, 85).

1. Fáze

Jak již bylo zmíněno, první fáze adaptačního procesu je charakterizována převažující emocionální složkou. Nově příchozí sestra se často dostává do stresujících situací, které souvisí s péčí o nemocné či až o život ohrožené pacienty. Empatická složka, která je bezpochyby v povolání sestry velice důležitá, může však u začínajících sester přerůst až do nevhodné úrovně soucitu, kdy na své pacienty sestra myslí i mimo pracovní dobu. Zpočátku může být nepříjemný také nárůst odpovědnosti, kdy už sestra jedná v pracovních situacích sama za sebe a již nemá jistotu a oporu mentora či vyučujícího (Mellanová, 2017, s. 85).

Často opomíjeným faktorem silného emočního prožívání po nástupu do nového zaměstnání jsou změny v osobním životě. Nástup do zaměstnání sebou totiž přináší změnu sociálního prostředí a vztahů a také osobní změnu role, která je zapříčiněna například odpoutáním od rodičů a konflikty, které vycházejí ze změny role mohou být i příčinou rozpadu partnerského

vztahu. Z toho vyplývá důležitost podpory nejen v rovině pracovní, ale i té osobní (Mellanová, 2017, s. 85).

2. Fáze

Druhá fáze adaptace začíná snížením mohutnosti prožívání, kdy rozum začíná převládat nad prožíváním a sestra získává ideální emoční neutralitu a je schopna za všech situací jednat logicky, bez emočního přetížení. Emocionální neutralita je v povolání sestry, sociology považována za jeden z nejdůležitějších rysů. Adaptace na nový pracovní a životní styl je touto fází u konce. Dále však pokračuje rozvíjení vztahu k profesi sestry a činnostem s ní spojenými. Do popředí se dostává péče o získanou emocionální neutralitu, která nesmí přerůst v profesionální deformaci (Mellanová, 2017, s. 86).

3.3 Délka a cíl adaptačního procesu

Počátek adaptačního procesu je shodný s dnem nástupu do nového zaměstnání a končí na základě rozhodnutí vedoucího pracovníka. Nejčastěji to bývá po dosažení délky sjednané zkušební doby (Šikýř, 2016, s. 116).

Mezi prvky, které celý proces adaptace v novém zaměstnání mohou zrychlit řadí Tegze (2018):

- připravenost pracoviště,
- náležitě uvedení nového zaměstnance do týmu pracovníků,
- bližší seznámení s širším okruhem pracovníků,
- možnost přiřazení mentora.

Doplňuje, že pozornost zaměstnavatele směřována k nově nastupujícímu zaměstnanci by neměla skončit jeho výběrem. Je důležité ji zaměstnanci věnovat po celou dobu adaptace. Zanedbaná fáze adaptace by mohla vyústit k odchodu pracovníka (Tegze, 2018, s. 311).

Metodický pokyn vydaný Ministerstvem zdravotnictví stanovuje délku adaptačního procesu NLZP následovně:

- u nově nastupujících pracovníků, kteří jsou zároveň čerstvými absolventy by délka adaptačního procesu měla být 3 až 12 měsíců,
- u nově nastupujících pracovníků, kteří přerušili činnost na déle než dva roky, či přicházejí z jiného pracoviště a specifika nového zaměstnání se liší od zaměstnání předchozího, je ukončení adaptačního procesu obvykle po 2-6 měsících.

Zároveň doplňuje, že délka procesu zapracování je podřízena tomu, jak je daný pracovník znalý a schopný (Věstník MZČR, 2009, s. 41).

Na proces zapracování by mělo být vymezeno dostatek času. Nepřiměřeně rychlé zaučování pod pocitem tlaku vede k nepochopení a chybovosti. Chyby, které nový zaměstnanec pak způsobí přidají vedoucímu pracovníkovi práci a úspora času je tedy nulová. Přípravě nových zaměstnanců by tedy mělo být věnováno dostatek času, protože to zvýhodňuje i daného manažera, kterému správně zaučený zaměstnanec usnadňuje i vlastní žití v organizaci (Bělohávek, 2017, s. 140).

Po ukončení adaptačního procesu by měl být pracovník schopen plnit požadované výkony zaměstnání samostatně. Cílem tedy je prozkoumat a zhodnotit znalosti a praktické schopnosti NLZP, to, jak dané teoretické znalosti dokáží uplatnit v praxi, případné nedostatky doplnit, či schopnosti rozšířit, a to vše zúročit v hledání nejvhodnějšího uplatnění (Šikýř, 2016, s. 116; Věstník MZČR, 2009, s. 40).

3.4 Nástroje řízení adaptačního procesu

Pro ideální řízení adaptačního procesu je nutné vytvořit vzájemnou harmonii dvou rovin. Tou první jsou odborné vědomosti, praktické dovednosti a sociální zkušenosti nově nastupujícího zaměstnance. Druhou jsou pracovní podmínky, kterými se konkrétní organizace vyznačuje (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 14).

3.4.1 Typový adaptační program

Jedná se o soubor opatření, které upravují proces zapracování dané skupiny pracovníků. V případě zapracování NLZP jsou v každém zdravotnickém zařízení vypracovány standardní ošetrovatelské postupy pro vedení adaptačního procesu. Ty korespondují s nastaveným legislativním rámcem realizace adaptačního procesu v České republice. Všichni vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení vycházejí z tohoto jednotného metodického pokynu, který je třeba dodržet. Je jim však umožněno dokument doplnit o specifika, které vycházejí ze zaměření daného medicínského oboru (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 14).

3.4.2 Adaptační plán

Plán adaptace je utvářen z aktuální úrovně znalostí a dovedností nově nastupující VS/PA, proto je při tvorbě tohoto plánu nutná spolupráce mezi vedoucím pracovníkem (školicí sestrou) a školenou sestrou. Adaptační plán musí navazovat na úroveň znalostí a dovedností školené sestry a případně je dále rozvíjet. Tímto eliminujeme ztrátu času, kdy bychom se zabývali věcmi, které daná školená sestra zná a ovládá (Špirudová, 2015, s. 76).

Pro tvorbu adaptačního plánu je také důležité specifikovat pracovní roli nově přijatého zaměstnance. Specifikace by měla obsahovat očekávání toho, co musí pracovník znát, být schopen provádět a jak se v chovat prostředí dané organizace. V ošetrovatelské praxi jsou pro účely adaptačního plánu vytvořeny „Záznamy o zpracování NLZP“, ty obsahují kontrolní listy. Kontrolní listy nám poskytují seznam činností, které se musí zaměstnanec naučit a splnit. Mimo to obsahují adaptační plány, podmínky k ukončení procesu adaptace, vzdělávací a podpůrné aktivity a vymezuje také k nastudování seznam doporučené literatury či organizačních norem, které jsou pro zaměstnance závazné (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 15).

3.4.3 Praktický výcvik

Armstrong (2015) definuje odborný výcvik jako proces, při kterém se systematicky uvádějí do praxe formální postupy, které jsou pro pracovníka důležité k nabytí znalostí a dovedností nutné pro výkon dané pracovní činnosti. Vyzdvihuje také rozdíl mezi pojmy „učení se“ a „výcvik“, kdy učení definuje jako činnosti, které provádí daný pracovník a výcvik jako to, co je organizace pracovníkovi schopna poskytnout pro výkon určité práce (Armstrong 2015, s. 336).

V ošetrovatelské praxi zastupuje roli školitele či školitelky tedy toho, kdo nově příchozímu zaměstnanci předává informace a postupy pro poskytování ošetrovatelské péče, zkušený pracovník z konkrétního oddělení, který je k tomu pověřen vedoucím manažerem (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 15-17).

V období praktického zácviku nový zaměstnanec nezískává pouze instrumentální dovednosti, ale adaptuje se také na organizační kulturu pracoviště. Vztah školitele a školené sestry výrazně ovlivňuje interakci nového zaměstnance do celého kolektivu na pracovišti, proto by školitel měl vynikat nejen svými odbornými znalostmi, ale také sociálními zkušenostmi a kladným vztahem k práci a ostatním členům pracoviště. Samozřejmostí je také ochota a umění vlastní znalosti a zkušenosti předávat dál. Pro hladký průběh praktického zácviku a vyhnutí se konfliktům je tento vztah monitorován a vyhodnocován v průběhu celého adaptačního procesu. Ideální je, co nejmenší možný počet školitelů, pro zajištění plynulosti a jednotnosti výcviku. Délka praktického zácviku je upravována individuálně, tak, aby nebyl ani příliš krátký, ani příliš dlouhý. Krátký zácvik může mít na nového zaměstnance stresující vliv a dlouhý zácvik může zase snižovat motivaci k samostatné a aktivní práci. Proto je nutné stanovit konkrétní cíle praktického zácviku a je na zodpovědnosti školitele, aby reagoval na vývoj v adaptaci nového

zaměstnanec a dobu zácvičku adekvátně upravoval (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 15-17).

Nově nastupující sestra by tedy vždy měla sloužit se svou sestrou školící. Na samém začátku pečují o pacienty společně a postupně dochází k osamostatňování školené sestry na základě hodnocení školitelky. Proces probíhá postupně od plnění jednotlivých ošetrovatelských úkonů až po péči a řízení ošetrovatelského procesu u přidělených pacientů. Manažeri ošetrovací jednotky by měli respektovat doporučení školitelky ve stanovení rychlosti osamostatňování nového zaměstnance (Špirudová, 2015, s. 78).

3.4.4 Adaptační kolečko, rotace práce

Šikýř (2016) definuje rotaci práce jako dočasné přemístování zaměstnanců na jiné pracovní pozice, kde se zaměstnanec setká s jinými pracovními podmínkami a bude muset plnit jiné pracovní úkony. Z hlediska trvání rozlišuje rotaci krátkodobou a dlouhodobou. Z hlediska úrovně na horizontální a vertikální (Šikýř 2016, s. 77).

- **Krátkodobá rotace** (během dne nebo týdne) poskytuje zaměstnanci větší rozmanitost práce a snižuje jednotvárnost.
- **Dlouhodobá rotace** (během týdnů, měsíců, let) přispívá v rozvoji zaměstnanců, kteří se mohou prací na jiných pozicích a místech připravovat na karierní postup v organizaci.
- **Horizontální rotace** probíhá na stejné úrovni řízení.
- **Vertikální rotace** probíhá mezi jednotlivými úrovněmi řízení (Šikýř, 2016, s. 77).

K rotaci práce neboli k adaptačnímu kolečku organizace přistupuje tehdy, kdy je pro pracoviště nezbytné, aby nový zaměstnanec získal praktické znalosti a dovednosti z činností realizovaných na jiných úsecích pracoviště. Tento nástroj posiluje u zaměstnance nejen spektrum znalostí a dovedností, ale přispívá k posílení osobních kontaktů a k hlubší orientaci na pracovišti. Adaptační kolečko je vhodné zařadit až po určité době trvání adaptačního procesu a přidělit taktéž školitele (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 17).

3.4.5 Vzdělávací programy

Cílem vzdělávání a rozvoje je, aby si lidé osvojili a nadále posouvali své znalosti a dovednosti, které jsou zásadní pro efektivní výkon svěřených pracovních činností a vedou ke kariernímu postupu. To vše konají nejen ve svůj prospěch, ale i ve prospěch dané organizace. Poskytnutí příležitosti a podpory k dalšímu vzdělávání je zásadní. Větší význam totiž má to, když se lidé

vzdělávají sami pro sebe s podporou a vedením organizace než být pouhým příjemcem toho, co poskytuje samotná organizace (Armstrong, 2015, s. 333-334).

3.4.6 Mentorství

Mentorství je řazeno mezi podpůrné systémy pro sestry, které zahrnují metody a koncepce určené k usnadnění cesty sester k akceptaci jejich profesních rolí, k posílení odborného růstu a také k ochraně jejich duševního zdraví a syndromu vyhoření. Podpora sester je důležitá vzhledem k povaze jejich povolání, které vyžaduje z jejich strany investování nejen odborných znalostí a dovedností, ale také části vlastní osoby (Špirudová, 2015, s. 66).

Mentorství je obecně využíváno v adaptačním procesu nově příchozích pracovníků, v různých typech praktických profesí a je považován za moderní přístup v rámci řízení organizace. Netýká se tedy pouze oboru ošetrovatelství (Plevová et al., 2018, s. 52).

Cílem mentorování je učení se při vykonávání práce. Takové učení je považováno za nejlepší formu k získání praktických dovedností a teoretických znalostí. Mentoring přispívá k doplnění získaného formálního vzdělání pod vedením zkušeného odborníka z daného zařízení, který odborným vedením, poskytováním praktických rad a podpory, připravuje pro nového zaměstnance půdu pro dosahování lepších výsledků (Armstrong, 2015, s. 361; Špirudová, 2015, s. 61). V posledních letech se metoda mentoringu rozšířila také ve vedení klinických praxí studentů ošetrovatelství. (Plevová et al., 2018, s. 52).

V ošetrovatelské praxi existují dvě formy mentorování. Individuální mentorství, kdy je novému pracovníkovi přiřazena sestra-školitelka, která ho doprovází po celou dobu trvání adaptačního procesu. Pokud však z personálních důvodů, při nástupu většího počtu nových pracovníků, není možno dosáhnout individuálního mentorství, určuje se skupinový mentor. Ten ve vyčleněném pracovním čase poskytuje mentoring větší skupině nových zaměstnanců (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 18).

3.5 Hodnocení a dokumentace adaptačního procesu

Dle metodického pokynu uvedeném ve Věstníku MZČR (2009) hodnocení adaptačního procesu realizuje vedoucí pracovník či přímo školitel z daného úseku, a to metodou hodnotícího pohovoru či ověřením získaných dovedností. Je nutné provést zápis do dokumentace ideálně jednou týdně a nejméně jednou měsíčně. Vedoucí pracovník může také zadat za úkol vypracování písemné práce, na základě odbornosti účastníka adaptačního procesu (Věstník MZČR, 2009, s. 41).

Vedení dokumentace a provádění průběžného hodnocení od počátku nástupu nového zaměstnance poskytuje důležité informace a přehled o průběhu celého procesu zpracování nejen vedoucímu pracovníkovi, ale i samotnému novému zaměstnanci. Pracovník v adaptačním procesu, tak získává možnost z přehledně vedené dokumentace a hodnocení, reagovat na zpětnou vazbu školící sestry a zapracovat na možných nedostatcích ve svém pracovním výkonu. Další výhodou je, že dokumentace poskytuje přehled, co nového zaměstnance na pracovišti čeká a může se na dané úkony dopředu připravit v rámci samostudia teorie. Všechny tyto faktory přispívají k efektivnějšímu vedení celého procesu adaptace nového zaměstnance na pracovišti (Šimonová, 2014, s. 30).

Dokumentace vedená zdravotnickým zařízením o průběhu adaptačního procesu má určenou základní osnovu toho, co musí minimálně obsahovat. Ta je uvedena v metodickém pokynu MZČR k realizaci a ukončení procesu adaptace pro NLZP (Věstník MZČR, 2009, s. 42).

Dokumentace musí obsahovat údaje k identifikaci nejen zdravotnického zařízení, ale také daného úseku, kde proces adaptace probíhá. Řízený dokument musí být náležitě pojmenován (například: Plán adaptačního procesu). Dále obsahuje identifikační údaje zaměstnance, který adaptačním procesem prochází a identifikační údaje vedoucího i školícího pracovníka. K dokumentaci musí být dále přiloženo seznámení s provozní dokumentací zdravotnického zařízení i daného oddělení, kde probíhá adaptační proces. Seznam odborných dovedností a znalostí, které si má v průběhu procesu zpracování zaměstnanec osvojit. Hodnotící měřítko v průběhu adaptace a finální hodnocení na konci procesu adaptace, které obsahuje i doporučení pro další rozvoj a vzdělávání (Věstník MZČR, 2009, s. 42).

Dokumentace je zakládána na základě vnitřního předpisu daného zařízení. Hodnocení by měl minimálně obdržet zaměstnanec a personální oddělení zdravotnického zařízení (Věstník MZČR, 2009, s. 41).

Hodnocení (formální či neformální) je nezbytnou součástí adaptačního procesu. **Neformální hodnocení** spočívá v průběžném hodnocení. To je uskutečňováno dle potřeby vedoucím pracovníkem za účelem vedení nového pracovníka ke splnění předem stanovených cílů nejen pracovních, ale také rozvojových. Umožňuje odhalit nedostatky pracovního výkonu a jejich včasnou korekci. Hodnocení, které je provedeno na samém konci adaptačního procesu se nazývá **formální**. Vedoucí pracovník s novým zaměstnancem provede rekapitulaci celého adaptačního programu a nad jeho průběhem a výsledky vedou společnou diskusi (Šikýř, 2016, s. 116).

Pozitivní přístup v čase adaptace je zásadní. Zaměstnanec, který se učí novým dovednostem se často nachází ve složitých situacích. Je nevyhnutelné a potřebné vytykat chyby, ale zároveň je důležité oslavovat jakýkoliv úspěch (Bělohlávek, 2017, s. 140).

Hodnocení nového pracovníka nezahrnuje pouze jeho pracovní schopnosti, ale také to, jak se dokáže začlenit do pracovního kolektivu. Adaptace na úrovni interpersonálních vztahů je pro nového zaměstnance také velice významná, protože člověk, který nebyl přijat do pracovního kolektivu, nebude dosahovat tak kvalitních výkonů. Dalším významným bodem v hodnocení nového zaměstnance je i hodnocení chování k samotným pacientům. Hodnotí se vstřícnost a schopnost vcítění se do prožívání jiné osoby. Na samém závěru hodnocení vyzdvihne vedoucí pracovník oblasti, na které by se měl zaměstnanec ještě zaměřit a do budoucna je vylepšit (Šimonová, 2014, s. 31).

3.6 Ukončení adaptačního procesu

Ukončení adaptačního procesu je realizováno závěrečným pohovorem, u kterého je přítomen vedoucí pracovník úseku či přímo školitel nového zaměstnance. Jednotná podoba ukončení adaptačního procesu není stanovena. V některých zařízeních je vedle vrchního managementu NLZP dokonce u ukončení adaptačního procesu přítomen také sám primář oddělení. V případě, že bylo zadáno k podmínkám ukončení procesu adaptace také vypracování závěrečné práce, je součástí formálního pohovoru i obhajoba dané práce. Zdárné ukončení adaptačního procesu je zapsáno vedoucím pracovníkem do dokumentace a zaměstnanec je s jeho celkovým hodnocením obeznámen a bude mu přímým vedoucím zhotovena i nová náplň práce (Věstník MZČR, 2009, s. 41; Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 24-25). Vedle nové náplně práce by měl pracovník získat také nové platové zařazení, to je v metodickém pokynu MZČR vynecháno (Špirudová 2015, s. 79).

Po formálním ukončení adaptačního procesu začíná pro vedoucího pracovníka důležitá etapa tzv. zpětné analýzy, kdy zpětně zhodnotí celý průběh adaptačního procesu, toho, co se povedlo i nepovedlo a co za případnými nedostatky stálo. To vše vedoucímu pracovníkovi umožňuje v adaptačním programu provést náležitě úpravy pro další nově nastupující zaměstnance (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 25).

4 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ

Jedním z cílů předkládané diplomové práce je zjistit míru pracovní zátěže u začínajících perioperačních sester na operačních sálech, proto se poslední kapitola teoretické části této práce

věnuje právě pracovní zátěži. Jsou zde definovány pojmy stres a zátěž, faktory, které pracovní zátěž mohou ovlivňovat a poslední podkapitola se stručně věnuje problematice syndromu vyhoření.

4.1 Definice pojmů zátěž a stres

Autor Fontana (2016) definuje stres jako „nárok (požadavek) kladený na adaptivní schopnosti mysli a těla“. Pokud se se stresovou situací dokážeme pomocí adaptivních schopností vyrovnat, může být stres i užitečný a tím pádem vítaný. Pokud toho však člověk schopen není, je stres vysilující a neúčinný (Fontana, 2016, s. 15-16).

Autor Paulík (2017) pojmy stres a zátěž spojuje označením situace se zvýšenými nároky na adaptaci. Zátěž definuje jako souhrnné označení pro veškeré nároky. Pokud tyto nároky přesáhnou aktuálně či dlouhodobě schopnost člověka přizpůsobit se (adaptovat se), hovoříme o stresu. Nároky, které tento stres vyvolají se označují jako stresory (Paulík, 2017, s. 65-68).

Stresory může každá osoba vnímat a hodnotit rozdílně. Schopnost adaptace na stresory je závislá na procesech kognitivních, motivačních a emocionálních. Adaptovat se na stresovou situaci je člověk schopen v akutní fázi. V případě chronického stresu může dojít následkem opakovaných pokusů o adaptaci k vyčerpání všech adaptačních mechanismů. To může mít negativní důsledky na homeostázu a dochází k poruše metabolismu a imunity. Psychosociální složka člověka je stejně důležitá jako ta biologická. Proto jsou důsledky psychosociálního traumatu na zdraví člověka stejně dramatické jako důsledky traumatu tělesného (Sovová et al., 2023, s. 56).

Zátěž můžeme dále dělit z různých pohledů. Z hlediska doby trvání na **krátkodobou** a **dlouhodobou**. Dle emoční odpovědi na **příjemnou** a **nepříjemnou**, dle síly na **minimální**, **lehkou**, **střední** a **těžkou**. A v poslední řadě dle typu podnětů, které vyvolávají zátěž na **biologickou**, při níž působí faktory, které vyvolají biologickou odpověď, zátěž **fyzickou**, která vytváří nároky na muskulární činnost a zátěž **psychickou**. Zátěž psychická se ještě zvlášť dělí dle oblastí, kde působí na senzickou (podněty kladoucí požadavky na smyslové orgány), emocionální (nároky vzbuzují citovou odpověď v reakci na nepřiměřenou emocionální zátěž) a mentální (nároky na paměť, představivost, myšlení a rozhodování za účelem zpracování informací (Paulík, 2016, s. 68).

4.2 Pracovní zátěž (stres)

Pracovní zátěž se dělí na subjektivní a objektivní. Objektivní zátěž je ta, kterou lze změřit. Je to například počet klientů, čas strávený s klienty či počet zhotovených zpráv atd. Oproti tomu subjektivní zátěž měřit nelze a je to subjektivní pocit pracovníka, kdy například vnímá, že nezvládne splnit objem práce, který je po něm vyžadován (kvantitativní subjektivní přetížení), nebo pochybuje o své odbornosti při plnění nějakého úkolu (kvalitativní subjektivní přetížení) (Pešek, Praško, 2016, s. 120).

Stres v určité míře patří k pracovnímu životu a je zcela běžný a přirozený. I práce, kterou člověk vykonává rád, obnáší určitou míru stresu a náročnosti. Mírný stres má naopak v pracovním prostředí výhodu toho, že člověka posouvá k lepšímu výkonu. Opakem tohoto pozitivního stresu je zátěž, která vzniká jsou-li na člověka kladeny nároky, které již nedokáže pojmout. Pokud se nadměrný stres opakuje či působí nepřiměřeně dlouhou dobu, snižuje celkovou psychickou pohodu člověka a ve vážnějších případech může mít i trvalejší následky. V pracovním prostředí může dojít k poklesu spokojenosti a motivace, což může vyústit až v efekt vyhoření (Urban, 2016, s. 11).

Nadměrná psychická zátěž ve formě mentálního přetěžování vyplývá v dnešní době hlavně z nekonečného přílivu informací (tzv. informační smog). Dále z neustále narůstající byrokratické zátěže. Další formou pracovní zátěže je zátěž fyzická, která vyplývá z chybějících nástrojů a pomůcek, které by mohly zátěži v určité míře ulevit. Zde jsou nejideálnějšími příklady ošetřovatelky a všeobecné sestry, které si například při zvedání pacientů každodenně zatěžují páteř (Pešek, Praško, 2016, s. 119).

4.2.1 Faktory ovlivňující pracovní zátěž

Mezi faktory, které ovlivňují naši emoční pohodu na pracovišti a mají vliv na výkon a rozsah prožívaného stresu řadíme fyzikální a materiální podmínky v pracovním prostředí. Pokud hovoříme o fyzikálních faktorech jedná se o fyzikální činitele jako teplota, hluk, osvětlení, prašnost či přítomnost nebezpečných látek. V případě materiálních podmínek se jedná především o dostatečnou vybavenost pracovního prostředí nástroji a pomůckami, ale i typy barev v prostoru mohou značně ovlivnit emoční pohodu na pracovišti (Pešek, Praško, 2016, s. 128).

Při tvorbě vhodného prostředí pro práci jsou kladeny určité požadavky a doporučení, které vyplývají z hygienických, fyziologických a psychologických poznatků. Existují také pracovněprávní předpisy, které udávají bezpečnost a ochranu zdraví při práci, známé pod

zkratkou BOZP. Tyto požadavky bývají často organizacemi zlehčovány či úplně ignorovány nejen z neznalosti těchto předpisů, ale i za účelem snížení nákladů (Pešek, Praško, 2016, s. 128).

Práce ve zdravotnictví je obecně zatížena širokým spektrem rizikových faktorů (fyzická a psychická zátěž, směnný provoz, práce ve vynucené poloze, manipulace s těžkými břemeny, různé druhy záření, hluk a vibrace, mikroklimatické podmínky, vystavování se různým druhům dezinfekčních prostředků a farmak atd.), které mají vliv na zdraví zaměstnanců. Tyto negativní faktory pracovního prostředí spojené s vysoce náročnou prací navíc doplněné například o nevhodný životní styl (kouření, nedostatečný pohyb a odpočinek) mohou mít negativní vliv na každého pracovníka ve zdravotnictví, nehledě na jeho pozici (Tuček a Slámová, 2018, s. 206-207).

4.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření lze označit jako proces na jehož konci dochází k úplnému fyzickému i duševnímu vyčerpání, vyhasnutí (tzv. burnout). Toto vyhasnutí může vyústit i v závažné zdravotní problémy. Příznaky přicházejí postupně a jsou způsobeny dlouhodobým působením různých stresorů. Mění se nejen chování osoby v zaměstnání, ale také v osobním životě. Dochází k omezení kontaktů, ztrátě počáteční euforie z povolání, míra pracovního nasazení jde strmě dolů. Člověk pociťuje vnitřní prázdnotu a na venek působí bezradostně a nevrle (Mellanová, 2017, s. 89; Sovová et al., 2023, s. 63).

Problematika syndromu vyhoření se týká všech náročných povolání, kde následkem nerovnováhy v emoční oblasti dojde postupem času k nedostatku psychických i fyzických rezerv. Situace, které zprvu vyvolávaly uspokojivé pocity a prožitky se časem stávají nepříjemnou a vyčerpávající rutinou (Zacharová, 2017, s. 65). Hlavními znaky syndromu vyhoření je ve všech definicích vysoká pracovní náročnost, neustálý kontakt s lidmi, nepřiměřené ohodnocení a v neposlední řadě nepřiměřeně vysoký počáteční osobní zápal pro profesi (Matějková, Kelnarová, 2014, s. 62).

Kopecká (2015) uvádí ve své knize 5 fází syndromu vyhoření. Na počátku je fáze **nadšení**, kdy pracovník dává do pracovního výkonu velké úsilí a je vysoce angažovaný a má vysoko postavené cíle. Fáze **stagnace** nastává v době, kdy se pracovníkovi nedaří splňovat vysoké cíle a požadavky nárokové okolím nejen v pracovním, ale i osobním životě jej začínají obtěžovat. Ze stagnace se pracovník dostává do **frustrace**, v této fázi vnímá pracoviště i klienty negativně. Následuje **apatie**, apatický pracovník začne být nepřátelský ke klientům a vyhýbavý

k jakýmkoliv aktivitám. Poslední fází už je stav, kdy pracovník dosáhne úplného vyčerpání, tzv. **syndrom vyhoření** (Kopecká, 2015, s. 191-192).

Pracovní zatížení, ke kterému se navíc přidává zodpovědnost plynoucí z péče o jiné osoby, mohou postupem času vyústit k vyčerpání všech obranných mechanismů, které osoba měla na počátku. Pro poskytování kvalitní péče je nutné pečovat v první řadě o sebe. Postavit své duševní, psychické, fyzické i duševní potřeby sobecky do popředí je cesta k ochraně vlastního zdraví a zároveň k poskytování mnohem lepší péče ostatním (Leblanc, 2021, s. 112).

V perioperační péči je za hlavní rizikový faktor propuknutí syndromu vyhoření považováno nedostatečné finanční a morální ohodnocení, za kterým stojí dlouhodobé přetěžování personálu, které pramení z nedostatku pracovníků, dále dlouhotrvající a stereotypní práce, přetížení z nedostatku odpočinku a celkové zatížení psychické stránky člověka (Svoboda, 2024, s. 53).

Přátelské prostředí a podpora ze strany vedoucích pracovníků jsou v prevenci syndromu vyhoření jedním z nejdůležitějších faktorů. To také dokazuje studie z roku 2018. Dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo celkem 485 zdravotních sester ukázalo, že citlivý přístup sester na manažerských pozicích hraje velkou roli ve snížení rizika vzniku syndromu vyhoření u podřízených zdravotních sester (Kuswantoro et al., 2021, s. 90-96).

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část diplomové práce byla zpracována formou kvantitativního šetření, které bylo realizované s využitím dotazníku. Tři průzkumné otázky a jedna průzkumná hypotéza byly stanoveny na základě předem zformulovaných cílů:

Cíle práce a průzkumné otázky

Cíl 1.

Zmapovat průběh adaptačního procesu na operačních sálech ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Průzkumná otázka 1:

Jak probíhá adaptační proces začínajících perioperačních sester na operačních sálech?

Cíl 2.

Prozkoumat vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami na operačním sále.

Průzkumná otázka 2:

Jak začínající perioperační sestry v adaptačním procesu na operačních sálech subjektivně vnímají adaptační proces?

Cíl 3.

Zjistit míru pracovní zátěže začínajících perioperačních sester v adaptačním procesu na operačních sálech, a zda je ovlivněna dosaženým vzděláním v oboru perioperační péče.

Průzkumná otázka 3:

Jaký je stupeň pracovní zátěže začínajících perioperačních sester a je tato zátěž ovlivněna nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru perioperační péče?

Průzkumná hypotéza k otázce 3: Existuje významný rozdíl vlivu pracovní zátěže na psychiku mezi skupinou VS/PA se specializací či absolvující specializační studium a skupinou VS/PA bez specializace?

6 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Pro zpracování průzkumné části diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda šetření. Kvantitativní měření zjišťuje obecné vlastnosti zkoumaných jevů, u kterých lze následně porovnávat určité vlastnosti. Tato metoda je často užívána v přírodních vědách. Výjimkou není užití tohoto typu měření také v oboru sociálních věd. Měřením získáme číselné kvantitativní informace o zkoumaném jevu. Informace získané touto metodou měření se vyznačují svou přesností a možností porovnávat naměřené údaje. Dalším významným rysem této metody je možnost opakování, tím lze docílit upřesnění výsledků (Ochrana, 2019, s. 38-41).

Hlavním cílem průzkumné části je prozkoumat vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami na operačním sále. V minulosti již bylo zpracováno mnoho prací na téma adaptačního procesu ve zdravotnictví. Spousta prací se zabývá problematikou adaptačního procesu ze širokého obecného pohledu či z pohledu mentorek. Tato diplomová práce je úzce zaměřena na problematiku adaptace na operačních sálech. Především z pohledu začínajících perioperačních sester s praxí do dvou let. Dalším dílčím cíle je zjistit, jak je v začátcích kariéry perioperační sestry na operačních sálech ovlivněna míra pracovní zátěže získaným vzděláním (specializace) v daném oboru.

6.1 Charakteristika průzkumného souboru

Výběr respondentů pro průzkumnou část této diplomové práce byl záměrný, to znamená, že byla dána jasná kritéria pro zařazení respondenta do souboru. Zkoumaný soubor se skládal z 50 respondentů. Jednalo se o začínající všeobecné sestry či porodní asistentky pracující na operačních sálech (první kritérium) ve vybraných zdravotnických zařízeních. Začínající VS/PA jsou ty, které mají praxi od 3 měsíců do dvou let na operačním sále (druhé kritérium). Všichni respondenti byli ochotni spolupracovat a se zařazením do průzkumného šetření pro tuto diplomovou práci souhlasili.

Vylučovacím kritériem pro respondenty byla praxe delší než dva roky na operačním sále, či nesouhlas se zařazením do průzkumného souboru.

6.1.1 Popis nástroje pro sběr dat

Zvoleným nástrojem pro sběr dat k průzkumné části této diplomové práce, byl dotazník složený ze dvou částí. První část byl nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Otázky byly vytvořeny na základě prostudování metodického pokynu MZČR o realizaci a ukončení AP u NLZP (Věstník MZČR, 2009, s. 40-42). Další inspirací byly diplomové práce, které se zabývaly adaptačním procesem ve zdravotnictví (Hudcová, 2011; Plhoňová 2015). Pro druhou část

dotazníku byl použit standardizovaný Meisterův dotazník hodnocení pracovní zátěže, v současném znění dle PhDr. Zdenky Židkové (Židková, 2013).

Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby obsahuje otázky k získání základních charakteristik souboru respondentek (otázky č. 1, 2, 3, 4 a 5 - věk a pohlaví respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe na OS), otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11 byly vytvořeny pro získání dat mapující průběh adaptačního procesu. Především zda probíhá dle metodického pokynu MZČR (Věstník MZČR, 2009, s. 40-42). Otázky č. 12, 13 a 14 zjišťují spokojenost a subjektivní vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami.

Ve výzkumném šetření je užití dotazníků nejčastějším nástrojem pro sběr dat. Jedná se o tiskopis, vytvořený výzkumníkem za účelem sběru informací, myšlenek či postojů daných respondentů, kteří dotazník vyplňují sami či ve spolupráci s výzkumníkem (Hendl. Remr, 2017, s. 82).

Druhou částí dotazníku je standardizovaný Meisterův dotazník. Ten sloužil k získání dat ohledně pracovní zátěže začínajících VS/PA na operačních sálech v adaptačním procesu a její ovlivnění nejvyšším dosaženým vzděláním v perioperační péči. Získaná data byla zpracována s využitím popisné statistiky a standardizovaným hodnocením Meisterova dotazníku (dotazník je součástí přílohy 1 a jeho hodnocení je uvedeno v kapitole 6.1.2 níže).

6.1.2 Meisterův dotazník vlivu pracovní zátěže na psychiku

Tento dotazník se řadí mezi nejznámější standardizované dotazníky používané k hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku osoby. Původním autorem dotazníku je W. Meister. Dotazník byl verifikován mezi lety 1976-1984 hygienickou službou. Nyní se používá již opravená verze z roku 1987 (Židková, 2013).

Hodnocení pracovní zátěže dle Meisterova dotazníku je platné jen pro zkoumanou skupinu, která má podobný charakter práce. Dále jsou pro získání validních dat vybíráni respondenti s minimálně roční praxí (Hladký, Židková, 1999, s. 39). V našem průzkumném souboru byly všechny podmínky pro hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku pomocí tohoto standardizovaného nástroje splněny.

Získaná data lze vyhodnotit dvěma způsoby. Prvním způsobem je hodnocení dle faktorů přetížení a druhým způsobem hodnocení dle jednotlivých položek.

Vyhodnocení dle faktorů

Faktory jsou tři a vytvořeny byly na základě příslušných dotazů v dotazníku. I. faktor – přetížení, II. faktor – monotonie, III. faktor – nespecifický faktor.

Dotazník lze zhodnotit jak pro jednotlivé osoby, tak pro celé skupiny. V této diplomové práci je hodnocení aplikováno na dvě skupiny všeobecných sester/porodních asistentek. Proto pro výpočet využijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a hrubého skóru (Židková, 2013).

Tabulka 1: Hodnocení dle faktorů (Židková, 2013)

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Vyhodnocení dle jednotlivých položek

Pro hodnocení zátěžových faktorů vycházíme z hodnot, kdy byla překročena kritická hodnota mediánu. K zátěži dochází v takové oblasti, kde vypočítaný medián ze získaných dat překročí kritickou hodnotu mediánu (Židková, 2013).

Tabulka 2: Hodnocení dle jednotlivých položek (Židková, 2013)

Položka	Kritický medián	Začlenění do faktoru
1. Časová tíseň	3,0	I.
2. Malé uspokojení	2,5	II.
3. Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4. Otupující práce	2,5	II.
5. Problémy a konflikty	2,5	I.
6. Monotonie	2,5	II.
7. Nervozita	3,0	III.
8. Přesycení	3,0	III.
9. Únava	3,0	III.
10. Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Klasifikace zátěže

Zátěž se klasifikuje ve třech stupních a vychází z faktorových skóre (Hladký, Židková, 1999, s. 41).

Metoda klasifikace se provádí sečtením středních hodnot (mediánů) jednotlivých faktorů. Pro faktor I. sečteme otázky číslo 1+3+5, pro faktor II. otázky číslo 2+4+6 a pro faktor III. otázky číslo 7+8+9+10 (Hladký, Židková, 1999, s. 41).

Sečtením středních hodnot mohou nastat **3 případy**:

V prvním případě má faktor I. nejméně o dva body vyšší součet mediánů než faktor II. V tomto případě sečteme střední hodnotu faktor I. a III. Dle tabulky 3 uvedené níže vyhodnotíme stupeň zátěže a zátěžovou tendenci (Hladký, Židková, 1999, s. 41).

Tabulka 3: První případ klasifikace zátěže (Židková, 2013)

Jestliže je součet	Stupeň	Zátěžová tendence
7–19	1	
20–24	2	k přetížení
25–35	3	k přetížení

V druhém případě má faktor II. o dva body vyšší součet mediánů než faktor I. V tomto případě sečteme střední hodnoty faktorů II. + III. Dle tabulky 4 níže vyhodnotíme opět stupeň zátěže a zátěžovou tendenci (Hladký, Židková, 1999, s. 41).

Tabulka 4: Druhý případ klasifikace (Židková, 2013)

Jestliže je součet	Stupeň	Zátěžová tendence
7–21	1	
22–26	2	k monotonii
27–35	3	k monotonii

V třetím případě je rozdíl faktorů I. a III. menší než dva body. Zde tedy sečteme mediány všech faktorů. Dle tabulky 5 níže vyhodnotíme stupeň zátěže a její tendenci (Hladký, Židková, 1999, s. 41).

Tabulka 5: Třetí případ klasifikace (Židková, 2013)

Jestliže je součet	Stupeň	Zátěžová tendence
10-26	1	
27-32	2	kombinace obou (tj. přetížení i monotonie)
33-50	3	kombinace obou (tj. přetížení i monotonie)

Finální zařazení psychické zátěže můžete vidět v tabulce 6 níže.

Tabulka 6: Klasifikace zátěže dle Židkové (2013)

1	<i>„Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).</i>
2	<i>Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.</i>
3	<i>Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.“ (Židková 2013).</i>

6.2 Průběh sběru dat

V první řadě byl vytvořen dotazník na základě předem daných cílů diplomové práce. Cíle i samotný dotazník byl konzultován s vedoucí diplomové práce.

Dotazníky byly dány jako zkušební vzorek skupině pěti začínajících perioperačních sester v nemocnici státního typu v prosinci roku 2023. Pro provedení pilotáže byl předem získán souhlas tohoto zdravotnického zařízení. Pilotáž sloužila pro confirmaci vhodnosti pokládaných dotazů, zda jsou srozumitelné a správně interpretované. Dále pilotáž ukázala předpokládaný čas pro vyplnění dotazníku. Dotazníky respondenti vyplňovali sami. Všechny dotazníky byly vyplněny správně a bez připomínek k pokládaným otázkám, proto byly dotazníky z pilotáže zařazeny do průzkumného šetření.

Sběr dat probíhal od ledna do března roku 2024. Samotnému sběru dat vždy předcházelo oslovení vedení dané nemocnice a následně vedení konkrétních klinik, podání žádosti o umožnění anonymního dotazníkového šetření a získání řádně potvrzené žádosti se souhlasným stanoviskem pro sběr dat. Souhlas se sběrem potvrdila i Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pro zachování anonymity daných zdravotnických zařízení nejsou potvrzené žádosti a smlouvy součástí této diplomové práce. V případě potřeby budou dodány k dispozici a ověření.

Z důvodu specifických kritérií zkoumaného souboru (začínající perioperační sestry s praxí od 3 měsíců do dvou let) bylo pro zajištění dostatečného počtu respondentů osloveno 6 zdravotnických zařízení státního typu v hlavním městě Praha.

Dotazníky byly na kliniky všech nemocnic doručeny v tištěné podobě osobně, vrchním či staničním sestřím, které byly srozuměny s nezbytností o vyplnění dotazníků pouze začínajícími

perioperačními sestrami s praxí od 3 měsíců do dvou let na operačních sálech. Dotazníky byly po vyplnění respondenty opět osobně vyzvednuty.

Rozdáno bylo celkem 52 dotazníků. 2 dotazníky byly z důvodu neúplného vyplnění vyřazeny. Návratnost dotazníků je tedy 96,15 %. Pro analýzu bylo tedy celkem zpracováno 50 dotazníků.

6.3 Zpracování a analýza dat

Sesbíraná data byla zpracována a zanalyzována s využitím programů Microsoft Office Word 2016, Microsoft Office Excel 2016 a programu STATISTICA. Data jsou pro zajištění přehlednosti interpretována za pomoci tabulek a grafů. Hodnoty jsou formulovány v absolutní (n) a relativní četnosti (%).

Absolutní četnost udává kolikrát se hodnota vyskytla ve zkoumaném vzorku pro určenou proměnou. Relativní četnost (%) udává zastoupení dané hodnoty k celkové četnosti (celkový počet respondentů) a získáme ji podílem absolutní a celkové četnosti (Hendl, Remr, 2017, s. 235).

Další veličiny použity k interpretaci dat:

- Aritmetický průměr – hodnota se získá součtem všech hodnot ze souboru a následným podílem jejich počtu (Hendl et al., 2022, s. 321).
- Medián – rozděluje soubor na poloviny (prostřední hodnota souboru) (Hendl et al., 2022, s. 323).
- Minimum – nejnižší položená hodnota (Hendl et al., 2022, s. 324).
-
- Maximum – nejvyšší položená hodnota (Hendl et al., 2022, s. 324).
- Směrodatná odchylka – určuje rozptýlení hodnot měřených proměnných v souboru (Hendl et al., 2022, s. 328).

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

V následující kapitole jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření s využitím popisné statistiky.

7.1 Výsledky charakterizující průzkumný soubor

Otázka 1: Uveďte Vaše pohlaví.

Průzkumný soubor čítající 50 respondentů se skládá pouze z žen (100 %). Šetření se tedy nezúčastnil ani jeden muž. Převaha ženského zastoupení může být dána charakteristikou tohoto povolání.

Otázka 2: Uveďte Váš věk.

Tabulka 7: Věk respondentek

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20-30 let	40	80 %
31-40 let	7	14 %
41-50 let	3	6 %
51-60 let	0	0 %
Celkem	50	100 %

Tabulka 7 prezentuje věkové rozložení respondentů v průzkumném souboru. Nejpočetnější věkovou kategorií je kategorie první (20-30 let), ta čítá celkem 40 respondentek (80 %). Do druhé věkové kategorie (31-40 let) se zařadilo 7 respondentek (14 %). Věková kategorie 41-50 let čítá celkem 3 respondentky (6 %). Do poslední kategorie 51-60 let se nezařadila ani jedna respondentka.

Otázka 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední odborné s maturitou	10	20 %
Vyšší odborné	12	24 %
Vysokoškolské bakalářské	20	40 %
Vysokoškolské magisterské	8	16 %
Celkem	50	100 %

Další otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Největší zastoupení (40 %) v tomto průzkumném souboru mají respondentky s vysokoškolským bakalářským vzděláním, celkem jich je 20. Druhou nejpočetněji obsazenou kategorií je vyšší odborné vzdělání, celkem tuto možnost označilo 12 respondentek (24 %). Na třetím místě je kategorie střední odborné

vzdělání s maturitou. Tato kategorie čítá 10 respondentek (20 %). Poslední kategorií je vzdělání vysokoškolské magisterské. Tímto vzděláním disponuje 8 respondentek (16 %).

Otázka číslo 4: Jak dlouho pracujete na operačním sále?

Otázka číslo 4 zjišťovala délku praxe respondentek na operačních sálech. Dle zadaných kritérií pro výběr souboru musí být délka praxe začínajících perioperačních sester zařazených do průzkumu od 3 měsíců do dvou let (24 měsíců). Následující tabulka 9 zpřehledňuje délku praxe všech respondentek zařazených do průzkumu. Nejpočetněji zastoupenou skupinou s ohledem na délku praxe je praxe v trvání od 10 do 14 měsíců, do té se zařadilo celkem 15 respondentek (30 %). Stejný počet respondentek obsahuje kategorie praxe od 20 do 24 měsíců, 15 respondentek (30 %). 10 respondentek (20 %) čítá kategorie délky praxe od 15 do 19 měsíců a kategorie od 5 do 9 měsíců 7 respondentek (14 %). Nejméně respondentek (3, tedy 6 %) se zařadilo do první kategorie s délkou praxe od 3 do 4 měsíců.

Tabulka 9: Délka praxe na OS (v měsících)

Délka praxe na operačních sálech v měsících	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
3-4 měsíce	3	6 %
5-9 měsíců	7	14 %
10-14 měsíců	15	30 %
15-19 měsíců	10	20 %
20-24 měsíců	15	30 %
Celkem	50	100 %

Pro zpřehlednění je doplněna tabulka 10, která ukazuje průměrnou délku praxe respondentek zařazených do souboru. Průměr je 15,34. Dále je zde zpřehledněno maximum a minimum délky praxe, která vychází z kritérií daných pro zařazení respondentů do souboru.

Tabulka 10: Délka praxe respondentek na OS (v měsících)

	Počet respondentek	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Praxe na OS	50	15,34	16	3	24

Otázka 5: Absolvovala jste nebo nyní absolvujete specializační studium?

Specializační studium absolvovalo nebo nyní absolvuje celkem 24 respondentek z celkového počtu 50 respondentek, tedy 48 %.

Tabulka 11: Absolvování specializačního studia u respondentek

Specializační studium	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	48 %
Ne	26	52 %
Celkem	50	100 %

7.2 Výsledky charakterizující průběh adaptačního procesu

Otázka 6: Byla jste informována při nástupu na operační sál o délce a formě adaptačního procesu? Pokud ano, uveďte, jak dlouho trval.

Tabulka 12: Informovanost respondentek zaměstnavatelem o délce a formě AP při nástupu do zaměstnání

Informování o délce a formě AP při nástupu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	36	72 %
Ne	14	28 %
Celkem	50	100 %

Jak je uvedeno v tabulce 12, o délce a formě adaptačního procesu bylo při nástupu na operační sál informováno 36 z 50 respondentek (72 %), 14 respondentek opovědělo záporně (28 %), z toho 2 respondentky byly informovány pouze o formě AP a 2 respondentky byly informovány pouze o délce AP.

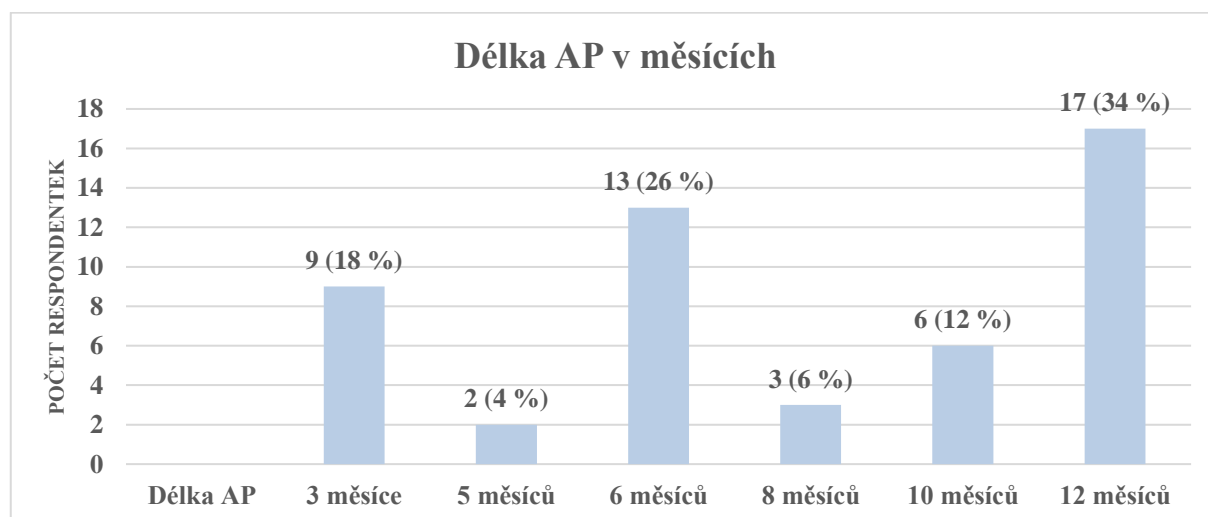
Průměrná délka AP perioperačních sester na operačních sálech v průzkumném souboru, je 8,06. Minimální uváděná délka AP je 3 měsíce a maximální 12 (tabulka 13).

Tabulka 13: Průměrná délka AP respondentek

	Průměr	Minimální	Maximální
Délka AP	8,06	3	12

Pro grafické znázornění délky AP respondentek je doplněn graf 1. Nejvíce uváděná délka AP je 12 měsíců, tu uvedlo celkem 17 respondentek (34 %). Na druhém místě je délka AP 6 měsíců, tu uvedlo 13 respondentek (26 %) a na místě třetím se umístila délka AP 3 měsíce, tu uvedlo 9 respondentek (18 %).

Graf 1: Délka AP respondentek v měsících



Otázka 7: Kdo je/byl během adaptačního procesu Vaším školitelem?

Tabulka 14: Přidělený školitel

Školitel	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Staniční sestra	13	26 %
Vedoucí směny daného dne	9	18 %
Přidělený mentor, školitel	21	42 %
Jiné	7	14 %
Celkem	50	100 %

Otázka číslo 7 zjišťovala, zda mají nově nastupující perioperační sestry přiděleného školitele. 21 respondentek (42 %) uvedlo, že měly přiděleného školitele, ve 13 případech (26 %) byla školitelem staniční sestra, 9 respondentek (18 %) označilo, že školitelem byl vedoucí směny daného dne a 7 respondentek (14 %) označilo možnost jiné a nejčastěji doplnily, že se jim věnovaly kolegyně na dané směně.

**Otázka 8: Jsou/byly součástí Vašeho adaptačního procesu i vzdělávací semináře, kurzy?
Pokud ano, uveďte jejich počet.**

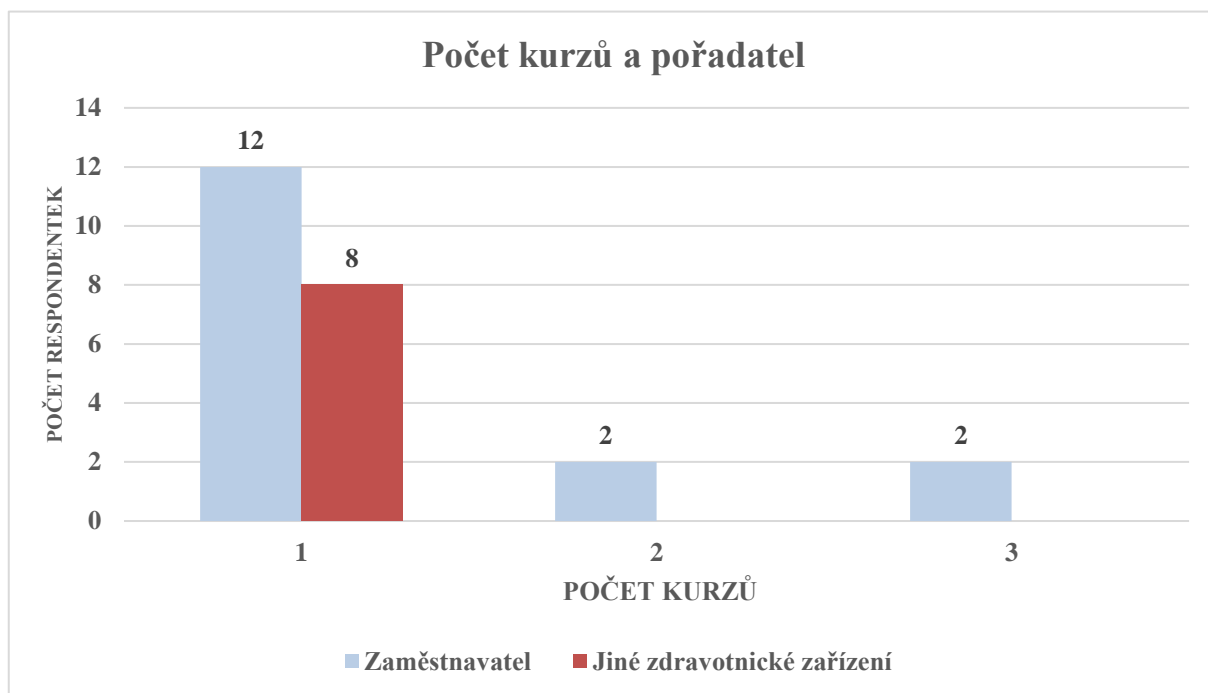
Tabulka 15: Semináře/kurzy v průběhu AP

Byly semináře/kurzy součástí AP?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	48 %
Ne	26	52 %
Celkem	50	100 %

Na otázku, zda byly součástí AP i vzdělávací semináře či kurzy odpovědělo kladně 24 respondentek, tedy 48 %. 26 respondentek (52 %) uvedlo, že vzdělávací kurzy či semináře nebyly součástí jejich adaptačního procesu.

Graf 2 níže uvádí počet kurzů a pořadatele. 12 respondentek odpovědělo v dotazníku, že se zúčastnily jednoho kurzu, 2 respondentky uvedly počet kurzů dva, a tři kurzů pořádaných zaměstnavatelem se zúčastnily také 2 respondentky. 8 respondentek uvedlo, že se zúčastnily jednoho vzdělávacího kurzu pořádaného v jiném zdravotnickém zařízení.

Graf 2: Počet kurzů a pořadatel



Otázka 9: Získáváte/získal/a jste v průběhu adaptačního procesu nejvíce informací od svého školitele?

Tabulka 16: Podávání informací školitelem v průběhu AP

Informace od školitele	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	74 %
Ne	13	26 %
Celkem	50	100 %

Tabulka 16 ukazuje, že 37 (74 %) respondentek získávalo nejvíce informací v době trvání AP od svého školitele. 13 respondentek (26 %) odpovědělo na tuto otázku záporně a nejčastěji doplnily, že získávaly informace od všech kolegyň.

Otázka 10: Probíhalo/probíhá průběžné hodnocení adaptačního procesu s vedoucím pracovníkem? Pokud ano, jak často?

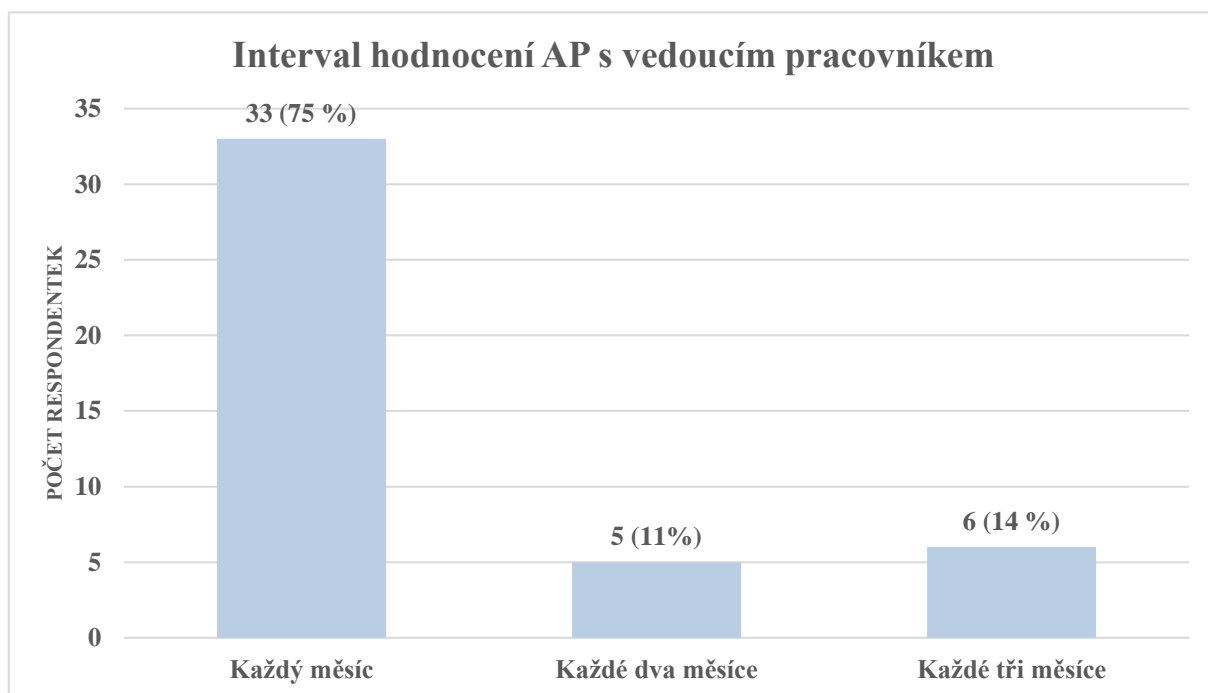
Tabulka 17: Hodnocení AP respondentky s vedoucím pracovníkem

Probíhalo průběžné hodnocení AP s vedoucím pracovníkem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	44	88 %
Ne	6	12 %
Celkem	50	100 %

Tabulka 17 ukazuje, že u 44 respondentek (88 %) probíhalo průběžné hodnocení AP s vedoucím pracovníkem. 6 respondentek (12 %) uvedlo, že průběžné hodnocení neprobíhalo vůbec.

Interval průběžného hodnocení zřehledňuje graf 3 níže. 33 respondentek (75 %) uvedlo, že hodnocení probíhalo každý měsíc, 5 respondentek (11 %) uvedlo interval hodnocení AP s vedoucím pracovníkem každé dva měsíce a 6 respondentek (14 %) každé tři měsíce.

Graf 3: Interval hodnocení AP



7.3 Výsledky charakterizující vnímání adaptačního procesu perioperačními sestrami

Otázka 11: Máte/měl/a jste možnost vyjádřit se ke spokojenosti s průběhem adaptačního procesu?

Tabulka 18: Možnost vyjádřit se k průběhu AP

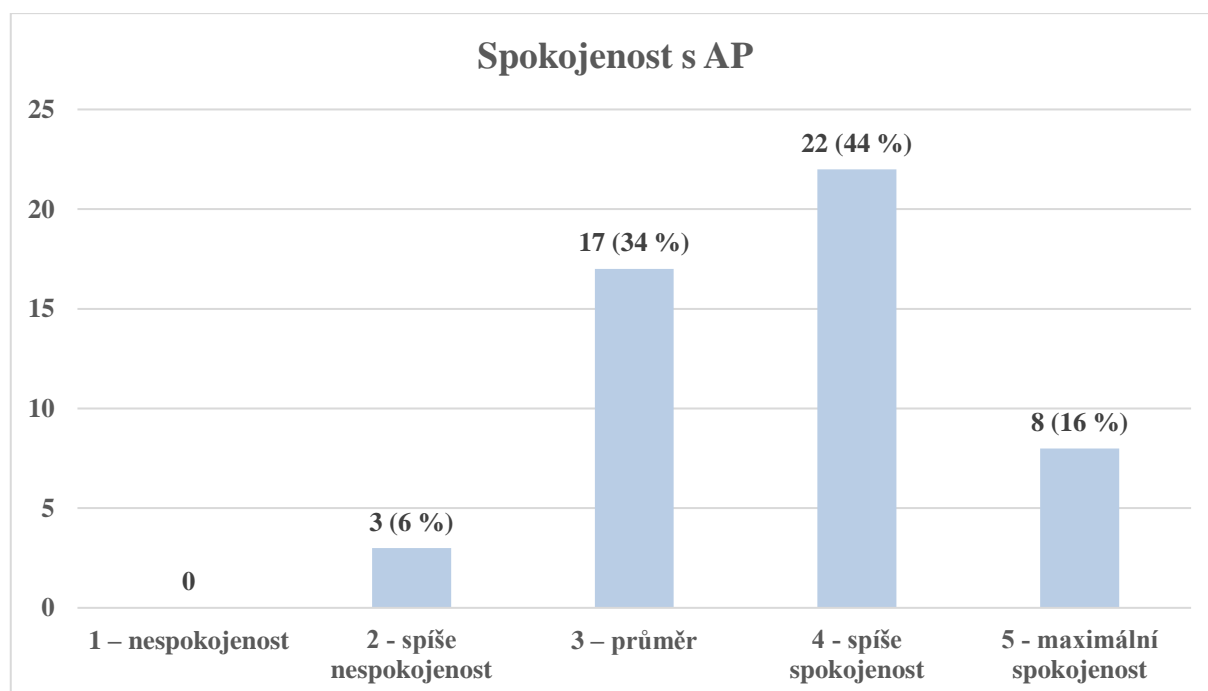
Možnost vyjádřit se ke spokojenosti s AP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	38	76 %
Ne	12	24 %
Celkem	50	100 %

Otázka číslo 11 zjišťovala, zda měly perioperační sestry možnost vyjádřit se ke spokojenosti s průběhem AP. Kladně odpovědělo 38 respondentek (76 %), záporně 12 respondentek (24 %).

Otázka 12: Na škále (5 - maximální spokojenost, 1 - nespokojenost) zhodnoťte osobní spokojenost s adaptačním procesem na operačních sálech.

V této otázce uváděli respondenti na číselné škále osobní spokojenost s adaptačním procesem na operačních sálech.

Graf 4: Spokojenost respondentek s AP



Nejvíce respondentek (22), tedy 44 % označilo číslo 4, což značí spíše spokojenost. 17 respondentek (34 %), označilo průměrnou spokojenost s průběhem AP. 8 respondentek (16 %)

bylo maximálně spokojeno s průběhem AP. 3 respondentky (6 %) byly spíše nespokojeny. Číslo 1 na škále, což značí nespokojenost neoznačila žádná z respondentek.

Otázka 13: Cítíte/cítíl/a jste se dostatečně začleněn/a do kolektivu během adaptačního procesu?

Následující tabulka zpřehledňuje na kolik se nově nastupující perioperační sestry cítily začleněny do kolektivu.

Tabulka 19: Začlenění do kolektivu

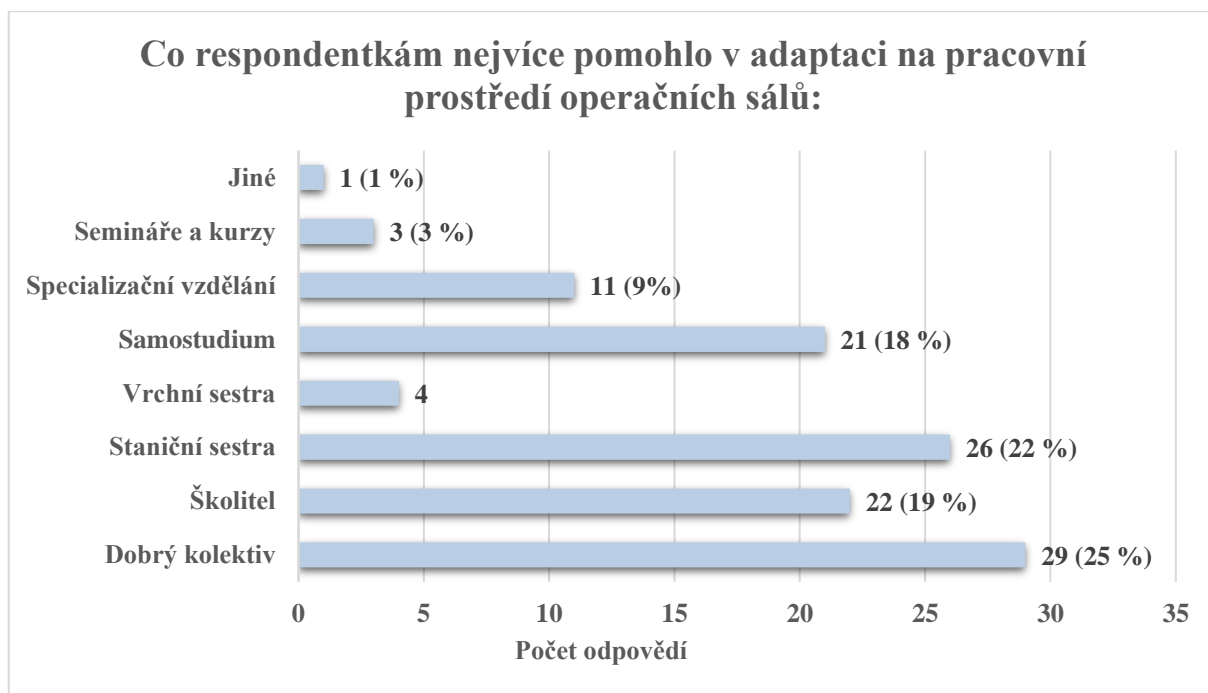
Pocit začlenění do kolektivu během AP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	27	54 %
Po určité době	21	42 %
Ne	2	4 %
Celkem	50	100 %

Kladnou odpověď označilo 27 respondentek, tedy 54 %. 21 respondentek (42 %) uvedlo, že se cítily začleněny do kolektivu po určité době (nejčastěji uváděna doba jeden měsíc) a záporně odpověděly 2 respondentky, tedy 4 %.

Otázka 14: Co z uvedených možností Vám nejvíce pomohlo v adaptaci na nové pracovní prostředí operačních sálů? (můžete zaškrtnout více možností či doplnit)

V otázce číslo 14 respondenty vybíraly činitele, kteří jim nejvíce pomohli v adaptaci na nové pracovní prostředí, vybírat mohly ze 7 možností, či mohly doplnit vlastního činitele. Respondentky mohly označit více možností.

Graf 5: Podpůrní činitelé v průběhu AP



Nejvíce volenou možností byl vliv dobrého kolektivu. Ten zvolily respondenty v 25 % případů (celkem 29 odpovědí). Druhým nejčastěji označovaným činitelem byla staniční sestra, celkem 22 % (26 odpovědí). Na třetím místě se umístil školitel 19 % (22 odpovědí). Samostudium zvolily respondenty jako pomocného činitele v 21 případech (18 %). Specializační vzdělání bylo označeno celkem 11krát (9 %). Nejméně často zvolenou možností byl činitel vrchní sestra (4 odpovědi, 3 %) a semináře a kurzy (3 odpovědi, 3 %). Možnost jiné s doplněním vlastní možnosti využily 2 respondenty a jako pomocného činitele doplnily vlastní snahu.

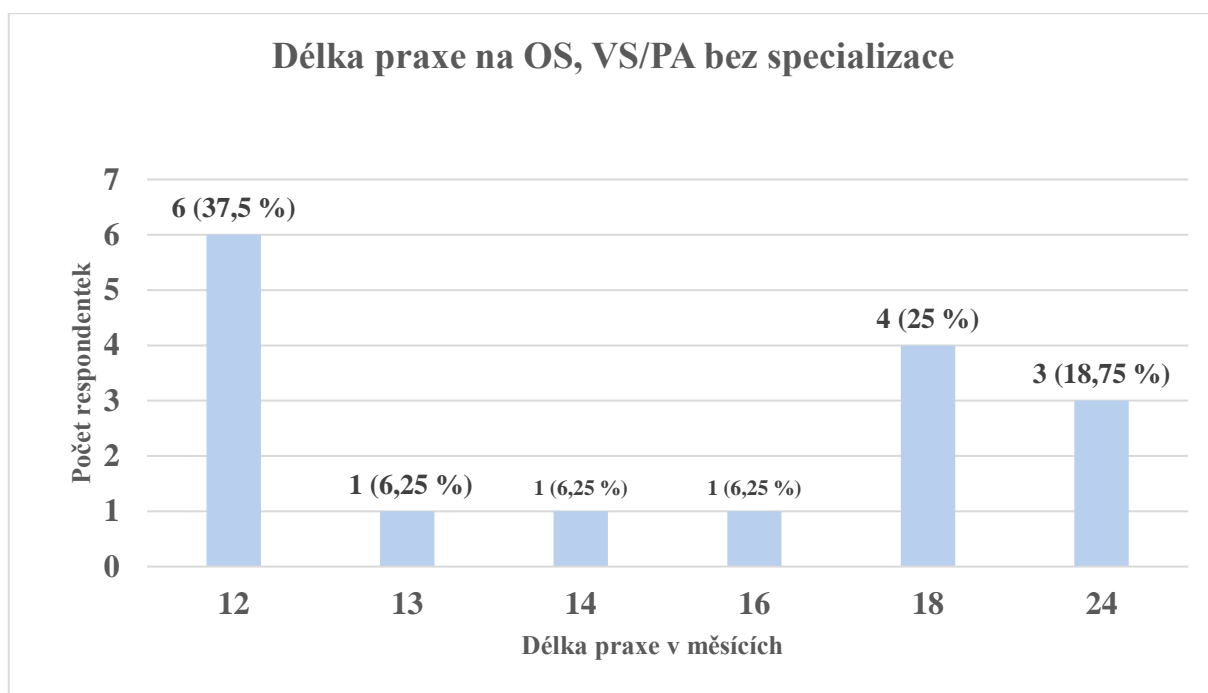
7.4 Výsledky charakterizující pracovní zátěž s využitím standardizovaného dotazníku

Hodnocení pracovní zátěže perioperačních sester na operačních sálech proběhlo s využitím standardizovaného Meisterova dotazníku pro hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku. Popis hodnocení a kritéria k užití standardizovaného nástroje jsou uvedeny v kapitole 6.1.2. Respondentky byly rozděleny do dvou skupin. První skupinou jsou VS/PA, které zatím specializační studium v perioperační péči neabsolvovaly a mají praxi 12 měsíců a více na OS (celkem 16 respondentek) a druhou skupinou VS/PA, které specializaci absolvovaly nebo nyní absolvují a mají praxi 12 měsíců a více na OS (celkem 18 respondentek). Statistická analýza byla provedena s využitím programu STATISTICA a Microsoft Excel 2016.

7.4.1 Skupina první – všeobecné sestry/porodní asistentky bez specializace

Graf 6 níže vyobrazuje délku praxe respondentek bez specializace zařazených do souboru (celkem 16 respondentek) pro hodnocení pracovní zátěže dle Meisterova dotazníku. Nejvíce respondentek (6) udalo délku praxe 12 měsíců.

Graf 6: Délka praxe na OS VS/PA bez specializace



Vyhodnocení dle faktorů

V tabulce 20 lze vidět, že u respondentek bez specializace v perioperační péči nebyla ani v jedné kategorii zátěžových faktorů dosažena a ani překročena kritická hodnota průměru. Dané hodnotě kritického průměru se nejvíce přibližuje položka faktoru I – přetížení (8,13).

Tabulka 20: Tabulka vyhodnocení dle faktorů u skupiny 1 (VS/PA bez specializace)

	Absolutní četnost (n)	Kritický průměr	Průměr	MIN	MAX	Sm. odch.
FAKTOR 1 – přetížení	16	10	8,13	5	11	1,93
FAKTOR 2 – monotonie	16	9	4,63	3	9	1,67
FAKTOR 3 - nespecifický faktor	16	14	9,56	5	15	3,18
Hrubý skór	16	29	22,31	15	30	5,57

Vyhodnocení dle jednotlivých položek

Následující tabulka 21 zřehledňuje výsledky pracovní zátěže ve vztahu k jednotlivým položkám. Žlutá barva značí hodnoty, které dosahují kritické hodnoty mediánu (položky č. 1 – časová tíseň, 3 – vysoká odpovědnost, 9 - únava) a červená barva ty, které kritickou hodnotu přesáhly (položka č. 10 – dlouhodobá únosnost). Nejnižších hodnot dosahují položky 4 a 6 (otupující práce a monotonie).

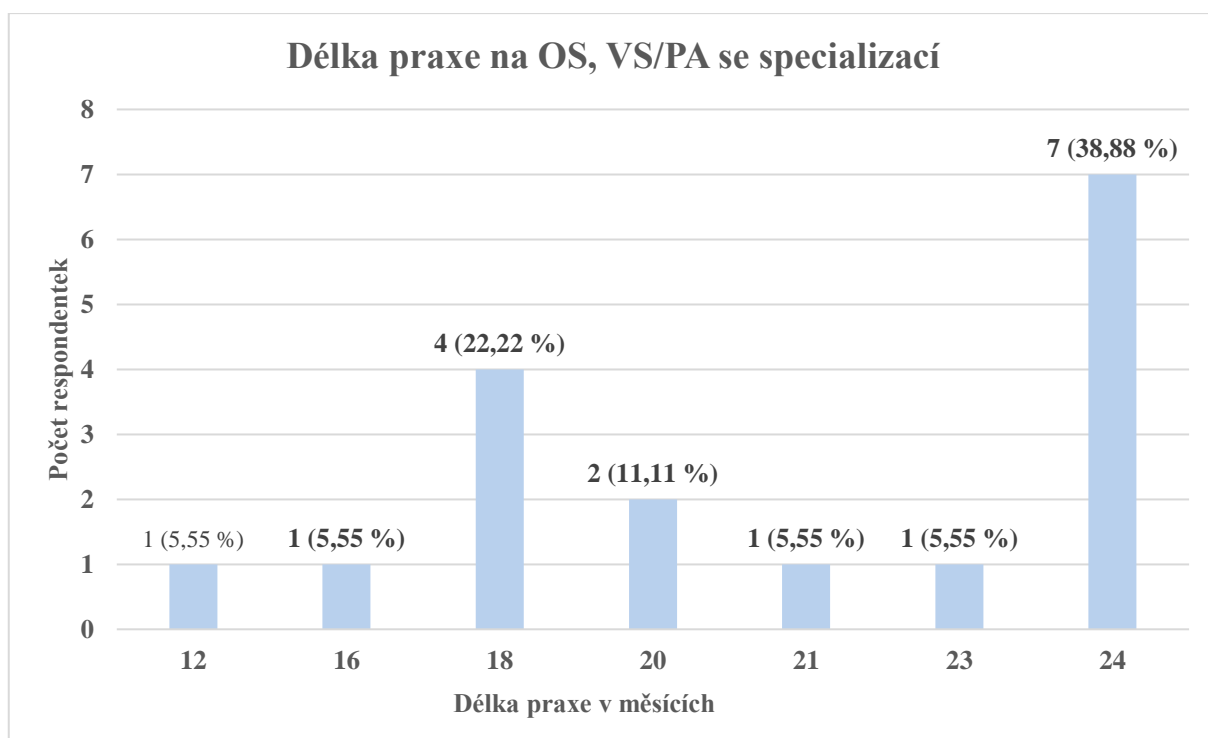
Tabulka 21: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u skupiny respondentek 1 (VS/PA bez specializace)

Položka	Absolutní četnost	Kritický medián	Medián	MIN	MAX	Průměr
1. Časová tíseň	16	3,0	3,0	1	5	3,25
2. Malé uspokojení	16	2,5	2,0	1	3	1,75
3. Vysoká odpovědnost	16	3,0	3,0	2	4	3,00
4. Otupující práce	16	2,5	1,0	1	3	1,38
5. Problémy a konflikty	16	2,5	2,0	1	3	1,88
6. Monotonie	16	2,5	1,0	1	3	1,50
7. Nervozita	16	3,0	2,0	1	4	2,06
8. Přesycení	16	3,0	2,0	1	3	1,75
9. Únava	16	3,0	3,0	1	4	2,88
10. Dlouhodobá únosnost	16	2,5	3,0	1	5	2,88

7.4.2 Skupina druhá – všeobecné sestry/porodní asistentky se specializací či absolvující specializační vzdělání

Graf 7 níže zpřehledňuje délku praxe na operačních sálech respondentek se specializací zařazených do souboru (celkem 18 respondentek) pro hodnocení pracovní zátěže dle Meisterova dotazníku. Nejvíce respondentek (7) uvedlo délku praxe 24 měsíců.

Graf 7: Délka praxe na OS VS/PA se specializací



Vyhodnocení dle faktorů

I u VS/PA se specializací či absolvující specializační studium v oboru perioperační péče lze pozorovat v tabulce 22, že ani v jednom případě nebyla dosažena a ani překročena hodnota kritického průměru jednotlivých faktorů. Stejně jako u předešlé skupiny VS/PA bez specializace se dané hodnotě kritického průměru nejvíce přibližuje faktor I – přetížení (7,83).

Tabulka 22: Vyhodnocení dle faktorů u skupiny respondentek 2 (VS/PA se specializací)

	Absolutní četnost	Kritický průměr	Průměr	MIN	MAX	Sm. odch.
FAKTOR 1 – přetížení	18	10	7,83	5	14	2,75
FAKTOR 2 – monotonie	18	9	4,06	3	6	1,16
FAKTOR 3 - nespecifický faktor	18	14	8,94	5	14	3,02
Hrubý skór	18	29	20,83	15	30	5,87

Vyhodnocení dle jednotlivých položek

V tabulce 23 níže jsou opět zpřehledněny výsledky pracovní zátěže ve vztahu k jednotlivým položkám. Žlutá barva označuje hodnoty, které kritické hodnoty dosahují (položky 1, 3) a červené ty, které ji přesáhly (položka 10). Nejnižší hodnoty mediánu jsou u položek 2, 4, 6, 8 (malé uspokojení, otupující práce, monotonie a přesycení).

Tabulka 23: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u skupiny 2 (VS/PA se specializací)

Proměnná	Absolutní četnost	Kritický medián	Medián	MIN	MAX	Průměr
1. Časová tíseň	18	3,0	3,0	1	5	3,11
2. Malé uspokojení	18	2,5	1,0	1	2	1,44
3. Vysoká odpovědnost	18	3,0	3,0	1	5	2,89
4. Otopující práce	18	2,5	1,0	1	2	1,39
5. Problémy a konflikty	18	2,5	1,5	1	4	1,83
6. Monotonie	18	2,5	1,0	1	2	1,22
7. Nervozita	18	3,0	2,0	1	3	1,67
8. Přesycení	18	3,0	1,0	1	3	1,39
9. Únava	18	3,0	2,0	1	5	2,94
10. Dlouhodobá únosnost	18	2,5	3,00	1	5	2,94

7.4.3 Klasifikace zátěže a porovnání obou skupin

Pro určení stupně zátěžové tendence je zapotřebí vycházet z faktorových skóre. Je třeba sečíst mediány jednotlivých faktorů. Pro faktor jedna sečteme mediány otázek číslo 1, 3 a 5. pro faktor dvě sečteme mediány otázek číslo 2, 4, 6 a pro faktor tři mediány zbývajících otázek číslo 7, 8, 9, 10 (Židková, 2013). Hodnoty jsou zřehledněny v tabulce 24 a 25.

Tabulka 24: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů (VS/PA se specializací)

Faktor I.	Medián	Faktor II.	Medián	Faktor III.	Medián
1. otázka	3,0	2. otázka	1,0	7. otázka	2,0
3. otázka	3,0	4. otázka	1,0	8. otázka	1,0
5. otázka	1,5	6. otázka	1,0	9. otázka	2,0
				10. otázka	3,0
CELKEM	7,5		3		8

Tabulka 25: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů (VS/PA bez specializace)

Faktor I.	Medián	Faktor II.	Medián	Faktor III.	Medián
1. otázka	3,0	2. otázka	2,0	7. otázka	2,0
3. otázka	3,0	4. otázka	1,0	8. otázka	2,0
5. otázka	2,0	6. otázka	1,0	9. otázka	3,0
				10. otázka	3,0
CELKEM	8		4		10

U první skupiny VS/PA se specializací jsme po sečtení mediánů jednotlivých faktorů došli k výsledku, který ukázal, že součet mediánů pro faktor I. je o 4,5 bodů vyšší než součet mediánů u faktoru dvě. U druhé skupiny VS/PA bez specializace je součet mediánů pro faktor I. o 4 body vyšší než u faktoru dvě. Hodnoty lze pozorovat v tabulce 24 a 25. Na základě těchto výsledků byly dle návodu (vysvětlen v kapitole 6.1.2) pro vyhodnocení Meisterova dotazníku sečteny hodnoty mediánů pro faktor I. a III. Po sečtení u obou skupin odpovídá výsledná hodnota **prvnímu stupni zátěže** u obou pozorovaných skupin (tabulka 26). První stupeň zátěže je definován jako: „*Stav psychické zátěže, při kterém není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu či výkonnosti.*“ (Židková, 2013)

Tabulka 26: Klasifikace zátěže

Všeobecné sestry/porodní asistentky	FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	SOUČET FI A FIII	STUPĚŇ ZÁTĚŽE
Se specializací	7,5	3,0	8	15,5	<u>1</u>
Bez specializace	8,0	4,0	10	18	<u>1</u>

Tabulka 27: Porovnání mediánů obou skupin

Proměnná	Kritický medián	Medián VS/PA se specializací	Medián VS/PA bez specializace	Začlenění do faktoru
1. Časová tíseň	3	3,0	3,0	I.
2. Malé uspokojení	2,5	1,0	2,0	II.
3. Vysoká odpovědnost	3	3,0	3,0	I.
4. Otupující práce	2,5	1,0	1,0	II.
5. Problémy a konflikty	2,5	1,5	2,0	I.
6. Monotonie	2,5	1,0	1,0	II.
7. Nervozita	3	2,0	2,0	III.
8. Přesycení	3	1,0	2,0	III.
9. Únava	3	2,0	3,0	III.
10. Dlouhodobá únosnost	2,5	3,0	3,0	III.

Pro přehledné porovnání středních hodnot (mediánů) u obou skupin respondentek byla zpracována tabulka 27 výše. Zde můžeme pozorovat, že u obou porovnávaných skupin bylo dosaženo kritické hodnoty mediánu (označeno žlutou barvou) u položek 1 a 3. U skupiny VS/PA bez specializace bylo navíc dosaženo kritické hodnoty mediánu u položky 9 (únava). K přesáhnutí hodnoty kritického mediánu (označeno červenou barvou) došlo u položky 10, u obou porovnávaných skupin. Položky 2, 5, 7 a 8 nedosáhly kritické hodnoty mediánu a nejnižší hodnoty měly u obou skupin položky 4 a 6 (monotonie a otupující práce).

7.4.4 Srovnání obou pozorovaných skupin s normou pro ženské pohlaví

V tabulce 28 můžeme pozorovat při porovnání aritmetických průměrů (\bar{X}) vyšší hodnoty rizika vlivu pracovní zátěže na psychiku u sester bez specializace. U obou skupin ani v jednom případě nebyla překročena daná norma hodnoty kritického mediánu pro ženské pohlaví.

Tabulka 28: Srovnání obou skupin respondentek (se specializací/bez specializace) s normou stanovenou pro ženy (Židková 2013)

SOUBOR	FAKTOR I		FAKTOR II		FAKTOR III		HS
	X	Med	X	Med	X	Med	MAX
NORMA u žen	8,4	10	7,6	9	11,7	14	50
VS/PA bez specializace	8,13	8,0	4,63	4,0	9,56	10,0	30
VS/PA se specializací	7,83	7,0	4,06	4,0	8,94	8,0	26

7.4.5 Porovnání pracovní zátěže u VS/PA v perioperační péči v závislosti na specializačním vzdělání

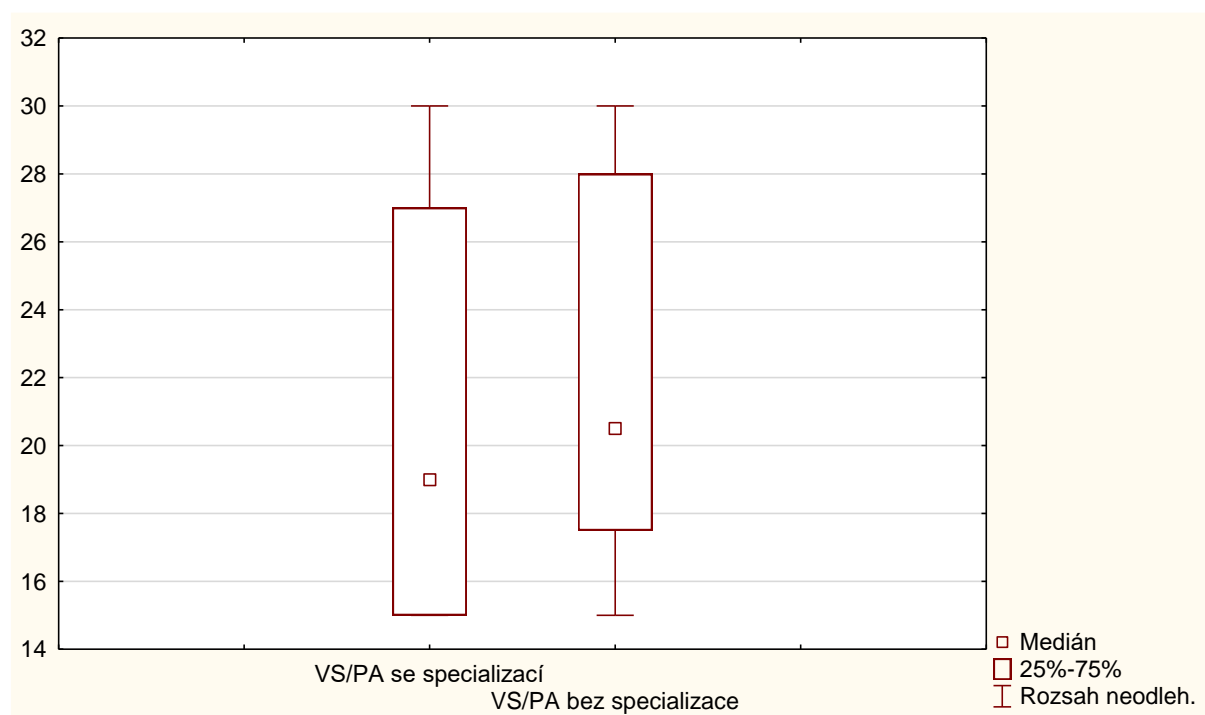
Vliv pracovní zátěže na psychiku porovnáme mezi skupinami respondentek pomocí mediánu hrubého skóru.

Tabulka 29: Porovnání pracovní zátěže u vybraných skupin VS/PA

Soubor	Absolutní četnost (n)	Průměr HS	Medián HS	Sm. odch.
VS/PA se specializací	18	20,83	19	5,87
VS/PA bez specializace	16	22,31	20,50	5,57

Na krabicovém grafu 8 lze pozorovat, že medián hrubého skóru (HS) je u skupiny VS/PA se specializací nižší, než u skupiny VS/PA bez specializace. Je nutno stanovit, zda je tento rozdíl statisticky významný. Nebyly detekovány žádné odlehlé body ani v jednom souboru.

Graf 8: Krabicový graf porovnání HS u obou skupin



Pro testování průzkumné hypotézy, zda existuje statisticky významný rozdíl vlivu pracovní zátěže na psychiku mezi skupinou VS/PA se specializací či absolvující specializační studium a skupinou VS/PA bez specializace, byl použit neparametrický Mann-Whitneyův test, jelikož sledujeme ordinální proměnné. Zvolená hladina významnosti je $\alpha=5\%$ (0,05). Zformulována byla následující nulová a pracovní hypotéza.

H0: Mezi vlivem pracovní zátěže na psychiku u VS/PA se specializací a u VS/PA bez specializace není statisticky významný rozdíl.

HA: Mezi vlivem pracovní zátěže na psychiku u VS/PA se specializací a u VS/PA bez specializace je statisticky významný rozdíl.

Tabulka 30: Mann-Whitneyův U test.

Skupina 1 vs. Skupina 2	p – hodnota	Z	U	Počet platných sk. 1	Počet platných sk. 2
VS/PA se specializací vs. VS/PA bez specializace	0,308752	-1,01785	114,0000	18	16

Provedení testu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %) v programu STATISTICA prokázalo hodnotu $p = 0,308752$ ($p > 0,05$). Na základě získané hodnoty na dané hladině významnosti **nezamítáme nulovou hypotézu** a docházíme k závěru, že mezi vlivem pracovní zátěže na psychiku u VS/PA se specializací a u VS/PA bez specializace, **není statisticky významný rozdíl v našem souboru respondentů**.

7.4.6 Zhodnocení celého souboru respondentek

Vyhodnocení celkového počtu respondentek zařazených do souboru ($n=34$), dle daných kritérií uvedených v kapitole 6.1.2, ukázalo, že hodnoty kritického průměru nebylo dosaženo ani u jednoho faktoru (tabulka 31).

Tabulka 31: Vyhodnocení dle faktorů všech respondentek

	Absolutní četnost (n)	Kritický průměr	Průměr	MIN	MAX	Sm. odch.
FAKTOR 1 – přetížení	34	10	7,97	5	14	2,37
FAKTOR 2 – monotonie	34	9	4,32	3	9	1,43
FAKTOR 3 - nespecifický faktor	34	14	9,24	5	15	3,07
Hrubý skór	34	29	21,53	15	30	5,70

Tabulka 32 níže zpřehledňuje výsledky vyhodnocení dle jednotlivých položek. Lze pozorovat, že kritické hodnoty mediánu dosahují položky 1, 3 a 9 (časová tíseň, vysoká odpovědnost a únava). K přesažení kritické hodnoty došlo u položky 10 (dlouhodobá únosnost).

Tabulka 32: Vyhodnocení dle jednotlivých položek u všech respondentek

Položka	Absolutní četnost	Kritický medián	Medián	MIN	MAX	Průměr
1. Časová tíseň	34	3,0	3,0	1	5	3,18
2. Malé uspokojení	34	2,5	1,5	1	3	1,59
3. Vysoká odpovědnost	34	3,0	3,0	1	5	2,94
4. Otupující práce	34	2,5	1,0	1	3	1,38
5. Problémy a konflikty	34	2,5	2,0	1	4	1,85
6. Monotonie	34	2,5	1,0	1	3	1,35
7. Nervozita	34	3,0	2,0	1	4	1,85
8. Přesycení	34	3,0	1,0	1	3	1,56
9. Únava	34	3,0	3,0	1	5	2,91
10. Dlouhodobá únosnost	34	2,5	3,0	1	5	2,91

Klasifikace zátěže

I u zhodnocení mediánů jednotlivých faktorů celého souboru respondentek pro určení zátěže, jsme došli k výsledku, který ukázal, že součet mediánů pro faktor I. je o 3,5 bodů vyšší než součet mediánů u faktoru II (tabulka 33). Sečteny tedy byly hodnoty mediánů pro faktor I. a II. Výsledek je 17 a odpovídá tedy **prvnímu stupni zátěže**.

Tabulka 33: Stupeň zátěže dle mediánů faktorů u všech respondentek

Faktor I.	Medián	Faktor II.	Medián	Faktor III.	Medián
1. otázka	3,0	2. otázka	1,5	7. otázka	2,0
3. otázka	3,0	4. otázka	1,0	8. otázka	1,0
5. otázka	2,0	6. otázka	1,0	9. otázka	3,0
				10. otázka	3,0
CELKEM	8		4,5		9

8 DISKUZE

V následující kapitole diplomové práce s názvem *Adaptační proces perioperačních sester na operačních sálech* budou shrnuty data získaná průzkumným šetřením. Výsledky budou porovnány s již publikovanou literaturou, výzkumy a vysokoškolskými pracemi na obdobné téma.

Cílem této diplomové práce v teoretické rovině bylo popsat problematiku adaptačního procesu perioperačních sester na operačních sálech. V rovině průzkumné bylo cílem zmapovat průběh adaptačního procesu začínajících perioperačních sester na operačních sálech a jak je jimi subjektivně vnímán. K tomuto účelu byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Dotazník obsahoval otázky k získání základní charakteristiky průzkumného souboru respondentů. Dále otázky k získání základních informací o průběhu adaptačního procesu na operačních sálech a otázky k subjektivnímu hodnocení adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami. Data získaná z odpovědí respondentů byla použita k zodpovězení stanovených průzkumných otázek. Třetím cílem diplomové práce bylo zjistit, zda je pracovní zátěž perioperačních sester ovlivněna nejvyšším získaným specializačním vzděláním v oboru perioperační péče. Druhou částí dotazníku byl tedy standardizovaný Meisterův dotazník pro hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku zaměstnanců. Pro tuto diplomovou práci byla použita verze z roku 2013 od PhDr. Zdeňky Židkové. Získaná data ohledně vlivu pracovní zátěže na psychiku byla následně porovnána mezi skupinou VS/PA, které absolvovaly či nyní absolvují specializační studium, a skupinou VS/PA, které specializaci v oboru perioperační péče dosud neabsolvovaly.

Na základě předem zformulovaných cílů byly stanoveny tři průzkumné otázky a jedna průzkumná hypotéza.

8.1 Průzkumná otázka číslo 1

Jak probíhá adaptační proces začínajících perioperačních sester na operačních sálech?

První průzkumná otázka byla položena na základě předem určeného cíle. Zmapovat průběh adaptačního procesu na operačních sálech. Účelem této průzkumné otázky bylo zjistit základní specifika průběhu AP na operačních sálech ve vybraných zdravotnických zařízeních a zda koresponduje s vydaným metodickým pokynem MZČR o průběhu a ukončení adaptačního procesu NLZP (Věstník MZČR, 2009, s. 40-42).

Šetření se zúčastnilo celkem 50 VS/PA pracujících na operačních sálech. Všech 50 respondentů bylo ženského pohlaví, což nejspíše vyplývá z povahy povolání. Nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií byly respondentky ve věku 20–30 let (80 %). Z daných kritérií pro výběr průzkumného souboru (začínající perioperační sestry v adaptačním procesu) se nejpočetnější obsazení první věkové kategorie dalo očekávat. Dříve se na operační sál dostala VS/PA až po několikaleté praxi na standardním lůžkovém oddělení. Od tohoto zvyku muselo být upuštěno vlivem neustále se navyšujícího nedostatku perioperačních sester. Proto výskyt služebně i věkově mladších VS/PA na operačních sálech již není tak ojedinělým úkazem. Nutností je, aby do doby, než získají dostatečné zkušenosti a specializaci v daném oboru, byly vedeny sestrou s adekvátní odborností a zkušenostmi v perioperační péči (Wichsová et al., 2013, s. 47).

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, tak vysokoškolským bakalářským vzděláním disponuje 40 % respondentů a 16 % respondentů vysokoškolským magisterským vzděláním. Převaha vysokoškolsky vzdělaných VS/PA vyplývá z povahy práce na operačním sále. Vyhláška č. 55/2011 Sb. stanovuje, že základní a vysoce specializovanou péči, pod níž perioperační péče spadá, může zajišťovat všeobecná sestra či porodní asistentka v rámci svých kompetencí. Praktická sestra poskytuje vysoce specializovanou péči za přímého dohledu VS/PA s oborovou specializací (ČESKO, 2022).

Pro získání dat k náhledu toho, jak adaptační proces na operačních sálech probíhá, byly vytvořeny otázky číslo 6, 7, 8, 9, 10 v první části nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby.

V otázce číslo 6 byly respondentky tázány, zda byly při nástupu do nového zaměstnání informovány o délce a formě AP. 36 z 50 respondentek (72 %) odpovědělo kladně. Průměrná délka adaptačního procesu u začínajících perioperačních sester na operačních sálech ze získaných dat byla 8,06 měsíců. Minimální doba trvání procesu adaptace byla 3 měsíce a maximální 12 měsíců. Ze získaných dat lze potvrdit, že zdravotnická zařízení dodržují doporučení MZČR týkající se doby trvání adaptačního procesu, která by u nově nastupujících pracovníků/absolventů měla být 3 až 12 měsíců (Věstník MZČR, 2009, s. 41). Dotazníkové šetření prováděno od května do června roku 2019 zjišťovalo zkušenosti všeobecných sester s výkonem profese v českých nemocnicích. Šetření se zúčastnilo 2479 respondentů a mimo jiné sledovalo i problematiku adaptačního procesu. Respondenti se mohli vyjádřit k potřebné délce AP vzhledem k oblastem, ve kterých se nový zaměstnanec musí zadaptovat. Pro zorientování se v týmu je dle respondentů adekvátní čas na adaptaci 3 měsíce. Ke zadaptování se

v samostatné práci se většina respondentů shoduje na delším potřebném čase (6 měsíců až dva roky) (Moravcová et al., 2022, s. 1-6).

Otázka číslo 7 zjišťovala, kdo je/byl v průběhu adaptačního procesu školitelem. Ministerstvo zdravotnictví v metodickém pokynu uvádí, že vedoucí pracovník by měl ihned po nástupu nového zaměstnance určit školitele, který je k tomu dostatečně kompetentní a odborně způsobilý, jak je stanoveno v zákoně 96/2004 Sb. (Věstník MZČR, 2009, s. 41). V našem souboru začínajících perioperačních sester jich 21 (42 %) uvedlo, že měly přiděleného školitele, ve 13 případech (26 %) byla školitelem staniční sestra. 9 respondentek (18 %) označilo, že školitelem byl vedoucí směny daného dne a 7 respondentek (14 %) označilo možnost jiné a doplnily, že se jim věnovaly kolegyně na dané směně. Na tuto otázku navazuje otázka číslo 9, která zjišťovala, zda nejvíce informací získávaly respondentky od přiděleného školitele. Dle metodického pokynu MZČR by měl školitel či mentor být v přímém kontaktu s novým zaměstnancem a provádět průběžná hodnocení (Věstník MZČR, 2009, s. 41). 37 respondentek (74 %) získávalo nejvíce informací v době trvání AP od svého školitele. Pouze 13 respondentek (26 %) odpovědělo na tuto otázku záporně a nejčastěji doplnily, že získávaly informace od perioperační sestry na dané směně či od všech ostatních kolegyň. Ze získaných odpovědí lze usoudit, že i doporučení MZČR o přidělení školícího pracovníka je ve většině případů ve zdravotnických zařízeních dodržováno. K podobným výsledkům došla ve své diplomové práci i Tereza Plhoňová (2015, s. 77). Ve svém výzkumu se věnovala adaptačnímu procesu sester pracujících na oddělení intenzivní péče. 58,96 % dotazovaných z celkového počtu 134 uvedlo, že se jim většinu času věnoval přidělený školitel. Význam školitele v procesu adaptace sester absolventek dokazuje i studie z roku 2017, které se zúčastnilo 174 respondentů pracujících v různých oborech se zdravotnickým zaměřením. Data získaná pomocí dotazníku odhalila 3 zásadní činitele k úspěšnému adaptačnímu procesu sester absolventek. Vedle dobrého pracovního prostředí, vlastní snahy a znalostí hraje významnou roli také osobnost školitele (Lindfors et al., 2018, s. 256-262).

Další důležitou součástí adaptačního procesu je průběžné hodnocení pracovníka. Dle metodického pokynu uvedeném ve Věstníku MZČR (2009) hodnocení adaptačního procesu realizuje vedoucí pracovník nebo přímo školitel z daného úseku, a to metodou hodnotícího pohovoru či ověřením získaných dovedností. Navíc doplňuje nutnost provedení zápisu do dokumentace ideálně jednou týdně a nejméně jednou měsíčně. 33 respondentek (66 %) našeho souboru uvedlo, že průběžné hodnocení AP s vedoucím pracovníkem probíhalo každý měsíc.

Pouze 6 respondentek (12 %) uvedlo, že průběžné hodnocení neprobíhalo vůbec (Věstník MZČR, 2009, s. 41).

Poslední otázkou pro charakteristiku průběhu AP na operačních sálech je otázka číslo 8. Ta zjišťovala, zda jsou součástí AP u perioperačních sester vzdělávací kurzy či semináře. Zde odpovědělo kladně 24 respondentek, což představuje 48 %, a ve většině případů byly organizovány zaměstnavatelem. 26 respondentek (52 %) uvedlo, že vzdělávací kurzy a semináře nebyly součástí jejich adaptačního procesu. Cílem vzdělávacích kurzů je osvojení a posouvání dosažených znalostí a dovedností, které jsou zásadní pro efektivní výkon svěřených pracovních činností. Dále vedou ke kariérnímu postupu, ze kterého následně profituje nejen samotný zaměstnanec, ale také zaměstnavatel. Poskytnutí příležitosti a podpory k dalšímu vzdělávání ze strany zaměstnavatele je tedy zásadní (Armstrong, 2015, s. 333-334).

Ze získaných dat lze usoudit, že při řízení adaptačního procesu perioperačních sester na operačních sálech zdravotnická zařízení ve většině případů dodržují doporučení MZČR uvedené v metodickém pokynu pro řízení a ukončení adaptačního procesu NLZP (Věstník MZČR, 2009, s. 40-42).

8.2 Průzkumná otázka číslo 2

Jak začínající perioperační sestry v adaptačním procesu na operačních sálech subjektivně vnímají adaptační proces?

Pro získání dat k průzkumné otázce číslo dva byly vytvořeny otázky číslo 11, 12, 13 a 14.

V první řadě bylo zjišťováno, zda mají perioperační sestry možnost vyjádřit se ke spokojenosti s adaptačním procesem. Kladně odpovědělo 38 respondentek (76 %), záporně 12 respondentek (24 %). To lze hodnotit jako kladný ukazatel. Na tuto otázku navazuje otázka 12, v níž měly respondenty na číselné škále 5-1 (5 - maximální spokojenost, 1 - nespokojenost) vyznačit spokojenost s vedením AP. 44 % respondentek bylo spíše spokojeno, 34 % průměrně spokojeno a 16 % maximálně spokojeno. Pouze 3 respondenty (6 %) byly spíše nespokojeny. Z těchto výsledků lze usuzovat většinovou spokojenost našich respondentek s průběhem adaptačního procesu. Na spokojenost s průběhem AP se ve své diplomové práci zaměřila i Tereza Plhoňová s celkovým počtem 134 respondentů. Vyhodnocením průzkumu zjistila, že 57,47 % respondentů bylo spíše spokojeno a 24,63 % bylo průměrně spokojeno. Výsledky jsou tedy obdobné (Plhoňová, 2015).

S vnímáním adaptačního procesu výrazně souvisí také přijetí do kolektivu nově nastupujícího zaměstnance. Problematikou přijetí do kolektivu se zabývala otázka číslo 13 této diplomové práce. Respondentky byly dotazovány, zda se cítily či cítí dostatečně začleněny do kolektivu v průběhu AP. Větší polovina respondentek, celkem 54 %, odpověděla kladně. 42 % respondentek označilo, že se cítily začleněny až po určité době a nejčastěji doplnily, že plně začleněny do kolektivu se cítily po jednom až dvou měsících. Pouze 2 respondentky, tedy 4 %, se necítí začleněny do kolektivu. Význam přátelského prostředí vyzdvihuje také kvalitativní studie z roku 2022, do které se zapojilo 9 sester absolventek nastupujících do nemocničních zařízení v Irsku. Sběrem informací z jejich prožitých zkušeností během prvních 6 měsíců v novém zaměstnání vyšlo najevo, že přátelské a povzbuzující prostředí na novém pracovišti, které zároveň poskytne dostatečnou dobu na adaptaci, hraje nejdůležitější roli v udržení sester absolventek na pracovišti (Hardiman et al., 2022, s. 1, 11)

Pro získání přehledu o tom, co nově nastupující perioperační sestry vnímají jako podpůrného činitele v průběhu AP, byla sestavena otázka číslo 12. Zde měly respondentky možnost označit právě ty činitele, které jim v průběhu adaptačního procesu nejvíce pomohly. Označit mohly více možností nebo mohly doplnit činitele vlastní. Dle očekávání nejvíce volenou možností byl dobrý kolektiv (25 %). Druhým nejčastěji označovaným činitelem byla staniční sestra (22 %), školitel 19 %, samostudium 18 % a specializační vzdělání bylo označeno 11krát (9 %). Možnost doplnit vlastní podpůrného činitele využily dvě respondentky a uvedly vlastní snahu. K obdobným výsledkům dospěl i výzkum provedený v roce 2012, který ve své knize uvádí Marie Zítková (2015). Právě přátelský pracovní kolektiv označilo 28 % respondentů jako podpůrného činitele a osobnost školitele 17 % respondentů (Zítková, 2015, s. 113). Význam dobrého kolektivu v adaptačním procesu nového zaměstnance dokazují také výsledky výzkumného šetření diplomové práce Jaluvkové (2015). Ta se ve své práci věnovala problematice adaptačního procesu v povolání všeobecné sestry. Na otázku, co považují respondenti na adaptačním procesu za nejdůležitější, uvedlo 56,3 % respondentů, tedy více jak polovina, dobrý kolektiv (Jaluvková, 2015, s. 60).

Ze získaných výsledků lze konstatovat, že začínající perioperační sestry subjektivně vnímají adaptační proces kladně. Dobrý kolektiv a osobu školitele hodnotí jako ty nejdůležitější faktory, které ulehčují náročnou cestu v procesu adaptace.

8.3 Průzkumná otázka číslo 3

Jaký je stupeň pracovní zátěže začínajících perioperačních sester a je tato zátěž ovlivněna nejvyšším dosaženým vzděláním (specializací) v oboru perioperační péče?

Posledním cílem předkládané diplomové práce bylo zjistit míru zatížení začínajících perioperačních sester pracujících na operačních sálech (s praxí minimálně jeden rok) a zda je tato zátěž ovlivněna specializací v daném oboru. Pro hodnocení pracovní zátěže byl využit Meisterův dotazník pro hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku v aktuálním znění dle Židkové (2013).

Povolání perioperační sestry je řazeno do kategorie s nároky nejvyššími, a to jak v ohledu fyzické, tak i psychické zdatnosti (Jedličková, 2019, s. 17, 19). Stupeň pracovní zátěže u obou skupin průzkumného souboru této práce byl klasifikován na stupeň zátěže 1. Ten je přesně popsán následovně: „*Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).*“ (Židková, 2013). Výsledky klasifikace stupně pracovní zátěže perioperačních sester v adaptačním procesu se při porovnání výsledků jiných výzkumů neliší od stupně zátěže perioperačních sester s určitou dobou praxe. Hubáčková (2020) ve své diplomové práci zkoumala pracovní zátěž u 108 perioperačních sester napříč různými obory také s využitím standardizovaného Meisterova dotazníku. I zde byla pracovní zátěž klasifikována na úrovni 1. V diplomové práci Odložilíkové (2019), která se zabývala psychickou zátěží u 80 perioperačních sester se však ukázalo, že v případě, kdy respondentky hodnotily pracovní zátěž subjektivně pomocí škály, byly výsledky horší než výsledky, které vyplynuly z hodnocení Meisterova dotazníku. Zde bych uvedla návrh pro další zkoumání pracovní zátěže začínajících perioperačních sester, a to z pohledu subjektivního právě pomocí hodnotící škály.

Za příhodné k tématu považuji zmínit i následující zjištění. Poláková (2016) ve své diplomové práci zkoumala pracovní zátěž u sester v perioperační péči. Jedním z cílů bylo zjistit, zda je zátěž ovlivněna délkou praxe. U celkového počtu 210 respondentů nebyl shledán statisticky významný rozdíl ve výskytu pracovní zátěže u perioperačních sester služebně mladších a u sester služebně starších. Hranice praxe u služebně mladších sester byla stanovena do tří let (Poláková, 2016).

Na základě porovnání středních hodnot mediánů jednotlivých položek z dotazníku bylo dosaženo kritické hodnoty obou skupin u položek 1 – časová tíseň, 3 – vysoká odpovědnost a

9 – únava. K přesáhnutí hodnoty kritického mediánu došlo u obou skupin pouze u položky 10 – dlouhodobá únosnost. Dosažení kritických hodnot u časové tísně, vysoké odpovědnosti a únavy nejspíše vychází z povahy práce na operačním sále. Ošetřovatelská péče poskytována pacientům na operačních sálech během operačního výkonu je řazena mezi ty nejrizikovější. Časová tíseň přirozeně vyplývá z množství akutních výkonů, kdy pro záchranu pacienta je často nutnost spěchu. Vysoká odpovědnost zejména pro perioperační sestry vychází z náplně práce. Jedním ze zásadních úkolů perioperační sestry před i v průběhu operačního výkonu je kontrola počtu použitého materiálu, nástrojů a hlášení souhlasu či nesouhlasu operatérovi. Chyba v těchto počtech může pacienta zásadně ohrozit na životě. Únava personálu a dlouhodobá únosnost, nejen na operačních sálech, vyplývá z často probíraného tématu nedodržování limitů pro celkovou fyzickou zátěž (přesčasy) nařízených Vládou ČR (č.361/2007 Sb.). Limity jsou často překračovány i v rovině psychické zátěže a vyplývají z tempa práce, které často bývá vnučené. Dalšími rizikovými faktory jsou práce v noci a specifika pracovního provozu (nejčastěji nepřetržitý a třísměnný provoz) (Svoboda, 2024, s. 43-52).

I u porovnání dosažených a překročených kritických hodnot mediánu lze konstatovat, že získané výsledky začínajících perioperačních sester v adaptačním procesu se výrazně neliší od již publikovaných diplomových prací, které se zabývaly také tématem pracovní zátěže perioperačních sester (bez ohledu na věk či délku praxe). Jak v práci Hubáčkové (2020), tak v práci Polákové (2016) kritických hodnot mediánu bylo dosaženo u položek časové tísně, vysoké zodpovědnosti, únavy a překročena hodnota byla u položky dlouhodobá únosnost jako je tomu u souboru respondentů této diplomové práce.

Statisticky testovaným cílem této diplomové práce bylo, zda je pracovní zátěž začínajících perioperačních sester v adaptačním procesu ovlivněna nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru perioperační péče. Respondentky byly proto rozděleny do dvou kategorií. Do první kategorie se řadily ty respondentky, které absolvovaly nebo nyní absolvují specializační studium v perioperační péči. Do druhé ty respondentky, které specializační studium dosud neabsolvovaly. První kategorie čítala 18 respondentek a druhá 16. U obou skupin byla dodržena podmínka minimálně roční praxe, která vychází z daných kritérií pro hodnocení Meisterova dotazníku (uvedeno v kapitole 6.1.2). Stupeň zátěže, jak je již zmíněno výše, byl u obou skupin klasifikován na první úrovni. Na základě statistického zpracování dat na hladině významnosti 5 %, nebyla zamítnuta nulová hypotéza, tudíž mezi vlivem pracovní zátěže na psychiku u VS/PA se specializací a u VS/PA bez specializace nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

K obdobnému závěru došla také studie provedena v Číně v prosinci roku 2022 pomocí dotazníkového šetření. Tato studie sledovala úroveň psychického zdraví a pracovní zátěže u 171 perioperačních sester. I zde bylo prokázáno, že pohlaví, úroveň vzdělání či rodinný stav nemají statisticky významný vliv na míru pracovní zátěže a stresu (Ling Wei et al., 2022, s. 1-6).

I přes výše uvedené výsledky nelze podceňovat náročné období v začátcích kariéry perioperační sestry na operačních sálech. Studijní programy, které nabízí komplexní perioperační ošetrovatelské vzdělání a také dobře nastavené adaptační programy na operačních sálech, jsou cestou k získání nové generace kvalitních a kompetentních perioperačních sester. Podpora začínající perioperační sestry nejen v zaměstnání v rámci adaptačního programu, ale také podpora v navyšování úrovně vzdělání, je dobrou investicí, ze které bude prospívat nejen samotná perioperační sestra, ale také dané zdravotnické zařízení. Zisk vzdělaných perioperačních sester má pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče a se stoupající kvalitou péče stoupá i bezpečnost pacientů na operačních sálech (Nijkamp et al., 2023, s. 1-3).

Limity průzkumného šetření

Výsledky této diplomové práce jsou limitovány malým počtem respondentů zařazených do průzkumného souboru. Dalším limitem je, že průzkumné šetření probíhalo v 6 zdravotnických zařízeních státního typu pouze na území města Prahy, proto nelze výsledky zobecnit na celou populaci perioperačních sester v České republice. I přes limitace zejména v průzkumné části této práce by získaná data mohla posloužit zdravotnickým zařízením ke zefektivnění průběhu adaptačního procesu perioperačních sester. Je důležité, aby celý AP vedl nejen ke spokojenosti zaměstnance, ale také samotného zaměstnavatele a vyústil v získání kvalitní, vzdělané a kompetentní perioperační sestry, která bude ve svém zaměstnání spokojená po dlouhou dobu. Další šetření v této problematice by bylo adekvátní rozšířit větším souborem respondentů a zkoumat tuto problematiku i v jiných regionech republiky.

9 ZÁVĚR

Cílem předkládané diplomové práce, jak napovídá její název, bylo popsat problematiku adaptačního procesu perioperačních sester na operačních sálech se zaměřením na začínající perioperační sestry (praxe od 3 měsíců do dvou let), které adaptačním procesem procházejí. Dalším dílčím cílem bylo zjistit míru pracovní zátěže v začátcích jejich kariéry v perioperační péči a porovnat, zda je tato zátěž ovlivněna nejvyšším dosaženým vzděláním v tomto oboru.

Na počátku průzkumného šetření byly stanoveny tři průzkumné otázky a jedna průzkumná hypotéza vztahující se k určení vztahu mezi pracovní zátěží a získanou specializací v oboru perioperační péče. Pro průzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda šetření s využitím dotazníku, který se skládal ze dvou částí. První část byl nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby a v druhé části byl použit standardizovaný Meisterův dotazník k hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku v aktuálním znění dle Židkové (2013).

Prvním dílčím cílem průzkumné části bylo zmapovat průběh adaptačního procesu na operačních sálech. Analýzou získaných dat z první části nestandardizovaného dotazníku bylo zjištěno, že zdravotnická zařízení ve většině případů dodržují doporučení daná MZČR o průběhu a ukončení adaptačního procesu NLZP (Věstník MZČR, 2009, s. 40-42). Zjišťována byla zejména délka adaptačního procesu, přidělení školitele, osoba školitele a také zda a zároveň jak často, probíhá průběžné hodnocení nového pracovníka.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat subjektivní vnímání adaptačního procesu začínajícími perioperačními sestrami. Respondentky ve velké míře mají možnost vyjádřit se k průběhu adaptačního procesu na svém pracovišti a na škále subjektivní spokojenosti s průběhem adaptačního procesu převažovala průměrná spokojenost až spokojenost. Důležitým faktorem v začátcích kariéry je také přijetí do pracovního kolektivu, jak bylo zmíněno již v kapitole teoretické části této diplomové práce. Svůj velký význam má v adaptaci nového pracovníka i kvalita interpersonálních vztahů, protože člověk, který nebyl přijat do pracovního kolektivu, nebude dosahovat tak kvalitních výkonů (Šimonová, 2014, s. 31). Zde se ukázalo, že větší polovina respondentek, celkem 54 % bylo přijato do kolektivu ihned a 42 % respondentek označilo, že se cítily začleněny po určité době (nejčastěji po jednom až dvou měsících). Pouze dvě respondentky (4 %) odpověděly, že se necítí začleněny do kolektivu.

Třetím a zároveň posledním dílčím cílem bylo zjistit stupeň pracovní zátěže začínajících perioperačních sester a jestli je tato zátěž ovlivněna nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru perioperační péče. Pro potřeby získání dat k tomuto cíli byl použit standardizovaný Meisterův

dotazník. Pracovní zátěž byla hodnocena jen u respondentek s minimálně roční praxí na OS (celkem 34 respondentek), což vyplývá z podmínek použití standardizovaného Meisterova dotazníku. Pracovní zátěž byla u začínajících perioperačních sester klasifikována na úrovni 1, s převažujícím zatížením u položek časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava a dlouhodobá únosnost.

Pro tento dílčí cíl byla stanovena výzkumná hypotéza, zda existuje statisticky významný rozdíl vlivu pracovní zátěže na psychiku u VS/PA se specializací a u VS/PA bez specializace. U zkoumaného souboru nebyl prokázán statisticky významný vliv specializačního vzdělání na pracovní zátěž začínajících perioperačních sester. Zvolená hladina významnosti byla 5 %.

Stanovené cíle této diplomové práce byly splněny.

Téma diplomové práce jsem si zvolila na základě osobní zkušenosti. Sama jsem v průběhu zpracovávání této práce procházela adaptačním procesem na operačních sálech. Mohu potvrdit, že adaptační proces probíhal až na pár nedostatků, tak jak by měl. Podpora ze strany kolegyně a vedení byla v tomto období pro mě nejdůležitější. Dále mohu potvrdit, že na základě získaných znalostí v průběhu studia specializace v porodní asistenci – perioperační péče, jsem si v mnoha krizových situacích, které mě při práci potkávají sama sebou jistější. Jsem velice ráda, že ve velké většině případů jsou zkušenosti začínajících perioperačních sester našeho průzkumného souboru s vedením AP ve vybraných zdravotnických zařízeních podobné. Je určitě důležité věnovat pozornost spokojenosti sester v adaptačním procesu, aby na daném pracovišti byly spokojené a vykonávaly svou práci kvalitně po dlouhou dobu.

9.1 Doporučení pro praxi

Výsledky této diplomové práce mohou posloužit zdravotnickým zařízením v identifikaci podpůrných činitelů v průběhu adaptačního procesu nových pracovníků. Zaměřit se na interpersonální vztahy a osobnost školitele. Při nedostatku personálu je určitě pro organizace nežádoucí, aby přicházeli o nové a motivované zaměstnance vlivem nepřátelského prostředí. Je samozřejmé, že náročná práce ve zdravotnictví může být tak vyčerpávající, že ne vždy je možné vlídné prostředí udržet. Avšak udržení nových pracovníků na daném úseku je v zájmu i samotných perioperačních sester, sníží se tím podstava a i přesčasy. Dobré pracovní vztahy by sám zaměstnavatel či vedoucí pracovník mohl podporovat pořádáním společných akcí. Dále je nutno klást důraz na přidělení adekvátního školitele, který je dostatečně kompetentní a nebude tuto funkci vykonávat z donucení a nechutí.

Dále by výsledky této práce mohly být impulzem pro nepodceňování pracovní zátěže i u mladých začínajících sester. Jak se ukázalo i mladý organismus je ohrožen negativním vlivem pracovní zátěže na psychiku a pro jejich eliminaci by zaměstnavatel mohl přispět například poskytnutím příspěvku na rekreační či lázeňské pobyty. I když nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pracovní zátěží VS/PA se specializací a VS/PA bez specializace, určité rozdíly v porovnávání aritmetických průměrů mezi těmito skupinami byly. Proto by zisk dalšího vzdělání měl být nejen v zájmu samotného pracovníka, ale také zaměstnavatele. Umožnění a podpora zisku dalšího vzdělávání by tedy pro vedoucí pracovníky i celé organizace mělo být jednou z priorit.

10 POUŽITÁ LITERATURA

ARMSTRONG, Michael a TAYLOR, Stephen. *Řízení lidských zdrojů. Moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.

BĚLOHLÁVEK, František. *Jak vést rozhovory s podřízenými pracovníky*. 2., rozšířené vydání. Manažer. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0433-8.

ČESKO, 2022. VYHLÁŠKA 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbirka zákonů České republiky. 2022. Dostupné také z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/07/55-2011-aktualni-zneni.pdf>.

EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION (EORNA), 2019. Common core curriculum for perioperative nursing. 3. vydání. [online]. EORNA [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative--Nursing-Third-Edition-2019.pdf>

FONTANA, David. *Stres v práci a v životě*. Praha: Portál s.r.o, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

HARDIMAN, Michele; WATKIN, Judy; BELMONTE HECTOR, Barbosa; HENEGHAN, Nicola a MCHUGH, Michelle. Happy, excited, terrified' feelings from the floor: a phenomenological inquiry into the lived experiences of nurses who transition from student to registered nurse. Online. *International Practice Development Journal*. 2022, roč. 12, č. 2, s. 1-13. Dostupné z: <https://doi.org/10.19043/ipdj.122.005>. [cit. 2024-04-15].

HENDL ET AL., Jan. *Základy matematiky, logiky a statistiky pro sociologii a ostatní společenské vědy v příkladech*. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5400-3.

HENDL, Jan a REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.

HUBÁČKOVÁ, Denisa. *Psychická zátěž u perioperačních sester*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Markéta Paprštejnová, PhD. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2020. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76098/HubackovaD_PsychickaZatez_MP_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

HUDCOVÁ, Lenka. Role sestry manažerky na usnadnění adaptačního procesu nově nastupující sestry na oddělení ARO, JIP. Diplomová práce, vedoucí PhDr. Andrea Hudáčková. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011. Dostupné také z: https://theses.cz/id/40cbu3/Role_sestry_manaerky_na_usnadnn_adaptanho_procesu_nov_nas.pdf.

IHNÁT, Peter. Základní chirurgické techniky a dovednosti. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0334-8.

JALUVKOVÁ, Klára. *Adaptační proces v povolání všeobecné sestry*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, 2015. Dostupné také z: https://theses.cz/id/8mu2oa/Jaluvkova_Klara_Adaptacni_proces_v_povolani_VS.pdf.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KUSWANTORO, Putra Rusca; HERIANDI, Sutadi; SETYOWATI, Setyowati a SRI TUTIK, Hariyati. The impact of nurse manager caring behaviors and work environment on burnout syndrome among nurses. Online. *KONTAKT - Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*. 2021, roč. 23, č. 2, s. 90-96. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2021.019>. [cit. 2024-04-21].

LEBLANC, Lise. *Sebepéče pro pečující: průvodce vědomou péčí*. Přeložil Veronika ŠILAROVÁ. Praha: Alferia, 2021. ISBN 978-80-271-1395-8.

LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2466-4.

LINDFORS, Kirsi; MERETOJA, Riitta; KAUNONEN, Marja a PAAVILAINEN, Elja. Preceptors' perceptions of the elements of a successful and an unsuccessful orientation period for newly graduated nurses. Online. *Journal of Nursing Management*. 2018, roč. 2018, article

26(3), s. 256-262. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.12541>. [cit. 2024-04-15].

LING, Wei; ZHENSHAN, Guo; XUE, Zhang; YANBIN, Niu; XIUMEI, Wang et al. Mental health and job stress of nurses in surgical system: what should we care. Online. *BMC Psychiatry*. 2023, roč. 23, č. 871, s. 1-6. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>. [cit. 2024-04-21].

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

MORAVCOVÁ, Markéta; HLAVÁČKOVÁ, Eva a HOLÁ, Jana. Zkušenosti všeobecných sester s podmínkami výkonu profese v českých nemocnicích. Online. *Health & Caring*. 2022, roč. 1, č. 1, s. 1-15. ISSN 2788-0931. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.46585/hc.2022.1.1739>. [cit. 2024-04-23].

NIJKAMP, Nick; CALLEJA, Pauline a SAHAY, Ashlyn. Bridging the gap: Preparing and nurturing perioperative nurses. Online. *Journal of Perioperative Nursing*. 2023, 36(4), s. 1-3. Dostupné z: <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1279>. [cit. 2024-04-21].

ODLOŽILÍKOVÁ, Markéta. *Pracovní zátěž v perioperační péči*. Diplomová práce, vedoucí PhDr. Magda Taliánová, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2019. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73712/OdlozilikovaM_PracovniZatez_MT_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OCHRANA, František. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Univerzita Karlova, Praha: Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4200-0.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření-jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta Publishing s.r.o, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PLEVOVÁ A KOLEKTIV, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLHOŇOVÁ, Tereza. *Adaptační proces sester pracujících na oddělení intenzivní péče*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Eva Prošková. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2015. Dostupné také

z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/66096/DPTX_2013_1_11110_0_393_811_0_142437.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

POLÁKOVÁ, Ivana. *Pracovní zátěž u sester v perioperační péči*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2016. Dostupné také z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/34531/Diplomova_prace_Polakova.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

SOVOVÁ, Eliška; SOVOVÁ, Markéta a SOVA, Milan. *Primární prevence v praxi – projekt 5S*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6262-2.

SVOBODA, Tomáš. Zdravotnická přístrojová technika. In: JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; SVOBODA, Tomáš a WICHISOVÁ, Jana. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. s. 116-130. ISBN 978-80-271-1727-7.

SVOBODA, Tomáš. Rizika v perioperační péči. In: MIČUDOVÁ, Erna; JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; SVOBODA, Tomáš a OPÁLKOVÁ, Kateřina. *Management kvality a rizik perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2024, s. 43-64. ISBN 978-80-271-3461-8.

ŠIKÝŘ, Martin. *Personalistika pro manažery a personalisty*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5870-1.

ŠIMONOVÁ, Hana. Adaptační proces na jednotce intenzivní péče. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, roč. 2014, č. 18, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I – pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

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

TEGZE, Jan. *Jak hledat zaměstnance v 21. století: techniky moderního recruitmentu*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0551-9.

TUČEK, Milan a SLÁMOVÁ, Alena. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 2., doplněné vydání. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3932-1.

UNIVERZITA PARDUBICE. *Pravidla přijímacího řízení pro akademický rok 2023/2024 do navazujících magisterských studijních programů*. Pardubice, 2022. Dostupné také z: https://fzs.upce.cz/sites/default/files/public/moko3449/23-24_smernice_c.7_2022_nmgr_podminky_prijimaciho_rizeni_192677.pdf?_ga=2.180612711.1765740114.1693061192-1633794488.1670775555.

URBAN, Jan. *Přestaňte se v práci stresovat: 44 doporučení pro ty, kteří nechtějí práci obětovat zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5820-6.

VĚSTNÍK MZČR: *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009, ročník 2009, číslo 5. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/3628/36956/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%206-2009.pdf>.

VĚSTNÍK MZČR: *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru PORODNÍ ASISTENTKA – PERIOPERAČNÍ PÉČE*. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021, ročník 2021, číslo 3. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Vestnik-MZ_3-2021.pdf

VĚSTNÍK MZČR: *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – PERIOPERAČNÍ PÉČE*. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, ročník 2020, číslo 5. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf

WICHSOVÁ, Jana; PŘIKRYL, Petr; POKORNÁ, Renata a BITTNEROVÁ, Zuzana. *Sestra a perioperační péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

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

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Zdeňka Židková PSVZ*. Online. 2013. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>. [cit. 2024-04-16].

11 PŘÍLOHY

Příloha 1- Dotazník.....	83
--------------------------	----

Příloha 1

Dotazník

Dobrý den, vážené kolegyně a vážení kolegové

Jmenuji se Sabina Nádvorníková a jsem studentka 2. ročníku magisterského studia Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže přiloženého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem **Adaptační proces perioperačních sester na operačních sálech**. Výzkumné šetření je kvantitativní a pro sběr dat jsem zvolila dotazník, který se skládá ze dvou částí. První část je dotazník vlastní konstrukce a pro druhou část je použit standardizovaný Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže. Dotazník je zcela anonymní, informace získané prostřednictvím tohoto dotazníku budou využity pouze pro účely zpracování výzkumné části této diplomové práce. Vyberte vždy jednu pro Vás nejvíce vyhovující odpověď, případně doplňte slovy, pokud není uvedeno jinak. Přibližný čas vyplnění obou dotazníků je 25 minut.

Výzkumné šetření a analýza dat této diplomové práce umožní vytvořit návrh na ideální nastavení adaptačního procesu a bude tak přínosná pro všechny budoucí perioperační sestry, které čeká náročná cesta zapracování se v novém pracovním prostředí.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku a tím i za pomoc při zpracování této diplomové práce.

1. Uveďte Vaše pohlaví:

- A. žena
- B. muž

2. Uveďte Váš věk:

- A. 20–30 let
- B. 31–40 let
- C. 41–50 let
- D. 51-60 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené zdělání?

- A. střední odborné s maturitou
- B. vyšší odborné
- C. vysokoškolské bakalářské
- D. vysokoškolské magisterské

4. Jak dlouho pracujete na operačním sále?

.....

5. Absolvoval/a jste nebo nyní absolvujete specializační studium?

- A. ano
- B. ne

Pokud ano, uveďte konkrétně jakou specializaci a kde

6. Byl/a jste informována při nástupu na operační sál o délce a formě adaptačního procesu?

- A. ano
- B. ne
- C. pouze o délce
- D. pouze o formě

Pokud ano, uveďte délku adaptačního procesu

7. Kdo je/byl během adaptačního procesu Vaším školitelem?

- A. staniční sestra
- B. vedoucí směny daného dne
- C. přidělený mentor, školitel
- D. jiné, doplňte:

8. Jsou/byly součástí Vašeho adaptačního procesu i vzdělávací semináře, kurzy?

- A. ano
- B. ne

Pokud ano kolik jste jich absolvovala?

Byly organizovány zaměstnavatelem či v jiném zařízení (NCONZO, jiné zdravotnické zařízení, jiné)?

.....

9. Získáváte/získal/a jste v průběhu adaptačního procesu nejvíce informací od svého školitele?

- A. ano
- B. ne, doplňte tedy od koho:

10. Probíhalo/probíhá průběžné hodnocení adaptačního procesu s vedoucím pracovníkem?

- A. ano
- B. ne

Pokud ano, jak často?

11. Máte/měl/a jste možnost vyjádřit se ke spokojenosti s průběhem adaptačního procesu?

- A. ano
- B. ne

12. Na níže uvedené škále zhodnoťte osobní spokojenost s adaptačním procesem na operačních sálech:

(5 - maximální spokojenost, 1 - nespokojenost)

5 4 3 2 1

13. Cítíte/cítil/a jste se dostatečně začleněn/a do kolektivu během adaptačního procesu?
- A. ano, snaha kolegů byla znát okamžitě
 - B. ne ihned po nástupu, ale po určité době ano, doplňte prosím, jak dlouho po nástupu na operační sál:
 - C. ne, snaha nebyla a ani není znát
14. Co z uvedených možností Vám nejvíce pomohlo v adaptaci na nové pracovní prostředí operačních sálů? (můžete zaškrtnout více možností či doplnit)
- A. dobrý kolektiv
 - B. školitel
 - C. staniční sestra
 - D. vrchní sestra
 - E. samostudium
 - F. specializační vzdělávání
 - G. semináře a kurzy v rámci adaptačního procesu
 - H. jiné, prosím doplňte

Meisterův dotazník hodnocení pracovní zátěže

(dle Židkové 2013, dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>)

Pokyny: Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	5	4	3	2	1
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1

5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	4	3	2	1
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1