



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Jolana Kovaříčková

Pohled kvalifikovaných sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné
klinické praxe

Practicing Nurses' View Of Nursing Students In The Context Of Clinical Practicum

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 3. 2016.

JOLANA KOVAŘÍČKOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam

KOVAŘÍČKOVÁ, Jolana. Pohled kvalifikovaných sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné klinické praxe. [Practicing Nurses' View Of Nursing Students In The Context Of Clinical Practicum]. Praha, 2016. 65 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

ABSTRAKT

Východiska – uvedení do problému: Nezastupitelnou úlohu v přípravě studentů na budoucí povolání mají všeobecné sestry, které provází budoucí kolegy při nauce ošetrovatelských postupů a při osvojování si role všeobecné sestry.

Formulace cílů a výzkumných otázek: Základním výzkumným cílem (ZVO) je pohled a očekávání kvalifikovaných sester na studenty ošetrovatelství v rámci klinické odborné praxe. Na podkladě ZVO jsou stanoveny dílčí výzkumné cíle a otázky, které: mapují využívané strategie sester, pomocí nichž zapojují studenty do denního provozu klinického oddělení; identifikují způsoby a oblasti, kterými sestry hodnotí studenty; analyzují názor sester na samostatnost studentů oboru všeobecná sestra; hodnotí reakce sester na inovace, které jsou součástí výuky studentů a jsou vnášeny do klinické praxe; analyzují kompetence a charakteristiky, které sestry předpokládají pro jejich ideál „dobré sestry“.

Popis pužitých metod: Výzkum byl proveden na základě kvalitativního přístupu. Sběr dat byl realizován metodou focus group. Výzkumný vzorek vznikl na základě kombinace účelového a prostého náhodného výběru pomocí metody sněhové koule. Pomocí obsahové analýzy metodou otevřeného kódování vznikly základní kategorie a subkategorie.

Hlavní výsledky: Kategorie zabývající se výukovými strategiemi, profesionálním postojem sester ke studentům, hodnocením pasivního přístupu studentů, problematikou výuky studentů sestrami, rámcem hodnocení studenta, porovnáním studentů absolvující zdravotnického asistenta a bakaláře, reakcí sester na inovativní postupy studentů, reflexí praktické výuky již kvalifikovaných sester a posouzením zkušeností s rolí mentorky ošetrovatelství.

Závěr a doporučení: Je nezbytná participace sester mentorek ošetrovatelství, neboť nejednotný postoj sester ve vedení studentů ošetrovatelství zhoršuje vzájemnou spolupráci. Právě tato role zastoupí možná negativa, která informantky uvádějí a zlepšila by tak kvalitu výuky studentů v rámci klinické odborné praxe.

klíčová slova: student ošetrovatelství, klinická praxe, ošetrovatelský tým, vzdělávání sester, mentoring v ošetrovatelství

ABSTRACT

Irreplaceable role in preparing students for the future careers have nurses, who are accompanies their future colleagues during the teaching of nursing procedures and in adopting a role of nurse.

The bachelor work deals with evaluations of qualified nurses of nursing students in the context of clinical practice. The basic research target is the expectation of the qualified nurses to the nursing students. There are sectional research targets and questions, which maps the strategies, which qualified nurses use for easier collaborate with nursing students in the context of nursing practice; identified nurse's ways and areas, which they used for evaluation of nursing students; analysed the nurse's opinion for independence of nursing students; evaluated the reaction of nurses for innovation, which are the part of the lessons of nursing students; analysed competence and characteristics, which nurses assume for their ideal of "good nurse".

The research was based on a qualitative approach. The data were collected by using focus group. The research sample was based on combination of purpose and simple random selection method by using snowball. By the method of content analysis of open coding was formed some basic categories and subcategories.

The final condition are categories, that deals with teaching strategies, professional attitude of nurses, an evaluation of passive attitude of nursing students, the issue of time organization of cooperation with students, the scope of evaluations of students, comparing nurse from highschool and bachelors students, reaction of nurses on innovative practices of students, a nurse's reflection of practice training and assessment nurse's experience with the role of nursing mentor.

The participation of nursing mentors is necessary, because disunited attitude of nurses in guiding nursing students worsens mutual cooperation. This role of nursing mentors represented some negatives, which nurses reported and this role improved the quality of education for nursing students in the context of clinical practice.

keywords: student of nursing, clinical practise, nursing team, education of nurses, mentoring in nursing

Poděkování

Mé poděkování patří především Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek a pomoc při vzniku této práce. Touto formou bych ráda poděkovala své blízké rodině a mému příteli za velkou podporu a trpělivost při studiích. Také bych chtěla poděkovat informantkám za účast a spolupráci při realizaci výzkumu.

OBSAH

1	Úvod	8
2	Současný stav poznání zkoumané tematiky	10
2.1	Kvalifikační vzdělávání všeobecných sester v ČR	11
2.1.1	Legislativní rámec výkonu povolání všeobecná sestra	12
2.1.2	Kompetenční struktura výkonu povolání všeobecná sestra	13
2.2	Osobnostní vlastnosti a dovednosti studenta ošetrovatelství jako předpoklad výkonu profese sestry	15
2.2.1	Image a současné vnímání profese všeobecné sestry	18
2.2.2	Identifikace studentů ošetrovatelství s rolí všeobecné sestry	19
2.3	Utváření profesionální identity studentů ošetrovatelství v průběhu klinické odborné praxe	20
2.3.1	Nároky na studenta ošetrovatelství v kontextu klinické odborné praxe ..	23
2.3.2	Student ošetrovatelství jako člen zdravotnického týmu	23
2.4	Koncept mentoringu	25
2.4.1	Mentoring v ošetrovatelství	26
2.4.2	Úloha sestry mentorky ošetrovatelství na pracovišti ve vedení studentů ..	27
3	Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	29
3.1	Dílčí cíle výzkumného šetření	29
3.2	Dílčí výzkumné otázky	29
4	Metodologie výzkumu	30
4.1	Typ výzkumu a metoda získaných dat	30
4.2	Výzkumný vzorek	30
4.3	Sběr dat	31
4.4	Etické hledisko výzkumu	32
4.5	Metoda zpracování dat	32
4.6	Limity designu výzkumu	33
5	Analýza a interpretace dat	35
5.1	Kategorie: Výuková strategie – základ spolupráce se studentem ošetrovatelství ..	35
5.1.1	Kategorie: Profesionální postoj sester ke studentům ošetrovatelství	37
5.1.2	Kategorie: Pasivita aneb kámen úrazu	37
5.1.3	Kategorie: „ <i>Jsem tu pro Tebe</i> “ vždy neplatí	37
5.2	Kategorie: Rámec hodnocení úspěšného studenta ošetrovatelství	38
5.2.1	Kategorie: Zdravotnický asistent nebo bakalář	39
5.3	Kategorie: Neubližovat sobě a pacientům	40
5.4	Kategorie: Osobnostní rysy „dobré sestry“	41
5.4.1	Kategorie: „Co nechceš, aby druzí činili tobě, nečiň ty jim“	42
5.5	Kategorie: Role sestry mentorky ošetrovatelství	43
6	Diskuse	44
7	Závěr	51
8	Seznam použité literatury	53

Seznam zkratk

Přílohy

1 Úvod

Vzdělávání studentů nelékařských zdravotnických oborů se v posledních letech radikálně změnilo. V současné době je pro získání kvalifikace v oboru všeobecná sestra povinností absolvovat vysokoškolské vzdělání. K získání kvalifikace je potřebné absolvování vysokoškolského bakalářského studia anebo studia na vyšší odborné zdravotnické škole jako diplomovaný specialista.

Systém vzdělávání studentů v oboru všeobecná sestra lze rozlišit do tří úrovní. První úroveň je pregraduální systém vzdělávání, který je již v dnešní době nezbytnou podmínkou k získání kvalifikace a způsobilosti pro výkon povolání v oboru všeobecná sestra. Na této úrovni je výuka rozdělena na část teoretickou a část praktickou.¹ Avšak nepochybně se tyto dvě části výuky prolínají a doplňují. Cílem teoretické výuky studentů oboru všeobecná sestra je převedení získaných teoretických poznatků do praxe. K získávání vědomostí jsou studentům určeny nejen všeobecné, ale především odborné předměty. Praktickou část výuky studenti vykonávají v lůžkových a ambulantních zařízeních, a také v oblasti komunitní péče. Pro osvojení si praktických dovedností a získání komplexních schopností na pracovištích zdravotnického zařízení je zřejmé, že větší část hodin je věnována praktické výuce. Je přesně stanovený počet hodin, který musí studenti splnit. Díky takto nastavenému systému by měli být studenti ošetřovatelství kvalitně připraveni pro budoucí výkon práce všeobecné sestry. Při absolvování prvních hodin praktického výcviku je přítomen odborný asistent, který provází studenty ošetřovatelství prvními kroky jejich praxe. Nezastupitelnou úlohu však mají všeobecné sestry na daném oddělení, které provází budoucí kolegy při ošetřovatelských postupech a osvojování si role všeobecné sestry po zbytek studií praktické výuky. Každý student je nucen se aklimatizovat a socializovat na daném oddělení co nejrychleji, tak aby se mohl aktivně zapojit do ošetřovatelského týmu sester na pracovišti a vykonávat úkoly zadané ošetřovatelským personálem, včetně směřování studenta k poskytování kompetentní a komplexní ošetřovatelské péče. Naplnění tohoto úkolu je leckdy obtížné, neboť ošetřovatelský personál některých oddělení není nakloněn k začlenění studenta, jako k plnohodnotnému členu multidisciplinárního týmu.

Na základě svých vlastních prožitých zkušeností se domnívám, že téměř každý student, který absolvuje praktickou výuku, se setkává jak s pozitivním, tak s negativním přístupem ošetřovatelského personálu. A právě negativní přístup již kvalifikovaných sester ke studentům může způsobit jejich demotivaci k výkonu povolání a pokračování ve studiu. Každý z nás má určitý charakter a osobnostní vlastnosti, které předurčují naši komunikativnost, schopnost řešit a vyrovnávat se zátěží či dokonce konfliktními situacemi a efektivně se adaptovat na nové pracovní prostředí. Nepochybně většinu z těchto dovedností využívá také student ošetřovatelství k začlenění se do nového pracovního kolektivu v průběhu realizace odborné praxe. Avšak je individuální do jaké míry je student schopen využít těchto vlastností a vytvořit si tak příjemné prostředí na pracovištích nemocničních oddělení. Již během studia jsem se setkala se studenty, kteří v důsledku

¹ Jsem si vědoma, že takovéto dělení výuky je velmi zjednodušující a schematické. Podrobnějšímu popisu výuky se věnuji v následujících kapitolách.

nevhodného chování, komunikace a přístupu sester ke studentům na praxích opustili studium ošetrovatelství.

Cílem této práce je zmapovat pohled sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu klinické odborné praxe. Objasnit očekávání kvalifikovaných sester od studentů oboru všeobecná sestra a také prostředí klinické praxe, jež má svá specifika a odlišnosti, které, dle mého předpokladu, budou také spoluurčovat a determinovat charakter komunikace a celkovou kvalitu a efektivitu spolupráce sester se studenty, včetně jejich hodnocení, ale také strategií, které kvalifikované sestry používají pro snazší spolupráci se studenty v kontextu odborné praxe. Rozhodla jsem se tuto problematiku výzkumným šetřením podložit a případně implementovat nové poznatky, které by budoucím studentům ošetrovatelství, budoucím všeobecným sestram, pomohly snadněji se začlenit do kolektivu sester na pracovišti již během studia.

2 Současný stav poznání zkoumané tematiky

Za účelem zmapování úrovně zpracování zkoumané tematiky v odborných ošetrovatelských zdrojích jsem zpracovala review. V září 2015 jsem využila a prohledala licencované a volně dostupné elektronické databáze. Vyhledávala jsem informace na Web of Science, Google Scholar a PubMed. Výše uvedená klíčová slova byla hlavním kritériem pro výběr textů zkoumané tematiky. Nastavila jsem si filtry, které eliminovaly vysoké počty nalezených prací, a to: omezení anglickým a českým jazykem a vyhledávání od roku 2006. Dále výběr textů jsem omezila na elektronické články a review, které byly volně dostupné a možné ve „full-textovém“ zobrazení. Z nalezených 70 zdrojů jsem pomocí modulace klíčových slov a podrobného prozkoumání odpovídajících názvů zdrojů a jejich abstraktů použila 6 zdrojů. Zbylé zdroje byly podrobeny kritickému posouzení a byly vyřazeny, neboť se nevztahovaly anebo přímo neodkazovaly k požadované tematice. Pro vyhledání vyššího počtu článků dané problematiky jsem zažádala o vypracování rešerše v Národní lékařské knihovně. Výsledným stavem je 8 relevantních zdrojů.

Článek s názvem: *The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments*. (Bally, 2007) prezentuje informace, které demonstrují význam vzájemných vztahů mezi pojmy mentoring, organizační kultura a ošetrovatelské vedení. Kvalitativní výzkum autorů Dale B., Leland a Dale JG, 2013: *What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: Bachelor students' perceptions* poukazuje na důležité podmínky spolupráce a vzájemné interakce studentů ošetrovatelství² a kvalifikovaných sester³, mezi které patří individuální, vztahové a organizační aspekty. Tyto podmínky podporují vhodné učební prostředí a motivaci studentů v rámci klinické odborné praxe. Pocit přivítání, zapojení a ohodnocení v kolektivu sester na oddělení zlepšuje motivaci, sebevědomí a sebeúctu studentů. *Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: what 'support' do nurses at the bedside need?* (Henderson a Eaton, 2013) je článkem, který pojednává o důležitosti sester, které zaujímají roli učitele, „přítele“, či mentora, jež jsou klíčovými postavami pro studenty. Zdůrazňuje tak efektivitu klinického učení, snažší asimilaci studentů do kolektivu a důležitost tzv. učebních průvodců, kteří podporují studenty či absolventy oboru

ošetrovatelství. Článek s názvem: *Towards making a difference through a university-TAFE*

partnership: mentoring potential teacher aides. (Hudson, Peter B., Hudson, Suzanne M. a Mayne, 2010) je studií, která zobrazuje postupy a strategie, úlohu a osobní atributy mentora ve vztahu ke studentům. *Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland* (Chesser-Smyth a Long, 2013) je další kvalitativní studií, která zaznamenává především rozvoj sebevědomí studentů

² V celém textu práce je používán mužský rod slova *student*. Je zřejmé, že tento status zastupují i ženy, tedy *studentky*. Také je v celé práci pod pojmem *student* míněn *student ošetrovatelství*.

³ V celém textu práce je pro pojem *kvalifikovaná všeobecná sestra* používáno zkráceně slovo *sestra*.

v kontextu klinické praxe. Zabývá se situacemi, kdy sebevědomí kolísá, a kdy naopak vzrůstá. *Constructing a nursing identity within the clinical environment: The student nurse experience.* (Walker, Dwyer, Broadbent, Moxham, Sander a Edwards, 2014) zobrazuje pět klíčových prvků, které konstruují a zároveň usnadňují vývoj studentské identity. Mezi tyto aspekty patří: pozitivní vzor, pocit sounáležitosti, vzájemná podpora, schopnosti kritického myšlení a sebevědomí. Výsledky této studie jsou důležité jak pro studenty, tak pro učitele a mentory, kteří tyto studenty vedou v průběhu klinické odborné praxe. Poslední kvalitativní studie: *An evaluation study of a mentoring program to increase the diversity of the nursing workforce* (Wilson, Sanner a McAllister, 2010) popisuje, jakým způsobem mentoring zajišťuje vyšší úspěšnost studentů. Také charakterizuje roli mentora.

2.1 Kvalifikační vzdělávání všeobecných sester v ČR

V posledním století prošel systém kvalifikačního vzdělávání sester v České republice několika změnami. Tyto změny formují zdravotnictví, zvyšují úroveň a požadavky na profesionální přípravu sester. Jsou také podnětem pro jejich kompetence. Vysokoškolské vzdělávání v oboru ošetrovatelství je procesem, v kterém student získává a rozvíjí své schopnosti a dovednosti. Obor ošetrovatelství reaguje na nové poznatky v oblasti léčby a prevence onemocnění. (Kutnohorská, 2010)

Vysokoškolské vzdělávání všeobecných sester v České republice je zapojeno do systému vzdělávání sester v Evropské unii. Tento systém vymezil dva základní cykly, a to pregraduální a postgraduální. První cyklus je vymezený na dobu tří let, jehož ukončením, tedy získáním titulu bakalář (Bc.), nabyde sestra platnost kvalifikace, kterou lze uplatnit z hlediska evropského trhu práce. Druhý cyklus lze absolvovat pouze po splnění podmínek prvního cyklu. Tato vyšší úroveň vede k dosažení magisterského titulu (Mgr.), který je vymezen studiem po dobu dvou let a poté doktorského studia, které je ukončeno titulem PhDr. (Jarošová, 2006)

Obecně je celkový plán studijního programu pro sestry podle Strategických dokumentů pro všeobecné sestry a porodní asistentky II (2002, s. 26) koncipován do tří složek, a to „*struktura, proces a výsledky*“. Struktura studijního programu poukazuje na logickou návaznost, která má zaručit propojení teoretických znalostí s praktickými dovednostmi a jejich uplatnění. Druhá složka, proces, vypovídá o dosažení postupného přijímání odpovědnosti, která se uskutečňuje na základě integrace školních znalostí se získáním zkušeností z praktického výcviku. Toto propojení je závislé na přijetí přístupu orientovaného na studenta. Výsledky, jako poslední složka celkového plánu studijního programu pro všeobecné sestry, vymezují dosažení způsobilosti v praxi, tedy úroveň připravenosti v primární, sekundární a terciální oblasti zdravotnické péče, společně s přípravou k získání bakalářského titulu. Studijní programy pro sestry jsou koncipovány tak, aby si studenti osvojili základní znalosti, dovednosti a porozumění ve své profesi. Seznámili se s hodnotami, které prostupují profesi sestry, získali schopnosti analytického a kritického myšlení, které mohou aplikovat v praxi.

Studijní program Všeobecná sestra je na vysokých školách realizován v oboru Ošetrovatelství. Hlavní oblastí studijního programu Všeobecná sestra je teorie a praxe

v ošetrovatelství, z které se následně profilují další učební obory⁴. Výsledky studijního programu pro sestry mají jasně danou strategii, která vede studenty ke způsobilosti plnění role a funkce sestry. (Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, 2002)

2.1.1 Legislativní rámec výkonu povolání všeobecná sestra

Legislativní rámec k nabytí kvalifikace sester se váže k platnému zákonu 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti, která souvisí s poskytováním zdravotní péče, a o změně některých souvisejících zákonů, také zkráceně jako zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Od roku 2004 je Česká republika členem Evropské unie. Tento vstup přináší mnoho změn, které se týkají i vzdělávání sester. Než nastaly tyto změny, k výkonu povolání sestry bez odborného dohledu bylo dostačující absolvovat střední zdravotnickou školu. Po roce 2004 se vzdělávání sester změnilo na studium na vysokých školách. Střední zdravotnické školy připravují v současnosti studenty pro výkon profese zdravotnických asistentů.

Pro výkon povolání sestry musí jedinec splňovat určité podmínky, které jsou právně dané. Mezi tyto požadavky patří odborná způsobilost, kterou jedinec získává po absolvování 3letého studia na akreditovaných školách, jako jsou VOŠZ a VŠ. Po ukončení nabývá titulu diplomované sestry nebo absolvováním oboru všeobecná sestra na VŠ, jejímž výstupem je bakalářský titul. (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

Způsobilost se dle Strategických dokumentů pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2002, s. 21) definuje jako „*struktura dovedností založených na znalostních, postojových a psychomotorických prvcích*“. Definicí způsobilosti lze tedy vysvětlit jako soubor znalostí a dovedností a postojů, které vedou k efektivní a bezpečné péči o pacienta bez přímého dohledu. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních dále stanovuje požadavek trestní bezúhonnosti. Posledním požadavkem uvedeným v aktuálně platné legislativě je zdravotní způsobilost, kterou zdravotnický pracovník a jiný odborný pracovník dokládá na základě lékařské prohlídky. (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

Výuka studentů absolvující obor všeobecné sestry se řídí Vyhláškou 129/2010 Sb., která 23. dubna 2010 byla pozměněna a novelizována Vyhláškou 39/2005 Sb., kterou se stanovují minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Za účelem získání kvalifikace pro výkon profese sestry studenti absolvují akreditovaný studijní nebo vzdělávací program. Studium je rozdělené do jednotlivých modulů v rámci tří let, v nichž studenti na základě absolvování jednotlivých předmětů, které saturují poznatky jednotlivých medicínských, humanitních a ošetrovatelských oborů, získávají odborné kompetence a způsobilost pro výkon profese. Mezi základní výčet jednotlivých předmětů patří anatomie, patologie,

⁴ Učební obory navazující na obor ošetrovatelství jsou popsány v kap. 2.1.1

fyzologie, mikrobiologie, biofyzika, biochemie a další. Jedná se o předměty, které tvoří obecný základ potřebný k poskytování všeobecné ošetrovatelské péče. Stěžejními předměty výuky ošetrovatelství a klinických oborů jsou ošetrovatelství a jeho historie, etika a také charakter ošetrovatelství. Dále vědomosti o obecných zásadách péče o zdraví, zásady komunitní péče, péče o pacienty u praktického lékaře. Ošetrovatelství interní, chirurgické, pediatrické, gynekologicko-porodnické, apod. V neposlední řadě studenti získávají vědomosti o sociální sféře a dalších souvisejících oborech. Mezi základní výčet těchto předmětů patří sociologie, psychologie, pedagogika a edukace a základy informatiky, statistiky a metodologie výzkumů. Studenti získávají znalosti a dovednosti, jejímž obsahem je etika při výkonu zdravotnického povolání, administrativní dovednosti, tedy činnosti související s vedením zdravotnické dokumentace, nejen v tištěné, ale i elektronické verzi. Studenti získávají při studiu znalosti managementu a ekonomie zdravotnictví, vědomosti a dovednosti o podpoře a ochraně veřejného zdraví, preventivních opatřeních a intervencích, souvisejících s prevencí infekcí a nozokominálních nákaz. Součástí každého zdravotnického oboru je znalost a především dovednost první pomoci v mimořádných a život ohrožujících situacích. Také důležitou kompetencí je právní povědomí a znalosti při poskytování zdravotní péče. Studium prezenční formy oboru ošetrovatelství je rozloženo na minimálně 4 600 hodin teoretické a praktické výuky. Z tohoto počtu hodin se nejméně 2 300 – 3 000 hodin vykonává klinická odborná praxe, která je zajišťována v prostorách zdravotnických zařízení. Praktický úsek programu ošetrovatelství kopíruje již zmíněné předměty teoretické výuky. Nejen osvojení si praktických dovedností, ale také získání zkušeností ze spolupráce s představiteli jiných profesí ve zdravotnictví je součástí praktické části studia, konkrétně předmětem odborné praxe studentů ošetrovatelství. Výuka praktických výkonů, tedy dovednosti, ale i získávání znalostí na vybraném pracovišti⁵ studentům zprostředkovává a předává sestra nebo jiný zdravotnický pracovník způsobilý výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. (Vyhláška č. 129/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání)

2.1.2 Kompetenční struktura výkonu povolání všeobecná sestra

Dle Hroníka (2006, s. 29) jsou kompetence chápány jako způsobilosti. „*Představují soubor určitých předpokladů k určité činnosti.*“ Jedná se tedy o soubor znalostí, schopností, zkušeností, hodnot, postojů a vlastností, které se projevují v chování.

Další význam kompetence uvádím dle Vodáka a Kucharčíkové (2007), kteří ji představují jako soubor chování, které musí pracovník využít k tomu, aby byl naplněn úkol, jež náleží jeho pracovní pozici. Zjednodušeně tento pojem chápeme, jako způsob chování člověka. Obecně slovo kompetence má mnoho definic, avšak všechny představují jednu společnou charakteristiku, a to že kompetence jsou považovány za „*univerzálně použitelný soubor*

⁵ Předtím, než je s místem pracoviště uzavřena dohoda o jeho využití pro klinickou/komunitní praxi, je proveden systematický výběr o vhodnosti studijního prostředí, možnosti mentorské podpory a opatření, která pomáhají studentům dosahovat požadovaných studijních výsledků.

vědomostí, dovedností a postojů, které potřebuje každý jedinec pro své osobní naplnění a rozvoj, pro zapojení se do společnosti a úspěšnou zaměstnatelnost.“ (Dlouhá, 2009, s. 12)

Kompetence však lze také chápat jako pravomoc pro výkon určitých činností, a právě takto je chápe Ministerstvo zdravotnictví, jež je popisuje ve vyhlášce.

Rozsah činností sestry v současné době stanovuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška obecně vymezuje pojmy, které se vztahují k ošetrovatelské péči, specializované péči, pověření k výkonu činností na základě její ordinace, dále zhodnocení stavu pacienta, postupy a metody při poskytování zdravotní péče apod. Všeobecná sestra se řídí dle právních nařízení a norem, které jsou ve vyhlášce uvedeny jako výkon činností stanovené dle § 3 odst. 1 a činností bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou určenou lékařem. Sestra zajišťuje ošetrovatelskou péči, která je zprostředkována ošetrovatelským procesem. Konkrétní náplň činností, které sestra provádí, je možné si dále přečíst ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V této vyhlášce je též definovaný způsob spolupodílení se zdravotnických pracovníků na vzdělávání studentů, budoucích kolegů. Samozřejmě, že tato skutečnost, která je právně objasněna v § 3 odst. 1, písmene e), je povinností i pro sestry. Vyhláška konkrétně říká, že mezi činnosti zdravotnického pracovníka (sestry) s odbornou způsobilostí patří: *„podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů.*“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků)

Všeobecné sestry nemají v moci měnit zákony a vyhlášky, proto jsou kompetence o činnostech zdravotnických pracovníků pro ně jasně dané a je jejich povinností se dle nich řídit. Druhá možnost pojetí slova kompetence je spojena s lidským faktorem, která byla popsána jako dovednost a určitá charakteristika osobnosti, která efektivně naplňuje splnění úkolu. Osobnostní předpoklady a dovednosti pro výkon profese sestry mohou studenti i sestry rozvíjet v průběhu celé své profesní kariéry a mohou je zdokonalovat a tak zvyšovat efektivitu práce. Dle Kotlárové (2008, s. 9) se do kompetencí odrážejí *„znalosti, pochopení a úsudek, praktické dovednosti a psychomotorické schopnosti, komunikace, osobní vlastnosti a postoje.*“ Tyto aspekty jsou velice důležité v profesi sestry, a proto se jim věnuji v dalších kapitolách bakalářské práce.

2.2 Osobnostní vlastnosti a dovednosti studenta ošetrovatelství jako předpoklad výkonu profese sestry

Osobnostní vlastnost podle Kolaříkové (2005) lze chápat jak dispozici, která směřuje k určitému jednání a prožívání. Autor Vendel (2008) o osobnostních vlastnostech píše jako o ukazatelích, které se projeví v oblasti pracovního uplatnění a ve výkonnosti. Pokud jedinec selže a podá neuspokojivý výkon, nemusí být chyba ve schopnostech, ale právě jejím činitelem mohou být některé z aspektů osobnosti. Osobnostní vlastnosti zobrazují projevy člověka.

Osobnost sestry nese obecné vlastnosti, které lze definovat jako vlastnosti pozitivně ovlivňující vztah mezi zdravotníkem – nemocným, a také vlastnosti podporující lidskou komunikaci. Mezi základní výčet těchto obecných vlastností patří autenticita, akceptace a empatie. Nelze určit specifické vlastnosti zdravotníka, ty se uplatňují na individuální úrovni. Musíme přijmout fakt, že ideální osobnost zdravotníka neexistuje. Jsou dané jen předpoklady, které by osobnost zdravotníka čili také studenta měla splňovat, které vyhovují profesi sestry. Nezbytná je vyzrálost osobnosti, tzn. stav, kdy je člověk schopen vnímat sebe samotného, své hodnoty a pozice. Osobnostní vyzrálostí chápeme rozhodování a konání jako vlastní, za které bereme i plnou odpovědnost a přijímáme odpovědnost za jejich výsledky a důsledky. (Bužgová, 2011)

Výkon povolání sestry je dle Komačkové (2009) profese, kterou lze označit za profesi velice náročnou. Nejen fyzická složka výkonu profese v ošetrovatelské péči, ale především také psychická složka je zatěžována při péči o nemocné pacienty, jejich prožíváním a sdílením jejich problémů často spojené s utrpením, bolestí, nemocí, bezmocností i smrtí. Tyto faktory jsou bezpochyby velkou zátěží a hrozí zde riziko vzniku syndromu vyhoření.

Autorka Žampachová (2013) uvádí, že osobnost sestry, tedy i rozvoj osobnosti studenta vyžaduje tři úrovně vyzrálosti, a to psychickou, fyzickou a sociální. Aspektem psychické vyzrálosti může být vnitřní stabilita, kterou lze podle Bužgové (2011) vyložit jako nalezení svého já. Vnitřní stabilita sestry se promítá do vztahu s pacienty, kolegy i studenty.

Během života si každý člověk utváří, přebírá a zaujímá různé postoje, názory o sobě a o jiných. Hodnotí sám sebe, ale i druhé. Přemýšlí o tom, jaký je a jaký by chtěl být. Rozvíjí své vlastnosti a charakter. Aby sestra porozuměla vlastnostem a chování nemocných, aby k nim uměla zaujmout profesionální postoj, musí nejprve poznat sebe samotnou. Jedná se o proces sebepoznání, tedy zkoumání svých vlastností, dovedností, postojů, pocitů, ale také především nedostatků. (Venglářová, 2011)

Bužgová (2011) zdůrazňuje další důležitý aspekt vyzrálosti, a to vyšší míru frustrační tolerance, tedy snášenlivost a odolnost vůči stresům a tlakům, které nás ohrožují nejen z vnějšího, ale i vnitřního prostředí. Jedná se o míru odolnosti člověka.

Nositelky profese sestry musí mít určitě předpoklady, které jsou vhodné pro úspěšný výkon jejich povolání. Tyto předpoklady jsou také zřejmě ona očekávání sester od studentů, které studenti naplňují a k tomuto ideálu „dobré sestry“ se přibližují postupně během studia. Avšak, vždy se můžeme setkat s osobami, které budou naplňovat tyto

struktury povahových vlastností a předpokladů různou měrou. Za nezbytné předpoklady k výkonu povolání sestry Bužgová (2011, s. 90-91) považuje:

- a) *„Předpoklady senzomotorické – šikovnost, zručnost, pohybová obratnost a neporušené smyslové vnímání;*
- b) *předpoklady estetické – smysl pro úpravu nejen vlastního zevnějšku, ale i smysl pro úpravu zdravotnického prostředí;*
- c) *předpoklady intelektové – myšlenkové procesy a operace umožňující osvojení široké soustavy pojmů, schopnost flexibility a schopnost správného řešení;*
- d) *předpoklady sociální – pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, schopnost vést dialog, schopnost empatie, schopnost předjímat různé sociální role, schopnost ovládat své projevy verbální i neverbální;*
- e) *předpoklady autoregulační – přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost vůči fyzickému a psychickému stresu;*
- f) *předpoklady komunikační – schopnost naslouchání, podněcování, zrcadlení, sumarizování a mlčení.“*

Senzomotorické činnosti jsou velice individuální, a proto míra osvojení těchto dovedností je mezi studenty rozdílná. Individuální jsou v čase. Někteří studenti potřebují více, jiní zase méně času pro osvojení si konkrétních, specifických praktických postupů a dovedností. Jedná se o formu učení, která se opírá o mnoho dalších podmínek. Mezi základní výčet těchto podmínek, dle autorů Čápa a Mareše (2007, s. 382), patří již mimo oblast senzomotoriky: *„motivace, emoce, aktuální psychofyzilogický stav a stabilita-labilita osobnosti.“*

Estetické předpoklady obecně prožíváme při hodnocení vnějšího a vnitřního prostředí. Hodnotíme jeho krásu a ošklivost. Tento smysl pro úpravu obohacuje náš každodenní život a překonává monotónnost a všednost. (Čáp a Mareš, 2007)

Intelektové schopnosti jsou úzce v kontaktu se senzomotorickými činnostmi a dovednostmi, neboť pomocí intelektové složky jsme podle autorů Čápa a Mareše (2007) schopni kompenzovat některé z nedostatků senzomotoriky. Intelekt patří do skupiny hlavních forem interakce organismu s prostředím společně s instinkty a učením. Intelekt lze považovat za proces myšlení a jakýsi vhled pro řešení složitých situací.

Výčet základních sociálních předpokladů je již stručně shrnut autorkou Bužgovou (2011, viz výše v textu). Jinými slovy při práci s lidmi, tedy kontaktu mezi sestrou a pacientem, kolegou nebo nadřízeným vzniká vzájemný styk, který dle Čápa a Mareše (2007, s. 57) označujeme jako *„sociální interakci“*. Součástí této interakce je *„sociální komunikace“* při společné činnosti. Výměna informací, tedy komunikace předpokládá osvojení si dovedností verbálních a neverbálních. Sociální interakce společně se sociální komunikací vede k *„sociální percepci“*, tedy poznávání a vnímání druhých. V sociální interakci a při společných činnostech, ve společném týmu každý jedinec přebírá určitou *„sociální roli“*. Tato role se vyznačuje určitými povinnostmi, právy a očekávaným chováním v jeho prostředí. (O sociálních rolích podrobněji v kap. 2.2.2).

Autoregulaci autoři Čáp a Mareš (2007, s. 506) rozdělují a formují ze dvou zdrojů: „*primárně vnějších (rodiče, učitelé, kamarádi) a primárně vnitřních.*“ Jedná se o proces, kdy člověk řídí sebe samotného. Reguluje své chování a přizpůsobuje ho prostředí, ve kterém se nachází. Odolává vlivům, které na něj působí.

Komunikační dovednosti jsou předpokladem k realizaci úspěšného utváření osobních vztahů s jednotlivci, ale také ovlivňují postavení v týmu. Sdělují emoce, libost a nelibost, důvěru, postoj, aj. (Čáp a Mareš, 2007)

Z výzkumu „*Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů*“ realizovaném autorkou Žampachovou (2013) je zřejmé, že nejen pacienti, ale i sestry – kolegyně mají právo na antipatii, neboť nelze pomýšlet na skutečnost, že jsou si všichni sympatičtí. Znamená to tedy práci s emocemi, u nichž zvažujeme předpoklady sociální, autoregulační a komunikační. Dále pak z výsledků výzkumu je překvapivé, že hodnocení komunikačních dovedností je u všeobecných sester velice problematické. Z výsledků výzkumu tedy také plyne předpoklad, že je v interpersonální komunikaci studentů se sestrami důležité klást v klinické praxi velký důraz na rozvoj komunikačních dovedností, ale také na problematiku osobnostního rozvoje studenta komplexně.

Autorka Jičínská (2008, s. 15-16) pod vedením Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně zpracovala průzkum, který se zaměřoval na celoživotní vzdělávání sester. Mimo jiné se tento výzkum zabýval otázkou preference schopností, vlastností a dovedností v procesu ošetrovatelské péče. Konkrétně otevřená otázka zněla: „*Kdyby se někdo vám blízký z nějakého důvodu ocitl v nemocnici, léčebně, domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sestry byste mu přála?*“ Mezi nejdůležitější vlastnosti a schopnosti respondenti/všeobecné sestry (N=280) dle výzkumu zařadily:

- „*Vlídlost (21%);*
- *schopnost empatie (18%);*
- *odbornost (15%);*
- *porozumnění (13%);*
- *ochotu (12%);*
- *trpělivost (8%);*
- *vyrovnanost osobnosti (5%);*
- *profesionalita (4%);*
- *znalosti (2%);*
- *jiné (2%).*“

Z výzkumu vyplývá, že hlavním aspektem, který je v profesi sestry považován za nejdůležitější, je vztah sestry k pacientovi. Tedy láska, pochopení, ochota a uvedená empatie jsou nejdůležitějšími faktory pro výkon sesterského povolání. Odbornost a

znalosti, které se ve výsledcích výzkumu objevily, jsou vnímány jako důležité nejen v komunikaci, tedy teoretické interpretaci, ale především v reálné klinické praxi.

Jako shrnutí dle Zacharové (2007) předkládám konstatování, že pro kvalifikační přípravu na výkon povolání sestry jsou předurčené určité osobnostní rysy, kterými by student, připravující se na budoucí výkon práce ve zdravotnictví, měl disponovat. Příkladem těchto předpokladů jsou tvůrčí přístup k zadaným úkolům; nepřehnaný optimismus, tedy smysl pro humor, který budí v pacientech důvěru; motivace a zájem o člověka, který tvoří náš hodnotový systém, jehož předpokladem je pozitivní a dobrý přístup k lidem; klidné a mírné vystupování i při akutních stavech, kdy je potřeba urychleně jednat. Dále také např. umění se odpoutat od svých zájmů a potřeb a dovednost přesměrovat se na problémy pacienta, sebekritika, sebehodnocení a osobnostní zralost by měly být jedním z nejdůležitějších vlastních kritérií pro volbu tohoto povolání.

Celkově z kapitoly vyplívá, že nezbytnou součástí přípravy studentů na výkon profese sestry je rozvoj osobnostního potenciálu. I přesto, že vzdělávání sester klade stále vyšší požadavky na odborné vědomosti a dovednosti, je důležité zachovat holistický přístup k pacientovi při výkonu ošetrovatelské péče. Nejen hledisko somatické povahy onemocnění, ale také psychické problémy pacienta spojené s nemocí jsou předmětem péče sestry. Proto je nezbytné, aby součástí studia oboru všeobecná sestra byly předměty psychologicky zaměřené, které budou rozvíjet psychologické vědomosti a dovednosti sester, podporující především aspekty efektivní interpersonální komunikace, empatii, lidský přístup a týmovou spolupráci. Osvojení si těchto základních dovedností sestru posouvá v jejím profesním rozvoji tak, aby pro ni bylo snazší se adaptovat na stále zvyšující se nároky, které jsou na sestřskou profesi kladeny.

2.2.1 Image a současné vnímání profese všeobecné sestry

V slovníku cizích slov dle Zahradníčka (2013, s. 328) definice slova image je vyjádřena jako „*obraz, podoba, představa, idea*“. Pokud se na slovo image zaměříme z hlediska sociálního, lze význam tohoto slova chápat jako celkovou prezentaci či působení člověka na vnější prostředí. Image jedince vytváří celkový dojem na veřejnost.

V roce 2013 byl Centrem pro výzkum veřejného mínění (2013) realizován výzkum, zaměřený na problematiku vnímání prestiže jednotlivých povolání veřejností. Všeobecné sestry se umístily na třetím místě, bezprostředně hned za profesí lékaře a povoláním vědce. Tato skutečnost vypovídá o významném hodnocení profese sestry veřejností. Podpora zviditelnění se a poukázání na důležitost a hodnotnost této profese v očích veřejnosti je jedním z přetrvávajících cílů České asociace sester. Sestry a samotný obor ošetrovatelství mají dvě stránky image. Jedná se o image, kterou označujeme za individuální, tedy interní. Interní image je podle Bužgové (2011) považována za pohled a hodnocení sebe samotného, a také na ošetrovatelství jako profesi. Externí image vyjadřuje názor laické veřejnosti, politiků, masmédií a dalších. Jsou určité faktory, které mohou být činitelem přímého a nepřímého vlivu na image sester. Mezi tyto faktory se řadí komunikace. Rozdělujeme jí do dvou základních systémů, a to verbální a neverbální. Autorka Venglářová (2006) uvádí, že komunikace sestry, zejména pak komunikace sestry ve vztahu

s konkrétním pacientem, významně ovlivňuje tvorbu image sestry v očích laické veřejnosti. Mezi komunikační dovednosti, které významně ovlivňují efektivitu komunikace a její vnímání a vyhodnocení pacientem, můžeme řadit např. nejen volbu správných slov, ale studenti se učí také dalším prvkům, jakými jsou např. tón hlasu, výška a rychlost řeči, intonace, artikulace aj., včetně všech aspektů komunikace neverbální. Neverbální komunikace zahrnuje např. postoj a držení těla, mimiku, které doprovázejí komunikaci verbální. Do neverbální komunikace se řadí i složky úpravy zevnějšku nejen jednotlivce, ale i celého prostředí, v kterém se sestry či studenti pohybují.

Dále dle Bužgové (2011) zařazujeme mezi faktory mající vliv na image sester přístup a chování k pacientovi, tzn. respektování pacientů, empatické cítění, pozorování neverbálních reakcí pacientů, naslouchání a vnímání jejich sdělení. Každá sestra by si měla být vědoma svého jednání vůči pacientům, studentům i kolegům v týmu. Zpětné reakce k ostatním jsou právě těmi aspekty, které vypovídají o naší profesionalitě a významně ovlivňují profesionální či neprofesionální image. Kvalifikační vzdělávání sester se také řadí mezi faktory ovlivňující image sester, neboť zvyšující se znalosti a dovednosti jsou predispozicí pro zkvalitnění komunikace a péče o pacienta na profesionální úrovni.

„Zdravotnictví nemůže čekat, že přijde „nová generace“ sester se správnou představou o sobě samé a chutí realizovat změny. Sestry musí změny uskutečnit ihned a každá u sebe. Je na každé, aby v sobě pěstovala zdravou sebedůvěru a lásku pro profesi. Budou-li sestry přistupovat ke změně image zodpovědně, důsledně a s nadšením, pak bude i veřejnost vnímat ošetřovatelství jako jednu z nosných součástí našeho zdravotnictví a sestry jako významné členy léčebného týmu.“ (Gulášová, 2010, s. 25)

Jako důležité považuji zmínit, že sestry a zejména pak sestry mentorky⁶, které přicházejí do kontaktu se studenty, se svými budoucími kolegy týmu, jsou profesními vzory, kteří významně svojí profesionalitou ovlivňují studentovo vnímání image a prestiže sesterské profese ale i oboru ošetřovatelství.

2.2.2 Identifikace studentů ošetřovatelství s rolí všeobecné sestry

Dle Farkašové (2006) se každý člověk během svého života zařazuje do určitých skupin, v kterých zaujímá jisté role. Definiční role lze vyjádřit jako soubor očekávaného chování a prožívání jedince ze strany společnosti. Tímto pojmem se též zabývá obor sociologie, který vymezuje pojem sociální role, na kterou je nahlíženo z hlediska sociálního postavení, tzv. pozice.

Jinak řečeno dle Bužgové (2011) pojem role souvisí s určitým postavením ve společnosti, od kterého se očekává a vyžaduje určité chování. Struktura obecných rolí sestry se neustále s dobou proměňuje a vyvíjí. Vývoj medicíny a samotného oboru ošetřovatelství rozšiřuje základní výčet rolí a kompetencí sestry. Obecná struktura rolí je podle Špirudové (2006, s. 554) rozlišena na základě moderního profesionálního ošetřovatelství do čtyř základních pilířů, kterými jsou: *„holistický přístup a orientace na ošetřovatelské problémy a potřeby*

⁶ Touto tematikou se zabývám v kapitole 2.4

pacienta (jeho rodiny a komunity), metoda ošetrovateľského procesu, kvalita a bezpečnosť péče, ošetrovateľská praxe založená na dôkazoch.“

Autorky Krupková a Havrdová (2013, s. 360) posudzujú role jakéhokoliv pracovníka ze dvou úhlů pohledu jeho charakteru, a to subjektivně a objektivně. Subjektivní pojetí role pracovníka popisuje osobní představy o plnění dané role. Naopak objektivní charakter posouzení profesní role určitým konkrétním pracovníkem vyjadřuje normu chování, které je od dané role očekávané. Je v podstatě vyjádřené v profilu sestry absolventky kvalifikačního studia, ale také v náplni práce konkrétní sestry. Mezi základní role sestry patří následující: „*role ošetrovatelky, koordinátorky, učitelky, poradkyně, pacientovy obhájkyne, nositelky změn, vedoucí, manažerky a výzkumnice*“. Farkašová (2006) popisuje tyto role následovně. Role ošetrovatelky vyjadřuje roli, která naplňuje jedno ze základních poslání sestry, jímž je holistický přístup k pacientům a uspokojení základních potřeb v kontextu ošetrovateľské péče. Role koordinátorky je naplňována nejen v procesu řízení a organizaci práce na úrovni vyššího a středního managementu, ale také sestra u lůžka, v bezprostředním kontaktu s pacientem, řídí efektivní ošetrovateľskou péči u jednotlivců formou ošetrovateľského procesu. Role učitelky, neboli edukátorky je významná v podpoře zdraví nebo k jeho návratu ve vztahu k pacientům. Sestra v roli edukátorky formuje jedince k uvědomělému a zodpovědnému chování ke svému zdraví. V roli poradkyně a mentorky se sestra zajímá nejen o pacienty, ale především zodpovídá za klinický dohled nad studenty. Tato role koresponduje s očekáváním, že starší a zkušenější sestry se v roli mentorky budou podílet na pregraduálním vzdělávání studentů a na vedení sester absolventek v rámci adaptačního procesu. Totožná očekávání korespondují s rolí sestry jako nositelky změn. Role pacientovy obhájkyne je výstižná v jejím názvu. Podporuje, vysvětluje a reprezentuje pacientova práva. Role sestry výzkumnice je naplňována realizací vědecké činnosti. Autorka Špirudová (2006) uvádí, že sestra by měla zaujímat pozici profesionála ve svém oboru a měla by tak naplňovat většinu profesních rolí.

Marková (2012) uvádí, že postavení sester v multidisciplinárním zdravotnickém týmu, činnosti a kompetence sester se neustále proměňují. Prohlubují se a zvyšují se nároky na sestry při náročných diagnostických a léčebných výkonech. Dle autorky Bužgové (2011) se role sestry mění také podle toho, s kým sestra jedná. Role sestry je jiná při kontaktu s lékařem, pacientem, studentem či v kolektivu sester. Proto, aby role sestry byla profesionální, je zapotřebí, aby každý člen profese měl jasnou představu o svých kompetencích a povinnostech nejen sebe samotného, ale i druhých.

Dle autorek Beňadikové a Rapčíkové (2009) by sestra v současné době měla udržovat, ale především rozvíjet své profesionální kompetence, které jsou ze značné části zajištěny celoživotním vzděláváním.

2.3 Utváření profesionální identity studentů ošetrovatelství v průběhu klinické odborné praxe

Kvalifikační příprava pro výkon profese sestry, tedy praktická příprava studentů ve zdravotnickém prostředí klade nároky na duševní vyrovnanost, osobnost člověka a profesní

zralost. I student se stává při ošetrovatelské praxi spolupracovníkem a členem multidisciplinárního týmu a musí se odborné činnosti sester, práci s moderní technikou a administrativní činnosti naučit. Podstupuje značnou fyzickou a psychickou zátěž v prostředí praktické výuky. (Zacharová, 2007)

Venglářová (2011) uvádí, že se vede již poměrně dlouholetá diskuse o nejvhodnějším věku zájemců o profesi sestry a tedy také zahájení kvalifikační přípravy – studia oboru všeobecná sestra a s ním také souvisejícím prvním kontaktem studenta s mnohdy nelehkou realitou klinické ošetrovatelské praxe v kontextu výkonu odborné praxe ve zdravotnickém zařízení. Tato problematika je stále aktuální a lze předpokládat, že uvedené téma může v budoucnu pokračovat a dominovat⁷ v diskusích o vzdělávání sester. Studenti jsou v kontextu odborné klinické praxe velmi intenzivně vystaveni působení a projevům utrpení pacientů, jejich bezmoci a stavům strádání. Dostávají se do bezprostředního kontaktu s těžkou psychickou a fyzickou újmou a do konfrontace s různými poruchami zdraví a nemocemi. Uvedené skutečnosti jsou každodenní součástí zdravotnického prostředí a také sesterského povolání, které si studenti volí. Za rizika vzniku syndromu vyhoření začínajících sester, ale i studentů dle autorky Venglářové (2011, s. 28) lze považovat:

- *„Nevyžralou osobnost sestry (není schopna se vždy orientovat na potřeby nemocných);*
- *konflikt rolí (konflikt mezi pečováním o „vlastní a cizí“);*
- *pocit bezmocnosti (např. u umírajících, nevyléčitelně nemocných);*
- *vysoká zodpovědnost;*
- *časový stres;*
- *nepřetržitý kontakt s nemocnými;*
- *pocit „nabouraného“ volného času;*
- *nezvyk na směnný provoz (narušuje pravidelný noční odpočinek).“*

U studentů se klade důraz na propojení znalostí, dovedností a postojů, které student získává z oblasti teoretické, jež poskytuje výuka na vysoké škole a klinická odborná praxe realizovaná ve zdravotně-sociálních zařízeních. Sestra musí být vzdělaná a schopná sledovat pokroky a proměny ošetrovatelství, které postupují společně s vývojem medicíny. Měla by být nejen zručná, ale musí být také schopná plně porozumět praktickým výkonům a novým postupům a trendům v oboru ošetrovatelství. Dokázat je vysvětlit, logicky odvodit, a na základě znalostí předvídat situace a stavy dříve, než je lékař na dosah. Student je v tomto smyslu veden nejen k sebereflexi, sebekritice, ale i ke kritickému myšlení vůbec. (Svobodová, 2008)

⁷ Tento problém se částečně odstranil tím, že se kvalifikační studium posunulo ze středních zdravotnických škol na vysoké školy, tzn., že hranice pro volbu povolání všeobecné sestry a vstup do klinické praxe se posunula ze 14 let na 18 let a výše.

Klinická odborná praxe studentů je podle Chesser-Smyth a Long (2013) reprezentována jako nejvíce stresující oblast kvalifikačního studia sester, a to zejména v začátcích studia, neboť se jedná o období, kdy studenti mají prozatím ještě minimum znalostí a schopností.

Autoři Dale, Leland a J. G. Dale (2013, s. 1-3) zpracovali studii na téma: „*Co pro sebe studenti ošetrovatelství v bakalářském studiu považují za důležité, aby získali kladné zkušenosti z klinické odborné praxe.*“ Z této kvalitativní studie, která proběhla formou ohniskové skupiny, vyplývá jedna ze subkategorií, která se týká nastavení klinického prostředí, průběhu a realizace odborné praxe. Ve svých odpovědích studenti uváděli za nejdůležitější: „*Pozitivní start, tedy být očekáván a přijat.*“ Dále „*kladný a přátelský přístup a postoj ke studentovi.*“ Někteří studenti mají zkušenosti s negativním přístupem sester, kdy personál byl překvapen či nepřipraven na spolupráci se studenty. To znamená, že důležitým předpokladem pro úspěšný start nejen pro studenta, ale i pro personál klinického pracoviště je dostatečný a vhodný rozsah informací o průběhu praktické výuky studentů. Ze strany jednotlivých členů týmu konkrétního pracoviště – ošetrovatelské jednotky to představuje také např. potřebu být informován o jménech a úrovni vzdělání, tzn. rozsahu dovedností a znalostí studentů, kteří přicházejí na oddělení za účelem realizace praktické výuky. Být součástí, tedy členem ošetrovatelského týmu má velký význam. Rozhodujícím hlediskem pro získání pozitivních zkušeností z klinického prostředí je vztah mezi studentem a sestrou (popř. sestrou mentorkou ošetrovatelství), která má nad ním dohled. Pravidelná zpětná vazba, reflexe a praktické rady od sester jsou důležitými faktory pro rozvoj kompetencí, sebedůvěry, motivace a sebevědomí studenta. Tedy, pocit přijetí s přívětivostí od samého začátku se zdá být rozhodující pro další rozvoj motivace a úrovně sebedůvěry studenta.

Během klinické praxe se studenti ztotožňují s rolí sestry. Dle Walkera et al. (2014) a jeho výzkumu: „*Konstrukce sesterské identity v rámci klinického prostředí*“ vyplynulo pět klíčových elementů, které ovlivňují identitu studentů a její přeměnu v identitu a identifikaci s rolí sestry. Výsledky tohoto výzkumu vznikly na základě výpovědí studentů. Výčet elementů zahrnuje: „*pozitivní vzor, začlenění studenta, vzájemnou podporu, schopnost kritického myšlení, sebedůvěru*“. Identita studentů v kontextu klinické odborné praxe se vyvíjí v průběhu času a zkušenosti studentů z klinického prostředí odborné praxe ovlivňují proces socializace a profesionalizace studentů a jejich identifikaci s rolí sestry velmi významně.

„*Socializace zahrnuje osvojení lidských forem chování, zejména chování ve styku s lidmi, osvojení jazyka, velkého množství poznatků, hodnot společnosti, její kultury. V socializaci se formují poznávací procesy i emoce, celá osobnost.*“ (Čáp a Mareš, 2007, s. 55) Houghton et al. (2013, s. 2368) upozorňuje, že studenti se s procesem socializace setkávají již první den při nástupu na klinickou praxi a další dílčí dny praktické výuky. „*Pokud se studenti ošetrovatelství cítí na klinickém pracovišti jako týmová jednotka, snáží tvořit vztahy s personálem a pozitivní atmosféra tak zefektivňuje podmínky pro učení.*“

2.3.1 Nároky na studenta ošetrovatelství v kontextu klinické odborné praxe

Před realizací odborné praxe na klinickém pracovišti jsou na studenta kladeny určité nároky a požadavky. Praktická výuka studentů je koncipována do dvou semestrů v každém akademickém roce studia. Je realizována na mnoha pracovištích různých klinických oborů. Základní výčet oborů, včetně rozsahu požadované praxe a časové dotace je dána vždy kurikulem studijního oboru a sylaby odborné praxe. (Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, 2002)

Student je většinou na odborné praxi pod dohledem odborné vysokoškolské asistentky či pověřeného pracovníka, sestry – mentorky⁸. Rychlá adaptace v novém prostředí je jedním z nároků, který je kladen na studenta. Tuto adaptaci můžeme vyjádřit slovy autorů Čápa a Mareše (2007, s. 74), jako „*přizpůsobení se vnějším podmínkám a požadavkům*“ a „*adekvátní interakce jedince s daným prostředím*“. Člověk, ale také student může proaktivně pozměňovat vnější podmínky tak, aby byly pro něho vyhovující a sám se v prostředí cítil lépe. Vyhovující podmínky pro jedince znamenají úspěšné dosahování jeho rozvojových cílů a efektivnější uspokojení potřeb svých i jiných. Autorka Chlupová (2012, s. 25) uvádí: „*pro studenta je velmi náročné adaptovat se v krátkém čase na novém pracovišti. Během jeho klinické praxe dochází k častému střídání klinik a oddělení, přičemž každá ošetrovací jednotka má specifickou skladbu pacientů, diagnóz, jiné zvyklosti.*“ Proces adaptace dle Houghton et al. (2013) může být narušován krátkou délkou klinické výuky a častými změnami a přesuny na různá klinická pracoviště.

Dle autorů Volného a Bártlové (2009, s. 39) se od studenta vykonávající klinickou praxi očekává včasný příchod na pracoviště, čistá uniforma, jejíž součástí je vždy jmenovka, uzavřená obuv, znalosti v oboru, znalosti práv pacientů, slušné a klidné chování. Tyto povinnosti se týkají každého studenta absolvující klinickou praxi a je tedy dobré znát, do čeho student vstupuje, a s čím se musí každý vyrovnat. Neboť práce sester se neustále zdokonaluje, prohlubuje a jsou na ni kladeny vysoké nároky, je důležité, aby si student v průběhu studia, konkrétně praktické výuky osvojil ošetrovatelské postupy a jednotlivé výkony u pacientů pro budoucí práci. Dále dle uvedených autorů je nezbytně nutné, aby studenti byli zapojeni do týmu a jednalo se s nimi jako s rovnými. V rámci odborné praxe si studenti osvojují jednání a chování sester, „*a právě zážitky, prožitky, které studenti nasbírají během nemocniční praxe, vztahy, kterými byli obklopani, a situace, které zažili, mohou ovlivnit budoucí profesionální zdravotníky v následném rozhodování o budoucím pracovním zaměření.*“ Atmosféra na klinickém pracovišti je také významným faktorem, který ovlivňuje studenta a jeho budoucí rozhodování o budoucím uplatnění a volbě oboru, ve kterém bude student profesně působit.

2.3.2 Student ošetrovatelství jako člen zdravotnického týmu

Jedním ze základních aspektů života člověka je pocit, že někam patříme, schopnost socializace a interakce, pocit sounáležitosti s ostatními. Tento proces sounáležitosti se skupinou se formuje již od narození a to počínaje rodinou, kamarády, spolužáky i

⁸ Konkrétní definice je uvedena ve Věstníku MZ ČR, 2008, s. 31.

spolupracovníky v našem zaměstnání a dalšími skupinami, do kterých vstupujeme. Kolajová (2006) říká, že v těchto skupinách se vytváří a přeměňuje charakter člověka, jeho postoje, názory. Dále pak ve skupině získává jedinec také určité postavení a uznání. Dle autora Vévody (2013, s. 41) základní definicí týmu, v rámci obecného pojetí tohoto slova je uvedeno, že „*tým tvoří tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle a uvědomují si jeden druhého.*“ Stejně tak uvádí, že nejdůležitějšími faktory, které uplatňuje každý člen týmu, jsou: „*úkol v týmu, role, pozice v mezilidské interakci a vlastní osobnost.*“

Jak uvádí Kolajová (2006, s. 12) slovo TEAM můžeme vnímat jako soubor čtyř anglických slov: „*Together, Everybody, Achieves, More*“, která jsou ve volném překladu vyjádřena jako: „*společně dosáhneme více*“.

Pokud hovoříme o multidisciplinárním týmu ve zdravotnictví, je zřejmé, že se jedná o zdravotnický tým, složený z jednotlivých členů, kteří vzájemně spolupracují a jsou odborníky z různých oborů. Péče o zdraví pacienta má charakter multidisciplinární spolupráce. Členy týmu mohou být všichni pracovníci organizace zdravotnického zařízení. Dílčí týmy jsou tvořeny pracovníky jednotlivých klinik, jednotlivých oddělení a stanic, avšak všechny týmy a konkrétní členové týmu spolu komunikují, obory se prolínají a celkově spolupracují. Tento jev považujeme za interdisciplinární a interprofesní spolupráci. (Vévoda, 2013) Dle autorky Bártlové (2010) je tato skutečnost dána novou organizací práce ve zdravotnictví, která se neustále vyvíjí a mění. Dochází ke změnám kompetencí sester, které přebírají určité kompetence od lékařů. Mění se vztahy specializovaných pracovníků, rozšiřují se obory, a tedy i vzájemná spolupráce s nimi. To vše vyžaduje správnou koordinaci a řád pro funkční týmovou spolupráci.

Pro zdravotnický tým je stěžejní chování jednotlivých členů v týmu. Členové v týmu se řídí dle svých kompetencí, a tedy své odborné specializace, avšak nevylučuje se zde vzájemná spolupráce. Důležitým předpokladem pro úspěšné fungování týmové spolupráce je postoj rovnocennosti mezi jednotlivými členy týmu, i přes jejich vyšší či nižší postavení v rámci vzdělání. Vztah mezi zaměstnanci na pracovišti je velice významný pro výkon kvalitní zdravotní péče. Požadavkem na zdravotnické pracovníky pro úspěšné začlenění se do týmu je především seberegulace a vůbec schopnost týmové spolupráce. (Vévoda, 2013)

Kolajová (2006, s. 16) výhodu efektivní týmové spolupráce pro různé týmy shrnuje v následujícím výroku: „*Tým víc ví*“, který odkazuje na týmovou synergii. Jistě i ve zdravotnictví se vyskytují situace, ve které si zdravotnický pracovník, ale právě i student ošetrovatelství na klinické praxi není jistý, či si neví rady. Kolegové, kteří jsou zkušenější v dané situaci, či mají jiný, alternativní úhel pohledu na problém mohou být nápomocní při jeho řešení. Lze tedy konstatovat, že všichni členové multidisciplinárního týmu přispívají k profesnímu rozvoji studenta svými zkušenostmi, znalostmi a dovednostmi. Přicházejí s jinými, alternativními postupy a nápady. Výsledkem vyřešení problému je zpětná vazba obohacená o nové zkušenosti, které student v interakci s ostatními získává. Další aspekt, který je charakteristický pro tým, je synergie. Tedy řečeno výrokiem od autorky Kolajové (2006, s. 17): „*Tým má synergický efekt – vyjádřeno nematematicky = 1+1=3.*“ Tato charakteristika týmu se opět uplatňuje v multidisciplinárním týmu, kdy působení více

jedinců v dané situaci má lepší výsledný účinek než souhrn výsledných účinků jednotlivých jedinců. Pokud si budeme při vzájemné spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu nápomocní, dokážeme si vzájemně radit, předávat si nové zkušenosti a dovednosti, budeme tak zvyšovat efektivitu a kvalitu práce, tedy péči o pacienta. Zvyšuje se výkon skupiny jako celku, ale i výkon jednotlivce při práci. Vzájemné podněcování a sdílení zkušeností v týmu je dalším bodem pro poskytování kvalitní péče. Jak uvádí Kolajová (2006, s. 17): „*Tým podněcuje a rozvíjí.*“ Hledat a vyvíjet nové možnosti postupů při práci, právě tak se podněcuje vyšší výkon zdravotnických pracovníků a profesní rozvoj studenta. Poslední důležitý výrok autorky Kolajové poukazuje na řešení případných problémů, vnitřních konfliktů v týmu. Řešením je kompromisní jednání, které vedou k rovnováze na pracovišti, tzv. „*Tým vyrovnává.*“

Týmová spolupráce má významný vliv na vytváření a udržování vztahů mezi sestrami a studenty. Nejen sestry školitelky a sestry manažerky konkrétního klinického pracoviště, ale také zaměstnanci fakulty – vysokoškolští pedagogové, ti všichni musí vzájemně a efektivně spolupracovat, aby podporovali příležitosti pro rozvoj a profesní růst studentů v kontextu klinické ošetrovatelské praxe. (Henderson a Eaton, 2013)

2.4 Koncept mentoringu

Pojem a myšlenka mentorství se objevila již v klasické řecké literatuře. Když Oddyseus opouštěl Tróju, tak svého syna Telemacha svěřil svému věrnému příteli – Mentorovi. Svěřil mu syna pro veškerou péči, výchovu, ochranu. Podle Lazarové (2010) se tedy od starověkého Řecka datuje vznik pojmu „mentor“, který je symbolem vůdcovství, strážce a moudrého učitele. V německém překladu je pojem mentorství více obsahově přesnější. Anastasiadou (2006, s. 6) uvádí, že z překladu slov: „*Praxisbegleiter, Praxisanleiter*“ vyplývají činnosti jako „*doprovázet a zapracovávat*“. Stejně tak pojem chránělec, který je z překladu slov: „*Auszubildender, Anzuleitender*“ nazýván jako „*příjemce mentorského úsilí*“. Mentoring je také Kopřivou (2009) považován za základní formu lidského rozvoje, kdy mentor předává své zkušenosti, postoje, postupy, know-how a investuje svůj čas a energii výuce svého svěřence. Tento vztah a samotný proces mentoringu může probíhat v různém pracovním prostředí. Mentor je učitelem, který může působit buď jednorázově, nebo dlouhodobě. Též lze rozlišit vztahovou formu na formální mentoring, který je prosazován při karierním rozvoji a neformální vztah, kde se upřednostňuje přátelskost a větší individualita.

Mentoring zahrnuje oboustranně výhodný a většinou dlouhotrvající profesionální vztah. V tomto partnerství je jedna osoba zkušeným a znalým vůdcem, který podporuje méně zkušeného člověka, studenta s vedoucím potenciálem. (Bally, 2007)

Mentor má určité povinnosti k svému svěřenci a dle Lazarové (2010, s. 62) jsou mentorovi zadány cíle. Tyto cíle vyznačuje v obecném a nejšířším slova smyslu jako atributy, kterých by mentorovaný měl dosáhnout, a to: „*kompetence, sebedůvěra, sebeřízení a professionalism*“. Určené atributy mentorovaného slouží jako pomyslná osnova bodů, které postupně splňuje, a tím postupuje ve svém vývoji směrem k roli profesionála. Tyto

obecné cíle mentoringu lze převést i do ošetrovatelského kontextu a vztahu mezi mentorem a studentem na klinickém pracovišti.

2.4.1 Mentoring v ošetrovatelství

V posledních letech se objevila nová role sester, a to „*mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*“, jinak řečeno školitelka budoucích zdravotníků v oboru ošetrovatelství. (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Jedná se o zkušené sestry, které (nejčastěji) na svém pracovišti předávají vlastní zkušenosti a jsou nápomocné studentům v klinické ošetrovatelské praxi. Student se s mentorem setkává až během realizace odborné praxe na klinických odděleních, kde je student mentorem provázen reálnými situacemi. Každý student na odborné klinické praxi by měl pracovat pod dohledem sestry. Taktéž sestra, která vede studenta po dobu jeho klinické praxe, se dostává do role mentora a stává se tak nenahraditelným člověkem pro samotného studenta. (Nečková, 2013)

Plevová (2011) uvádí, že mentoring studentů na odborné praxi ve zdravotnictví je aktuální tematikou a čerpá z mnoha jiných oborů. Pro zachování kontinuity mezi teorií a praxí je důležité uplatnit mentoring i ve zdravotnictví, a to prostřednictvím mentorských kurzů. Tyto kurzy jsou východiskem pro vysoce kvalitní vzdělávání budoucích zdravotníků a také to má dopad na kvalitní poskytování ošetrovatelské péče.

Sestra, úspěšná absolventka mentorského certifikovaného kurzu⁹, získává profesní kompetence a zvláštní odbornou způsobilost. Mentor klinické praxe ošetrovatelství se zejména stará o řízení a organizaci odborné praxe studentů, řídí studentem vykonávané činnosti v souladu s náplněmi činností studentů dle oboru a ročníku. Dále pak mentor společně s vysokoškolským pedagogem organizuje efektivní rozdělení studentů do směn, podává zpětnou vazbu na znalosti a dovednosti studentů jak ústně, tak písemně a v neposlední řadě se stará o docházku studentů. (Certifikovaný kurz pro získání zvláštní odborné způsobilosti k výkonu povolání mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence, 2011)

Mentori v rámci odborné praxe studentů vedou dokumentaci, která slouží jako zápis o spolupráci se studentem na praxi. Jedná se především o formuláře, které jsou určeny pro hodnocení studenta. Student pak tuto reflexi mentora využívá pro svůj rozvoj, a také jako poučení. Zpětná vazba od mentora ho vede ke zdokonalení ve své praxi. (Ajgllová, 2009)

Jak píše Krátká (2010), hodnocení není důležité jen pro studenta, ale také mentora, který touto rolí vede svého svěřence. V současné době není mentoring finančně či jinými prostředky hrazen a motivace pro tuto činnost může klesat. Proto je hodnocení významným motivem pro mentoring studentů klinické praxe. Současně s tím i uznání této role mentora

⁹ „*Certifikovaný kurz připravuje jednotlivce k získání zvláštní odborné způsobilosti mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence v oblasti kvalifikační přípravy, specializačního vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků a v adaptačním procesu nově nastupujících zaměstnanců v oboru ošetrovatelství a porodní asistence.*“ (Certifikovaný kurz pro získání zvláštní odborné způsobilosti k výkonu povolání mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence, 2011)

v kolektivu sester je odměnou. Mentoring studentů není jednoduchý. Podle Zeleníkové (2009) vyžaduje role mentora vhodné komunikační schopnosti, alespoň minimální zkušenosti s výukou, chování na profesionální úrovni a především dobré interpersonální vztahy, včetně ochoty a úcty ke studentům. Neopomenutelnou dovedností mentora je poskytnutí zpětné vazby studentovi. Student přijímá, jak kladné, tak záporné vyjádření. Taktéž tyto dovednosti uvádí Hudson et al. (2010) jako osobní atributy každého mentora, tedy umění naslouchat a mluvit se studentem takovým způsobem, který usnadňuje obousměrnou komunikaci. Dále pak by měl mentor být vstřícný a podporovat studenta, zejména v situacích realizace praktického výkonu studentem. Empatický mentor profesionál přispívá svým jistým vedením studenta k pocitu sebedůvěry a komfortu, při kterém student beze strachu vykonává ošetrovatelskou péči.

Nelehkou úlohou pro mentora je také mentoring více než jednoho studenta. Počet studentů se určuje dle typu oddělení a také na základě dohody s vysokoškolskými pedagogy. Pro standardní ošetrovatelské stanice jsou vhodné 1-3 studenti na jednoho mentora. Pro ošetrovatelské jednotky v oblasti intenzivní péče je doporučený počet 1-2 studentů na jednoho mentora. (Zeleníková, 2009)

Mentor je vzorem pro studenta, avšak model mentoringu je ovlivněn osobnostními charakteristikami, které se mohou odrážet ve vztahu mezi mentorem a mentorovaným studentem. Jak píše autorka Krátká (2010, s. 189) „*mentoring je tedy prospěšný pro obě strany – mentora i studenta, ale co je nejdůležitější, profituje z něj pacient, protože dobré vedení budoucích sester dává základ ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.*“

2.4.2 Úloha sestry mentorky ošetrovatelství na pracovišti ve vedení studentů

Mentor klinické praxe ošetrovatelství je dle Wilson et al. (2010) popisován jako starší a zkušenější kolega, který má smysl pro péči a podporuje tak nezkušené, mladší sestry v prvních měsících práce. Taktéž to platí pro studenty. Podpruje rozvoj jejich zkušeností a sebevědomí. Ze studií „*Vliv sestry na kvalitu a úroveň praktické výuky studentů*“ od autorek Čížkové a Salcburgerové (2009) vyplývá, že největší podíl na přípravě studentů mají sestry a jejich osobnost a také atmosféra na konkrétním oddělení. Výsledným doporučením, vyplývajícím z těchto studií, je potřeba zkušeného mentora, který bude oporou pro studenty. Výsledky této studie zároveň vypovídají o rozdílu či dokonce kontrastu mezi praktickou výukou studentů vedenou sestrou bez „odborné mentorské způsobilosti“ anebo sestrou, která získala způsobilost mentora.

Sestra mentorka je osobou, která vede studenty na oddělení, kde pracuje, proto je její znalost náplně práce a prostředí pracoviště samozřejmostí. Projevuje se to v efektivitě práce a zejména sebestojitě při poskytování komplexní ošetrovatelské péče pacientům. Důležitou složkou vedení a podpory studentů je teoretická znalost ošetrovatelských postupů a oboru ošetrovatelství jako celku. Studenti se s důvěrou na sestru mentorku obracejí s rozličnými otázkami, na něž neznají správnou odpověď. Právě sestra mentorka je člověkem, od něhož studenti očekávají kompetentní vysvětlení a odpovědi na jejich dotazy. Sestra mentorka provází studenta po většinou po celou dobu trvání jeho klinické

praxe. Jak jsem již zmiňovala, sestra mentorka je pro studenta profesním vzorem, se kterým se student může identifikovat. Mezi základní výčet činností sestry mentorky ošetrovatelství dle Plevové (2011, s. 56) patří: „*Předvádění výkonů studentovi; supervize, podpora a vedení studenta; výuka studenta; hodnocení studenta.*“

Sestra mentorka pomáhá studentovi s realizací praktických výkonů, napomáhá rozvíjet jeho teoretické a zejména praktické znalosti a dovednosti, seznamuje jej s aplikací inovativních ošetrovatelských technik a postupů v praxi. Konstruktivní zpětná vazba je důležitá pro rozvoj studenta, který si tak uvědomí své chyby, na základě nichž má možnost se poučit a profesně růst. Mentorem poskytnutá zpětná vazba pro studenta může být popsána podle Richardse (2013) jako situace, kde výstup ze situace v minulosti ovlivní stejnou situaci, která nastane v současnosti či budoucnosti.

Sestra mentorka a student si vytvářejí po dobu klinické praxe určitý vztah. Toto spojení rozděluje Zeleníková (2009, s. 167) do čtyř fází:

1. „*Iniciální fáze – vytváření vztahu.*;
2. *Fáze rozvoje – instrumentální a psychosociální funkce se rozvíjejí do maxima.*;
3. *Fáze separační – vytvořený vztah je ovlivněný prostředím organizace a psychologickými změnami ve vztahu.*;
4. *Fáze obnovy – vztah se rozvine do nové podoby.*“

Fáze průběhu vytváření si vztahu mezi sestrou mentorkou a studentem jsou ovlivněny charakteristickými rysy osobnosti, prostředím, aktuálním stavem obou účastníků mentorského vztahu. Může se tedy stát, že některé z etap se budou rozvíjet déle, či mohou být problematické. Rozvoj mentorského vztahu je velmi jedinečný proces a základem je pozitivní přístup k mentorské činnosti z obou stran.

3 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je na základě realizace kvalitativního výzkumného šetření zjistit, jak sestry vnímají studenty, jaká jsou jejich očekávání od studentů v rámci realizace odborné praxe a také jak hodnotí studenty, a to zejména na základě porovnávání studentů se svými prekoncepty „dobré sestry“. Zaměřila jsem se také na kvalitu pracovního vztahu mezi sestrou a studentem. Na základě stanovení základní výzkumné otázky (ZVO), která zní: „*Jaká jsou očekávání a pohled kvalifikovaných sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu klinické odborné praxe?*“ jsem stanovila dílčí výzkumné cíle (DVC) a další dílčí výzkumné otázky (DVO), které mapovaly následující problematiku a témata související s pohledem sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu klinické odborné praxe.

3.1 Dílčí cíle výzkumného šetření

Dílčí výzkumné cíle jsem formulovala následovně:

DVC 1) Zmapovat nejčastěji využívané strategie ze strany kvalifikovaných sester, pomocí nichž zapojují studenty oboru všeobecná sestra do každodenního provozu na klinickém oddělení.

DVC 2) Identifikovat způsoby a oblasti, jakými kvalifikované sestry hodnotí studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe.

DVC 3) Analyzovat názor kvalifikovaných sester na samostatnost studentů oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe.

DVC 4) Zjistit, jak reagují kvalifikované sestry na inovace, které jsou součástí výuky oboru všeobecná sestra a jsou vnášeny studenty do klinické praxe.

DVC 5) Identifikovat subjektivní názor kvalifikovaných sester na vlastnosti a kompetence studentky oboru.

3.2 Dílčí výzkumné otázky

Na základě stanovených DVC jsem stanovila dílčí výzkumné otázky ve znění:

DVO 1) Jaké výukové postupy používají kvalifikované sestry, aby podpořily profesní růst a rozvoj studenta oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

DVO 2) Jak kvalifikované sestry hodnotí studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

DVO 3) Jak kvalifikované sestry hodnotí samostatnost studentů oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

DVO 4) Jakým způsobem nejčastěji kvalifikované sestry reagují na inovace, které studenti oboru všeobecná sestra vnášejí do klinické praxe?

DVO 5) Jaké předpokládáte charakteristiky a kompetence studenta oboru všeobecná sestra, z něhož bude podle Vašeho názoru po ukončení studia „dobrá sestra“?

4 Metodologie výzkumu

4.1 Typ výzkumu a metoda získaných dat

Výzkumné šetření bylo realizováno na základě kvalitativního přístupu. Kvalitativní přístup nezávisí na číselném vyhodnocení zkoumaných dat, nýbrž na „*interpretaci sociální reality*“. (Reichel, 2009, s. 40) Ke sběru dat byla využita metoda focus group (srov. Miovský, 2006, s. 175). Metoda ohniskové skupiny je realizována ve větším počtu, více než tři osob. V čele ohniskové skupiny stojí badatel, který určuje záměr diskuse, tedy konkrétní ohnisko. Toto ohnisko se odvíjí od stanovených výzkumných cílů, které badatel zkoumá a na základě nich stanovuje výzkumné otázky. Prostřednictvím sociální interakce členů skupiny jsem získala data, která jsem následně zpracovala a analyzovala. Sestavení DVO otázek korespondovalo se stanovenými DVC. Pro získání hutného a kvalitního datového materiálu jsem stanovila další výzkumné podotázky, které se tématicky odvíjely od základní otázky. Konstrukce těchto podotázek byla sestavena již v přípravné fázi před výzkumným šetřením, a to na základě mého předpokladu rozvoje konverzačních témat (viz Příloha č. 4). Avšak v samotném průběhu ohniskové skupiny jsem v roli badatele spontánně tvořila další podotázky, které tak doplňovaly a ucelily zkoumanou problematiku.

4.2 Výzkumný vzorek

Výběr vzorku vznikl na základě kombinace účelového (záměrného) a prostého náhodného výběru pomocí metody sněhové koule. Jak uvádí Miovský (2006, s. 135) metoda účelového výběru je metoda, kdy cíleně vyhledáváme účastníky šetření, kteří splňují námi zadané požadavky, tedy „*vybrané (určené) vlastnosti nebo stav (příslušnost k určité skupině)*“. Metoda sněhové koule je efektivní výběr informantů formou „*nabalování (tzv. snowball)*“. (Reichel, 2009, s. 83.) Nejprve jsem požádala kolegyni – již kvalifikovanou sestru z klinické praxe, která mi byla nápomocná zprostředkovat kontakt na další účastnice mého výzkumného šetření. Kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku jsem stanovila následovně: kvalifikovaná všeobecná sestra, která má praktickou zkušenost s vedením studentů ošetřovatelství na klinickém pracovišti v rámci odborné praxe. Postupně jsem tak získala všech 6 informantek, s kterými jsem realizovala polostrukturovaný rozhovor metodou focus group. Demografické údaje o jednotlivých informantkách jsem pro přehlednost vložila do následující tabulky č. 1.

Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku

INFORMANT	I1	I2	I3	I4	I5	I6
POHLAVÍ	žena	žena	žena	žena	žena	žena
VĚK	28 let	37 let	28 let	26 let	24 let	27 let
DÉLKA PRAXE	5 let	13 let	5 let	2 roky	4 roky	5let
SOUČASNÉ PRACOVISŤE	III. Interní gerontometabolická klinika	ARO	III. Interní gerontometabolická klinika	Geriatrické oddělení	Kardiochirurgická klinika	III. Interní gerontometabolická klinika
NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	VOŠZ	VŠ bakalářské studium	VOŠZ	VŠ bakalářské studium	VŠ bakalářské studium	VOŠZ
MENTORSKÝ KURZ	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Zdroj: Kovaříčková, 2016

Celkem se kvalitativního šetření účastnilo 6 informantek ženského pohlaví ve věku od 24 – 37 let. Průměrné věkové rozhraní informantek je 28 let. Rozhraní délky jejich ošetrovatelské praxe je od 2 do 13 let. Průměrná délka praxe informantek je 5,5 roku. Dvě informantky pracují na stejném oddělení, a to III. Interní gerontometabolické klinice. Další dvě informantky pracují na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a kardiochirurgické klinice. Dvě jsou v současné době na mateřské dovolené, avšak pracovaly na oddělení III. Interní gerontometabolické kliniky a geriatrickém oddělení. Tři informantky mají vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu, další tři informantky vystudovaly vysokou odbornou školu zdravotnickou. Mentorský kurz neabsolvovala žádná z informantek.

4.3 Sběr dat

Focus group byl realizován v lednu 2016. Doba trvání ohniskové skupiny byla cca 1 hodina. Ohniskové šetření bylo se souhlasem informantek nahráváno na diktafón a MP3 přehrávač. Na základě audionahrávky byla získána data, která jsem přímou transkripcí zaznamenala do programu Microsoft Office Word, přehrávána byla při poslechu v programu Windows Media Player. Celkový obsah dat byl přepsán na 29 stránek.

4.4 Etické hledisko výzkumu

Podmínkou pro účast ve focus group byla ze strany informantek dobrovolnost a také jejich souhlas, který stvrzovaly písemným podpisem formuláře „*Informovaný souhlas se záznamem a zpracováním informací z diskuse*“ (viz Příloha č. 1). Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky a bezpečí informantů byl kladen důraz především na etické principy, a to autonomii, zachování anonymity a dobrovolnost. Informantky byly před samotnou realizací focus group kontaktovány e-mailem, který je seznámil s pravidly a průběhem ohniskové skupiny, taktéž byly seznámeny se záměrem a cílem výzkumného šetření (viz Příloha č. 3). Před samotným začátkem rozhovoru byly informantky znovu seznámeny s tématem, cíli a metodikou výzkumného šetření. Taktéž jsem znovu zdůraznila zachování anonymity a diskrétnosti.

4.5 Metoda zpracování dat

Získaná data jsem podrobila obsahové analýze a na základě metody otevřeného kódování byly vytvořeny obecnější charakteristiky a kategorie, včetně subkategorií. Dle Švaříčka a Šedřové (2007, s. 221; srov. Reichel, 2009, s. 165) je otevřené kódování metodou jednoduchou a užitečnou pro širokou škálu kvalitativních výzkumů. Metoda otevřeného kódování je proces, při kterém jsou získaná data „*rozebrána, konceptualizována a složena novým způsobem*“. Části přepisu, které byly z hlediska stanovených cílů a otázek výzkumu významné, jsem označovala tučným písmem pro snazší orientaci a zpracování samotného přepisu výpovědí (viz Příloha č. 2). Z takto vyznačených pasáží jsem následně tvořila základní kategorie, které jsem pojmenovala dle vlastního uvážení, co nejpřesnějším a nejužitečnějším názvem. Vypisovala jsem si poznámky k jednotlivým částím a pomyslné názvy jednotlivých kategorií a subkategorií. Celkově vzniklo 10 základních kategorií. Identifikované základní kategorie jsem prezentovala jako:

- 1) Výuková strategie – základ spolupráce se studentem;
- 2) Profesionální postoj sester ke studentům ošetrovatelství;
- 3) Pasivita aneb kámen úrazu;
- 4) „*Jsem tu pro Tebe*“ vždy neplatí;
- 5) Rámec hodnocení úspěšného studenta;
- 6) Zdravotnický asistent anebo bakalář;
- 7) Neubližovat sobě a pacientům;
- 8) Osobnostní rysy „dobré sestry“;
- 9) „*Co nechceš, aby druzí činili tobě, nečiň ty jim*“;
- 10) Koncept sestry mentorky ošetrovatelství.

Analyzované subkategorie jsou uvedené jako součást kapitol základních kategorií. V samotném přepisu jsem zaznamenala opakující se rozpory a zainteresovanost výpovědí informantek k určitým tématům, které jsem v kapitole Diskuse zdůraznila¹⁰.

¹⁰Tento jev je popisován v knize Kapitoly metodologie v sociálním výzkumu (Reichel, 2009, s. 166) jako postup tzv. „hledání vzorců, tj. hledání určitých opakujících se momentů (např. reakcí, témat, způsobu jednání, aj.), které jsou vázány na nějaké souvislosti, osoby, komunikační strategie, apod.“).

4.6 Limity designu výzkumu

Tato subkapitola pojednává o základních kritériích pro posouzení kvality zkoumaných výsledků realizovaného výzkumu.

Kritérium důvěryhodnosti (kredibility) zakládám na dodržení etických pravidel a metodologického postupu při analýze dat. Sběr informací byl zajištěn metodou focus group, která byla realizována pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V této metodě jsem shledala výhodu vzájemné interakce na jednotlivé výpovědi jednotlivých informantek. Informantky navazovaly na výpovědi ostatních nebo je doplňovaly, či vyvracely. Takto zvolená metoda je vhodná pro toto téma a typ kvalitativního přístupu. Avšak nevylučuji možnost zkreslení jednotlivých výpovědí informantek, neboť je možné, že některé z nich neodpovídaly zcela otevřeně z důvodů blízkosti mezi jednotlivými informantkami. Vybraná skupina, která se účastnila společné metody zodpovídání otázek, se navzájem jednotlivě znaly, a tedy je diskutabilní, zdali některé odpovědi, které by mohly být pro jednotlivé informantky osobní jsou zcela relevantní. Hlavním z důvodů, proč by informantky neodpovídaly plně otevřeně, by mohl být, zachování dobrých vztahů mezi jednotlivými informantkami. Pro zabránění možného zkreslení dat by bylo řešením použít metodu, která se týká pouze jednotlivých informantek pomocí polostrukturovaných osobních rozhovorů. Poté by situace mezi tazající se a odpovídající informantkou byla z hlediska zachování soukromí jiná. Je diskutabilní, zdali by odpovědi informantek byly jinak strukturované, vypovězené či dokonce více otevřené. Samotný průběh sběru dat, pomocí metody focus group, proběhl zcela bez větších komplikací. Shledala jsem však jediný problém, a to nedostatek klidu a ticha pro koncentraci na jednotlivé otázky. Tedy bylo nutné některé z otázek vícekrát opakovat.

Dalším limitem práce je omezený výběr vzorku, tedy jeho reprezentativnost. Bohužel jsem nezaznamenala žádnou informantku, která by absolvovala certifikovaný mentorský kurz. Je zcela jasné, že odpovědi přítomné sestry mentorky by pozměnily výsledný stav výzkumných cílů.

Výsledky výzkumu jsem podložila dostupnými poznatky z odborné literatury a ostatními zdroji. Výsledky výzkumu lze označit za validní (platné).

Transkripce rozhovorů jsem vytvořila několik kategorií. Datový materiál jsem několikrát přečetla a také na základě reflexe vedoucí práce jsem ověřila jeho spolehlivost. Na základě tohoto postupu došlo i překódování jednotlivých kategorií a tvorbě konečného výčtu a interpretaci kategorií.

Posledním z kritérií je zobecnitelnost výzkumu. Zkoumaná tematika se vztahuje pouze na sféru sester, které spolupracují se studenty. Tedy nelze zobecnit na celou populaci sester. Byla to výzkumná sonda, která naznačila potenciál pro další rozšíření výzkumu, např. o jeho realizaci mezi sestrami mentorkami, které získaly odbornou způsobilost na základě absolvovaného certifikovaného kurzu.

V neposlední řadě bych ráda uvedla, že jsem byla seznámena s rozsahem bakalářské práce a jsem si vědoma, že tato práce přesahuje stanovené limity. Avšak považuji za potřebné,

pro komplexní pochopení a propojení výzkumných dat s teoretickými poznatky odborné literatury, seznámit čtenáře se základními aspekty této tematiky.

5 Analýza a interpretace dat

Uvedené kategorie vznikly na základě obsahové analýzy dat z výpovědí sester při realizaci focus group. Citované výpovědi neobsahují veškeré výroky, ale obsahují popisné a významné informace, které vypovídají o jednotlivých kategoriích. Vzhledem k porozumění citovaných pasáží jsem si dovolila poupravit některé z autentických výroků z hlediska formulace a stylistiky. Jednotlivé citace jsou z hlediska zachování anonimity označovány písmeny a číslicemi I1-I6. Také pro snažší interpretaci dat jsem využila možnosti vkládání vlastních poznámek do jednotlivých citací, a to především proto, že citace jsou často vytržené z kontextu a pro čtenáře by mohly být těžko pochopitelné.

5.1 Kategorie: Výuková strategie – základ spolupráce se studentem ošetřovatelství

Tato kategorie zaznamenává jednotlivé výukové strategie, které sestry uplatňují v rámci vedení studentů v kontextu klinické odborné praxe. Sestry pomocí uvedených strategií a výukových postupů zapojují studenty do provozu na klinickém oddělení. Základní výčet strategií, které sestry uvedly ve výzkumném šetření, jsem převedla do jednotlivých subkategorií výše jmenované kategorie, a to: *práce s dokumentací, individualizace péče, praktická ukázka ošetřovatelských výkonů, slovní výklad k jednotlivým ošetřovatelským postupům*. Nejvíce se informantky shodovaly u subkategorie „*praktická ukázka ošetřovatelských výkonů*“ a taktéž u subkategorie „*slovní výklad k jednotlivým ošetřovatelským postupům*“. I5 uvedla, že je pro ni nejdůležitější vědět zdali student rozumí konkrétnímu postupu a výkonu. „*Zeptám se, jestli si to [ošetřovatelský výkon, pozn. J. K.] chce vyzkoušet. Zeptám se, jestli to někdy viděl a jestli to dělal. Pokud ne, tak mu to vysvětlím a ukážu. Popř. pokud mi odpoví, jo, už jsem to dělal, tak ho nechám to udělat, ale budu u něj stát.*“ Na základě této výpovědi lze konstatovat, že sestra studentovi důvěřuje, avšak je si vědoma, že je její povinností za studentem odvedené výkony zodpovídat, a proto je samozřejmé, že si studenta kontroluje. Jsou výkony, které dle informantek rozhodně nechávají studenty plnit bez kontroly, jako jsou úprava lůžka, vyprazdňování močových vaků, podávání stravy, apod. Je však nutné vždy výkony posoudit, než sestra předá studentovi plnou zodpovědnost k provedení výkonu bez kontroly. Jak I6 potvrzuje: „*Asi bych ho nenechala samotného měnit stříkačku s káliem, jsou věci, které bych soudila. Ale nevím, proč bych ho nenechala odsát.*“ Další informantka poukazovala na to, že je důležitá diskuse se studentem k jednotlivým ošetřovatelským výkonům, neboť teorie s praxí se zcela nemusí slučovat (I4): „*Tak ve škole se to učí jinak a v praxi je to jinak. Takže o tom diskutujeme. Když se pak setkají s realitou, někdy se to [teoretická znalost, pozn. J. K.] nedá použít (smích). Někdy chybějí pomůcky.*“ Tato informantka tedy popisuje rozpor mezi teorií a praxí.

Vyjádření se k možnosti získání zkušeností z různých vyšetření, které jsou součástí péče o pacienta, bylo taktéž předmětem položené otázky. Je nutné, aby každá sestra věděla, co jednotlivá vyšetření obnáší a byla tak schopna předat základní i podrobnější informace pacientům. Jak uvádí I3: „*Hlavně co se týká vyšetření, tak když se ho zeptá pacient, tak on chudák [student, pozn. J. K.] ani neví, co to je, co to obnáší. Když se na to půjde podívat a*

pozná to, tak toho pacienta i s tím lépe seznámí, než kdyby to třeba četl z učebnice. Ta praxe je přeci jenom něco jiného.“ Tuto variantu, tedy integrace teorie s praxí, lze taktéž považovat za jednu z možných výukových strategií, které sestry uplatňují. Lze předpokládat, že tato metoda názorné ukázky konkrétních postupů a vyšetření je velice důležitá, jak potvrzuje I2: *„Je to podle mě lepší, že si to potom dokážou spojit s praxí a dokážou si to lépe představit.“*

Další výukovou strategií, která byla indetifikována na základě položené otázky, byla definována jako subkategorie *„práce s dokumentací“*. Informantky se k této variantě výkové strategie vyjádřily velice kladně a všechny prosazovaly, že je pro studenty velice důležité porozumět dokumentaci, která je na daném oddělení používána. Nejen prostudování dané problematiky konkrétního pacienta, ale i manipulace, záznamy a pochopení ošetrovatelské dokumentace je pro studenty významné. Informantky preferovaly samostatnost studentek při záznamu do ošetrovatelské dokumentace s následnou kontrolou sestrou. Jak uvádí I1: *„Je pro mě samozřejmostí nechat studenty pracovat s dokumentací.“* Na ní tak navázala svojí výpovědí I4: *„Určitě, mají k tomu [k výkonu ošetrovatelské péče, pozn. J. K.] dekursy, papíry k podávání léků a chystání léků. Naše ošetrovatelské papíry, co se týče záznamů ošetrovatelské péče, diagnóz, komplet vše.“* Další z informantek (I2) uvedla, že je rozdíl v délce probíhající odborné klinické praxe na daném oddělení. Student lépe pronikne do chodu a zvyklostí oddělení, pokud praktická výuka trvá déle než týden. Lépe se integruje do skupiny ošetrovatelského/zdravotnického týmu a adaptuje na nové prostředí. I co se týká ošetrovatelské dokumentace. *„Vidím zásadní rozdíl, jestli tam je student dva dny nebo týden či měsíc. Chce to déle [delší praxi, pozn. J. K.], aby více poznal [chod oddělení, pozn. J. K.]. K této odpovědi se připojila další informantka, která také narážela na problematiku krátkých intervalů odborné klinické praxe. „Je tam déle [student, pozn. J. K.], po týdnu se s nimi lépe seznámí [s pacienty, pozn. J. K.] a také se lépe se studentama pracuje.“*

Další výukovou strategií, další subkategorii je *„individualizace péče“*. Informantka pravděpodobně poukazovala na to, že je pro studenta přínosnější péče o konkrétního pacienta z hlediska komplexního porozumnění jeho potřebám v nemoci a tedy možnosti výkonu komplexní a profesionální péče. I4 uvádí: *„Pod dozorem jim dáme pacienta, každou např. hodinu dle papírů mě řekne, co je potřeba udělat a sám si to hlídá. Mě jen zve k jednotlivým výkonům, s kterými si neví rady. Vyplňuje i ošetrovatelské diagnózy už sám. S ním to uděláme max. 1-2x a postupně to pak dělá sám. I ten dekurs si odškrtává, samozřejmě s dohledem, ale sám pracuje i s dokumentací.“* Tuto výukovou strategii lze taktéž převést do oblasti spolupráce mezi sestrou a studentem, jež je přizpůsobená jeho podpoře a vedení jeho rozvojovým potřebám.

Z hlediska rozvíjející se konverzace vznikla další témata, tedy kategorie, která jsou krátce shrnuta v následujících kapitolách.

5.1.1 Kategorie: Profesionální postoj sester ke studentům ošestřovatelství

Tato kategorie byla vytvořena na základě dodatečných podotázek a rozvíjející se konverzace, která se týkala přístupu sester ke studentovi. Identifikovala jsem jednotlivé subkategorie: *odraz nálady sester na chování ke studentovi, oslovování studenta na klinické praxi, co student zná a umí – fikce anebo realita, pochybení studenta, hodnocení studenta*. Jako nejdůležitější jsem vybrala náladovost sester, která se může odrážet na chování ke studentům. Informantky se k této otázce vyjadřovaly zcela rozmanitě. I1 uvedla: *„Já nejsem náladovej člověk, já si svoje problémy nenesím do práce. Nikdy jsem si na nikom nic nevybijela, ani na studentech, ani na holkách [kolegyních, pozn. J. K.]“*. Další informantka (I2) však kontrastně odpověděla: *„Můžu být protivná na kolegyně a zároveň to nakonec odnese chudák i žákyně. Já jsem pak protivná na všechny.“* Lze tedy konstatovat, že je důležité i přes osobní problémy a náročnost spojení stresujících podmínek na oddělení zachovat klidný a profesionální vztah ze strany sester ke studentovi.

5.1.2 Kategorie: Pasivita aneb kámen úrazu

Tato kategorie byla vytvořena především proto, že všechny informantky se k jednotlivým otázkám ve většině odkazovaly na požadavek aktivního přístupu studenta k jednotlivým výkonům, situacím a zákrokům. I přesto, že otázky nebyly záměrně směřovány k porovnání pasivity či aktivity studentů, z odpovědí informantek vyplynulo, že je samozřejmostí a základem jejich očekávání aktivní přístup studenta k ošestřovatelské práci při praktické výuce. Dokladem tohoto očekávání na straně sester je tento výrok (I4): *„Tak studenti mají rozdělené pokoje, které jim určí staniční a ti studenti se navážou jakoby na nás. Oni se musí aktivně zapojit, že si přijdou. Oni musí aktivně přistupovat k práci. Celkově musí jednat aktivně.“* Přesněji konstatuje I2: *„Né, že je my je budeme aktivně pobízet, pojd' sem, už tady na tebe čekám. Musí mít sami jakoby zájem o tu práci.“*

5.1.3 Kategorie: „Jsem tu pro Tebe“ vždy neplatí

Takto pojmenovaná kategorie vznikla na základě odkazů informantek k nedostatku času se věnovat studentům v rámci průběhu klinické praxe. Jak říká I1: *„Né, vždycky ten čas prostě je. To je všude.“* Stejně jako u předchozí kategorie, tak i zde nebyla informantkám položena otázka týkající se časové náročnosti práce na oddělení či časového rozsahu, který věnují studentovi, přicházejícímu na oddělení k výkonu ošestřovatelské praxe. Na základě této problematiky, jsem jako badatel, stanovila dodatečnou podotázku, směřující ke zjištění, jak sestry reagují, pokud na studenta nemají čas. Obsahově shodnou odpověď všech informantek dokládám tímto výrokem (I3): *„Většinou se mu omluvím, že nemám čas. Bud' ho odešlu za jinou sestrou, která má čas a potřebuje pomoc, anebo ho pošlu čekat. Vždycky se práce najde.“* Pro studenty je důležité si uvědomit, že práce sestry je často náročná a vyčerpávající. Proto očekávání studentů tzv. *„jsem tu vždy pro Tebe“* nemusí být vždy naplněno. K časové vytíženosti sester - mentorek a možnostem řešení se vracím v kapitole 5.4.2.

5.2 Kategorie: Rámec hodnocení úspěšného studenta ošetrovatelství

Dílčím výzkumným cílem bylo také na základě položených otázek zjistit, dle jakých kritérií, jakou formou a jak často sestry hodnotí studenty, kteří přicházejí plnit praktickou výuku na jejich oddělení. Kritéria hodnocení studentů byla u každé informantky různá a je možné tedy konstatovat, že nejednotná. Nejprve informantky jmenovaly jednotlivé pozitivní vlastnosti a dovednosti, které jsou jejich představou o dobrém studentovi, avšak lze dle mého předpokladu tyto vlastnosti a dovednosti převést i na jejich prekoncept „dobré sestry“. Takto jednoslovně vyjmenované vlastnosti a dovednosti jsem převedla do jednotlivých subkategorií: *vstřícnost k pacientům, praktická šikovnost/zručnost, zájem o obor, aktivita na pracovišti, vědomosti, komplexní přístup*. Dalšími aspekty zkoumané problematiky byly forma a četnost hodnocení studentů ze strany sester, z čehož také vyplynuly otázky, kde a kdy jsou studenti nejčastěji hodnoceni. Jedná se o poskytovanou zpětnou vazbu, která je dle názoru informantek nezbytnou součástí souboru dovedností sestry. Informantky uvedly, že je velice důležité ohodnotit studenta, jak za nepovedené, tak především povedené výkony. I1 uvádí: *„Vždy ho hodnotím, je důležité, aby pro příště věděl, co umí dobře a na čem má ještě zapracovat.“* Taktéž potvrzují ostatní informantky v následujících výpovědích (I2): *„Hlavně když udělá něco špatně, tak ho pokárám, řeknu mu to, co udělal špatně.“* Přičemž svojí odpovědí na ní navázala další informantka (I3): *„A samozřejmě, když udělá něco dobře, tak ho pochválím.“* Načež následovala moje podotázka, která se odkazovala na formu tohoto „pokárání či pochválení“. Stejně informantky odpověděly (I2): *„Snažím se většinou né před pacientem. Většinou po tom [po výkonu, pozn. J. K.], v klidu mu to řeknu, že takhle se to nedělá, aby si příště dával bacha.“* A I3 vypověděla: *„Diskutujeme o jeho chybách, ale vždy mimo pacienta.“* Dle těchto výpovědí hodnotím, že přístup by mohl být označen za zcela profesionální. Sestry ponechávají hodnocení studenta mimo pokoj pacienta a snaží se jednat se studentem v klidném prostředí a s rozvahou. Avšak otázkou je, zdali tento přístup k zhodnocení studenta je ojedinělý nebo zcela běžný. Toto uvažování mi však vyvrátila další informantka, která se bohužel setkala i s jinými, z mého pohledu neprofesionálními, přístupy v hodnocení studentů v rámci klinické praxe. I5 uvedla: *„Jó, setkala jsem se ale i s takovýma sestrama, co jsou schopný to vpálit žákyni přímo před pacientem do očí. Jak se pak má cítit ten student, natož pacient. Naprosto nechápu.“* Tento výrok vypovídá o možných chybách, konkrétně v poskytnutí zpětné vazby, kterých se sestry mohou při hodnocení výkonu studenta dopouštět. Jako důležité považuju na tyto chyby upozornit samotné sestry ze strany odborné asistentky – vysokoškolských pedagogů a nabídnout jim poskytnutí zpětné vazby již před realizací samotného výkonu – vyhodnocení připravených pomůcek a znalost postupu při realizaci konkrétního výkonu, včetně praktického postupu a jeho vyhodnocení, jiný možný postup jejich jednání z hlediska hodnocení studentů v kontextu klinické odborné praxe.

Jedním z dílčích výzkumných cílů je také analýza názoru sester na samostatnost studentů. Výsledky této otázky jsem zařadila do této kategorie, neboť se jedná taktéž o hodnocení studenta, avšak z hlediska samostatnosti. Samostatnost sestry zařazují též do rámce hodnocení úspěšného studenta. K této tématice se informantky vyjadřovaly zcela jasně, a

to (I1): „*Samostatnost je důležitá, abychom viděli, co dokážou a co od nich můžeme čekat.*“ Taktéž na ni navázala totožnou odpovědí I2: „*Abych viděla, jestli toho člověka můžu někam pustit, podle toho jak pracuje.*“ Samostatnost považujeme za spolehnutí se na své síly, na možnost výkonu práce bez cizí pomoci. Avšak otázkou je, do jaké míry jsou sestry ochotny akceptovat samostatnost studentů, a jak si samostatnost studenta představují? Tuto problematiku také chápu jako vyhodnocení sesterských potřeb asice odstranění nejistoty a pozdějších obtíží. Reprezentativní odpověď na tuto myšlenku shrnuje následující výrok (I4): „*Jsem radši, když za mnou [student, pozn., J. K.] chodí a ptá se mě, a né že za ním chodím já a budu ho nahánět. Toto je pro mě samostatnost, že student přijde na oddělení a sám se ptá, co je potřeba, sám se zajímá o diagnózy, sám se snaží nabídnout řešení. Takto hodnotím samostatnost. Vidím jeho zájem a to je super.*“ Podle této výpovědi uvažují o samostatnosti nikoliv jako o možnosti výkonu práce bez dohledu, či sesterské pomoci, ale o samostatnosti studenta, který se na oddělení dokáže sám zorientovat a zorganizovat a se sestrami si vyjednat danou práci, dané úkoly. Studenti by se jistě i těmto dovednostem měly postupně od zkušených sester učit, tzn. plánovat a organizovat si práci podle priorit a konkrétních potřeb konkrétních pacientů, avšak je diskutabilní, zda je možné tuto dovednost od studentů sestrami vyžadovat neomezeně.

5.2.1 Kategorie: Zdravotnický asistent nebo bakalář

Tematikou, která vyplynula z předchozí kategorie, v rámci hodnocení studentů, byla analýza rozdílů mezi zdravotnickými asistenty a studenty bakaláři, tzn. vysokoškolskými studenty. Informantky se zmiňovaly o rozdílech v přípravě středoškoláků a gymnazistů. Názory na tuto problematiku byly četné a téměř ke každé položené základní výzkumné otázce se většina informantek odkazovala k rozdílu mezi studenty ze středních a z vysokých škol. Uznala jsem za vhodné pro tuto problematiku vytvořit samostatnou kategorii. Z četného výčtu výpovědí informantek a po následném pochopení jejich předpokladů jsem vytvořila následující subkategorie, které lze považovat za ukazatele základních rozdílů, které informantky uváděly nejčastěji, jako rozdíl mezi studentem ze střední školy a studentem z vysoké školy: *vědomosti, praktická zručnost, vyspělost, vyzrállost, zkušenosti z oboru, orientace na oddělení*. Jmenované subkategorie dokládám jednotlivými citacemi. I6 uvádí: „*Je hodně znát, jestli je to holčina, která je po střední škole zdravotnické a má nějakou praxi. A je vidět, že jí to teda baví, protože by jinak přece nešla studovat vysokou školu. Nebo je to holčina, která je po gymplu, snaží se, ale ještě by tam potřebovala pár let praxe.*“ Dle této výpovědi informantka tvrdí, že je důležité, aby student vystupoval na oddělení v rámci nástupu na praktickou výuku aktivně, pracovitě a především rozuměl základům ošetrovatelské péče. Aby bezproblémově ovládal základní praktické dovednosti v kontextu oboru ošetrovatelství. Avšak je nutné podotknout, že i studenti, kteří si zvolili cestu studia a kvalifikační přípravu pro výkon profese všeobecné sestry z gymnázií přímo na vysokou školu, jsou taktéž zcela od bazálních informací a dovedností z hlediska ošetrovatelství připravováni k výkonu ošetrovatelské péče. Dle výpovědi I2: „*Bohužel ty gymplový holky jsou spíš chudáci, oni se třeba snažej, ale jsou fakt chudáci, protože byly vhozeny do praxe s minimální přípravou. Na praxích na ně nemá nikdo moc čas se jim pořádně věnovat, aby najeli do základů. Kdežto ty holčiny ze střední*

jsou většinou dobře připravený, nějakou praxi už za sebou mají. Je vidět, že se orientují a je vidět, že už jsou prakticky zdatnější.“ K čemuž přikládám další výpověď I3: *„Určitě zde hraje roli dosavadní zkušenost.“* Z těchto výroků vyplývá a potvrzuje se skutečnost, že studenti ze středních škol se s praktickou výukou setkávají dříve než studenti z gymnázií, kteří přicházejí do kontaktu s klinickým oddělením až na vysoké škole. Tedy dle výpovědi soudím, že středoškolsky vzdělaní studenti jsou schopni se rychleji orientovat a adaptovat v novém prostřední praktické výuky než absolventi gymnázií. Z této výpovědi však považuji za velice důležité zmínit a zdůraznit tento výrok (I2): *„Protože byly vhozený do praxe s minimální přípravou. Na praxích na ně nemá nikdo moc čas.“*, který říká, že absolventi gymnázií, kteří se dostávají do kontaktu s praktickou výukou až na vysoké škole, doposud nemají žádné zkušenosti s provozem klinického oddělení a s ošetrovatelskou péčí o pacienty. Proto je důležité těmto studentům věnovat více času a úsilí, což ztěžuje výkon práce sester. K této myšlence dodávám výpověď informantky I6: *„Rozdíl je také v tom, že na střední chodí ta učitelka s nima a na výšce ne.“* Zde je důležité poukázat na funkci mentorky ošetrovatelství, která by zastoupila směnovou sestru a byla by řešením těchto situací, kdy na studenty ze strany sester v klinické praxi tzv. *„není čas“*. Problematiku mentoringu ponechávám samostatné kapitole, proto se jí zde více nevěnuji. Zajímavou výpovědí je také I3: *„V šestnácti to jsou ještě děti, hraje zde velkou roli vyzrálost.“* Soudím, že tato informantka spíše odkazuje na psychickou přípravu, kdy studenti oboru zdravotnický asistent ze středních škol přicházejí již v mladistvém věku do kontaktu s nemocnými pacienty, kteří jsou závislí na péči druhého, sdílejí problémy spojené s utrpením, bolestí a smrtí. Avšak je diskutabilní, zdali věkovou kategorii studentů ze středních zdravotnických škol lze považovat za vyzrálé osoby, které dokážou unést a vyrovnat se s konfrontací s realitou nemoci, umírání a smrti. A zdali právě starší studenti z vysokých škol tyto aspekty dokáží uchopit lépe a s nemocnými otevřeně hovořit o jejich problémech. Z analýzy dat jsem zaznamenala k této tématice i kontrastní odpověď, a to (I2): *„Hlavně záleží, jaký má zájem ten student, ať je z gymplu nebo ze střední zdravotnický. Je to hlavně o zájmu. Může to být sestřička ze zdravotky nebo z gymplu, to je jedno.“* Tato informantka poukazuje na aspekt osobnostních předpokladů pro výkon profese sestry a již sestrami oceňovaný proaktivní přístup studenta.

5.3 Kategorie: Neubližovat sobě a pacientům

Takto pojmenovaná katogerie vznikla na základě položené otázky, která se odkazuje na reakce sester na inovace, které studenti vnášejí do klinické praxe. Dvě informantky odpověděly, že se s tím ještě nesetkaly, aby student přicházel na klinickou praxi s novinkami či změnami v ošetrovatelských postupech a dále se k tématu nevyjadřovaly. Avšak další informantka na tyto odpovědi navázala I3: *„Já jsem se s tím teda setkala, vyslechnu si je. Pokud je to ve všem správné, tak ať si student postupuje, tak jak je zvyklý. Každý má svůj postup práce a pracuje si po svém. Nemusím ho učit svoje zvyky.“* Je diskutabilní, zda zvyk ve smyslu rutiny či odchylky od standardního postupu v realizaci konkrétních postupů není spíše na straně sester a ty pak postupy studentem realizované vlastně hodnotí jako „inovace“. Důležité je zmínit, aby student při výkonu ošetrovatelské péče nepoškozoval ve smyslu iatrogenie či sororigenie. Na studenta je kladena vysoká

zodpovědnost a je tedy důležité, aby si inovace či alternativní možné postupy nejprve sestra či mentorka ověřila a studenta kontrolovala. Dle mého názoru by sestry měly být fyzicky přítomné u všech výkonů a student by tak měl pracovat pod odborným dohledem. Tuto zodpovědnost zdůrazňovala další informantka (I5): „*Jejich postupy musí být správné, nesmí ubližovat, a taky podle ošetrovatelských standardů by měly jet, mám za něj zodpovědnost.*“ Ostatní informantky se k této tématice vyjádřily následovně (I6): „*Nemám to moc ráda, pokud je to stejné a třeba zpřeházené kroky jenom, tak mi je to jedno – je to studentova věc, ale aby to dělal jinak, jak to vůbec neznám. To se mi moc nelíbí.*“ Zde znovu informantka apeluje na důležitost zodpovědnosti za studenta. Další informantka (I4) uvedla, že se s těmito možnostmi nových postupů, nebo již zavedených zvyků studentů také setkala. Avšak zdůraznila: „*Hlavně, aby to pak měly naučený ke zkouškám správně a postupovali asepticky.*“ Ze všech výše uvedených tvrzení je důležité znovu upozornit na zodpovědnost sester za studenty a jejich práci na klinickém oddělení. Tedy jak se lidově říká: „*důvěřuj, ale prověřuj.*“

5.4 Kategorie: Osobnostní rysy „dobré sestry“

Informantkám byla položena otázka, která se dotazovala na charakteristiky a kompetence studenta, z něhož bude, podle jejich názoru, po ukončení studia, „dobrá sestra“. Jednotlivě každá informantka vyjmenovala několik charakteristik, ale i vlastností a kompetencí, které jsem dle jejich podobnosti či shodnosti shrnula do tří subkategorií: *předpoklady sociální, předpoklady intelektové, předpoklady manuální*. Každá subkategorie je sestavena ze samostatných kódů. V předpokladech sociálních se objevují tyto kódy: *emapie, kladný přístup k lidem, týmový duch, komunikativnost, schopnost naslouchání, regulace neverbálních projevů*. Ve druhé subkategorii intelektových předpokladů jsem analyzovala tyto kódy: *samostatnost, rychlost ve smyslu manuální zručnosti, dovednost rychlého úsudku, organizační schopnost, bystrost, dostatek vědomostí, aktivní jednání*. V poslední třetí subkategorii předpokladů manuálních jsem zaznamenala následující dva kódy: *šikovnost a zručnost*. Tento výčet jednotlivých předpokladů, které by student měl naplňovat je pouze základem a je zcela individuální, které z předpokladů si student osvojí více, či méně. Poslední informantka, která měla na tuto otázku odpovědět, souhlasila s předchozími vyřčenými vlastnostmi a kompetencemi. Závěrečně dodala, že je rozdílné, zdali sestra zajišťuje péči o jednoho pacienta nebo u více pacientů ve stejném časovém rozvrhu. Tvrzení dokládám jejím výrokem (I6): „*To co tu padlo, s tím vším souhlasím, a je to samozřejmě základ. Je však rozdíl, když má [v péči, pozn. J. K.] někdo jednoho pacienta, než když jich pak má šest nebo devět a má na to stejný čas.*“ Z tohoto tvrzení soudím, že informantka vychází ze zkušeností, kdy péče o jednoho pacienta se především odehrává na odděleních intenzivní péče, kdy je potřeba zajistit základní životní funkce pacienta, což zahrnuje obsluhu složitých přístrojů technické podpory. Ošetrovatelská péče je u těchto pacientů velice náročná a vyžaduje dostatek času. Avšak v porovnání se sestrami, které zajišťují péči o více pacientů na standardních odděleních, nejsem schopna posoudit, zdali je jejich náplň práce méně náročnější či nikoli. Informantka pravděpodobně naráží na problematiku psychické zátěže, která je při situaci, kdy sestra pečuje o více pacientů velice vyčerpávající. Neboť zachovat profesionální chování při péči o více než jednoho pacienta i

přes jejich různorodé nemoci, problémy, povahy, potřeby je pro sestru obtížným úkolem. Z výše vyjmenovaných kódů vznikly pouze předpoklady, které by studenti měli naplňovat. Avšak podotázkou pro tuto tematiku také bylo, do jaké míry se k tomuto ideálu „dobré sestry“, studenti přibližují, v čem vynikají, co postrádají? Informantky odpovídaly různě, I1: „*Je to dost individuální, každý [student, pozn. J. K.] je jiný. Většinou jsou ty studentky šikovné a pro mě můj ideál naplňují.*“ Další informantka se odkazovala na potřebu delší praxe, aby tyto vlastnosti a kompetence studenta posílily a upevnily. Na tuto výpověď navazovala další informantka (I3): „*Za průběh té praxe, v prvéku nemusí člověk naplňovat všechny vlastnosti a být např. tak šikovný, jako starší sestra. Jako starší získá samostatnost, bude šikovnější, půjde jí to více od ruky, vytvoří si dobrou komunikaci oproti tomu, než když byla mladší.*“ Avšak protikladem tohoto posílení studentových vlastností je tento výrok (I6): „*Většinou při té praxi zjistí, jestli to opravdu chtějí dělat. Někdy dělají školu jenom kvůli maturitě a pak jdou úplně jinak.*“ a I5 taktéž potvrdila tento názor: „*Jsou i holky, které zjistí, že je to absolutně nebaví a nechtějí to dělat. Osobně jsem se s tím setkala.*“ Dle tohoto výroku tedy soudím, že volba profese sestry nemusí být pro studenty rozhodující. Rozhodujícím faktorem pro motivaci studentů setrvat v profesi dle těchto informantek je zmiňovaná praktická výuka, která tedy teprve odhalí plné rozhodnutí pro výkon profese sestry.

Osobnostní rysy „dobré sestry“ je katogorie, která je vhodnou ukázkou toho, co zkušené sestry považují za správné vlastnosti a dovednosti, které by budoucí sestra měla splňovat. Tedy dovoluji si napsat, že tato kategorie je soupisem základních aspektů, kterými by budoucí sestry, ale i budoucí studenti oboru ošetrovatelství měly být vybaveny. Zásadním předpokladem uvedených kompetencí, dovedností a vědomostí včetně postojů je schopnost sester tento výčet uvést, neboť je zřejmé, že se spolupodílí na vedení odborné práce studentů a jejich profesním rozvoji.

5.4.1 Kategorie: „Co nechceš, aby druzí činili tobě, nečiň ty jim“

Kategorie s výše uvedeným názvem vznikla nezávazně na základě dílčích podotázek, které se přímo neodkazovaly na toto téma. Informantky při svých výpovědích často uvažovaly o své praxi při jejich studiích. Často se také odkazovaly na své zážitky a zkušenosti, které byly jak pozitivní, tak negativní. Informantka I4 vypověděla: „*Vždycky se snažím zajistit praxi studentům tak, aby to co jsem já zažila na praxi, tak aby holky nezažily a měly dobrou zkušenost. Příkladem bylo, že jsme se chtěly podívat na porodní sál, na gyn-por praxi, a bylo nám řečeno, že nejsme porodní asistentky, co nás to vůbec zajímá. A daly nám studovat standardy bolesti, aby nás zabavili – byl to pro mě hrozný zážitek. Tohle nechci nikdy dělat holkám, které mají zájem něco vidět, něco poznat.*“ Tento výrok ve mně evokoval téma, na které jsem se dotazovala ke konci focus group, a to zdali se informantky snaží zlepšit to, co na svých studentských praxích vnímaly a vyhodnocovaly jako negativní a tedy snaží se vyvarovat chyb a opakovat situace, které tehdejší sestry samy zažily v roli studentů před mnoha lety. Všechny informantky se shodly, že rozhodně nechtějí, aby studenti, kteří přicházejí na praktickou výuku, pociťovaly stejná negativa, kterými si některé informantky prošly na svých praxích. Dokladem jsou tato tvrzení, I6: „*Vždycky se*

snažím studentovi co nejvíce věnovat. Nechci, aby zažíval to, co jsem zažívala na praxích já – nějaké protivné, zlé a sprosté sestry.“ A informantka I4: „Vím, co tím [tématem, pozn. J. K.] myslíte, něco v tom smyslu, že vy jste studenti, tak budete mýt pacienty, stlát postele a utírat zadky. To jsem taky zažila a to jim naschvál fakt nikdy neudělám.“ Tyto dva reprezentativní výroky potvrzují, že informantky se snaží studentům nabídnout co nejlepší podmínky, pro jejich rozvoj zkušeností z praktické části studia.

5.5 Kategorie: Role sestry mentorky ošetrovatelství

Kategorie týkající se role sestry mentorky ošetrovatelství mapuje především dosavadní zkušenosti sester s touto rolí mentora ošetrovatelství na klinických odděleních informantek. Také zkoumá názor informantek na mentoring v ošetrovatelství. Z hlediska přímé zkušenosti s rolí mentorky ošetrovatelství na klinickém oddělení se ozvala pouze jedna informantka a konkrétně tuto roli I4 popisuje takto: *„Nemůžu si vynachválit tu roli mentora. To je holka, která na tom oddělení pracuje a je vyškolená jako mentor. Když tam přijde student, tak se mu věnuje. Ona společně se studentkou dostanou dva pacienti a do celého chodu oddělení ji zapojí. Od toho tam ten mentor je, aby byl čas na toho studenta. Blbý je, že není finančně ohodnocen. Maximálně má kratší směny, místo dvanáctky chodí na krátký, protože se věnuje studentce naplno.“* Informantka v tomto výroku opakovaně zmiňuje čas, který je mentor schopen věnovat studentovi. Tedy naznačuje, že pro ošetrovatelský tým konkrétního oddělení je role mentorky ošetrovatelství, která zajišťuje vedení studenta na oddělení, časovou úlevou. Jak také I4 dokládá dalším výrokem: *„Né vždycky ten čas prostě je, kor když se to tzv. sejde. Student pak z praxe odchází, že stlal jenom postele, protože na něj nikdo moc neměl čas.“* A právě mentor ošetrovatelství je onen člověk, který naplňuje očekávání studentů tzv. „Jsem tu vždy pro Tebe“ (viz výše uvedená kapitola). Další informantky se vyjadřovaly velice pozitivně k otevřené otázce, která se týkala názoru na mentoring ošetrovatelství. I1 se také dotkla tématu tzv. jednotného přístupu ke studentovi: *„Ta sestra by měla mít jednotný přístup ke všem a naučit je ten základ, než aby každá sestra, ke které student v jiných službách přichází, říkala něco jiného. A ten chudák, který tam má ze začátku plnou hlavu všech informací, tak by bylo dobrý, aby ty informace měl komplexní a ucelený od jedné sestry.“* Dle této výpovědi soudím, že role mentorky ošetrovatelství je nezbytná taktéž pro získání již zmiňovaného komplexního a jednotného souboru informací teoretických i praktických. Další informantka I3 tuto myšlenku uzavřela výpovědí: *„Jedna sestra dá studentovi více než dalších pět najednou. Více sester předá studentovi mnoho informací avšak né uceleně, nebo se mohou opakovat.“* Zajímavostí je, že některé z informantek uvedly, že by se rády zajímaly o tuto roli mentorky, avšak problém shledaly v tom, že tato funkce není nijak finančně ohodnocena. I5: *„Sestra mentorka by měla být hlavně ohodnocena, pak by jich bylo více. Možná by jí měla ohodnotit ta škola, že se těm studentům věnuje.“* Jako zajímavý názor považuji možnost financování role mentora konkrétní vzdělávací institucí, která vysílá studenty na klinickou praxi. Také jsem z diskuse analyzovala, že jedna z informantek se aktivně zajímala o možnost získání kvalifikace pro tuto roli, avšak odradil jí finanční poplatek za vzdělávání. Tedy tuto možnost zavhrla.

6 Diskuse

Cílem výzkumné práce bylo zjistit, jaká jsou očekávání a jaký je pohled sester na studenty oboru všeobecná sestra. Dále jsem v kontextu klinické odborné praxe zjišťovala, jaké výukové strategie sestry využívají pro zapojení studentů do práce na oddělení, hodnotící techniky sester, vnímání a hodnocení samostatnosti studentů, reakce na inovace, které studenti vnášejí do klinické praxe a také subjektivní představu o ideálu a prekonceptu „dobré sestry“. Při samotném rozhovoru měly informantky prostor pro vyjádření svých názorů a postojů k jednotlivým otázkám. Sběr informací byl zajištěn metodou focus group, která je realizována pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Bylo vybráno celkem šest informantek.

Následně v rámci této kapitoly dojde k porovnání interpretovaných výsledků s výsledky obdobných prací, a také zhodnocení výsledků na základě subjektivního vnímání. Stěžejní částí je komparace teoretické části práce se zjištěnými výsledky. Prvním cílem byly výukové strategie a jejich uplatnění ve vedení studenta v kontextu klinické praxe. Potřeba těchto výukových strategií se na základě uvedených studií a interpretaci mých výsledků potvrdila. Dle Filipové (2008) není spolupráce sester se studenty užitečná a prospěšná, neboť sestry (nikoliv sestry mentorky) přesně neví, jak se studenty spolupracovat. Taktéž konstatuje, že sestry nemají jasně vymezenou roli ve vzdělávání studentů, nemají dostatečné pedagogické vzdělání a jejich zkušenosti s výukou studentů jsou minimální. Což je pochopitelné a řešením by bylo získání pedagogického minima u těch sester, které by se chtěly věnovat vedení praktické výuky studentů. Otevírá se tedy otázka možnosti využití role sestry mentorky ošetřovatelství, která je po získání kvalifikace erudována k výuce a vzdělávání studentů v prostředí klinické praxe. Mým cílem bylo zjistit, jak sestry, i přes tyto výše uvedené nedostatky, se studenty spolupracují a jak je začleňují do procesu ošetřovatelské péče a chodu oddělení. Neboť setkání se s rolí sestry mentorky ošetřovatelství na oddělení, dle výsledků mých studií, je minimální. Sestry běžně přicházejí do kontaktu se studenty a je jejich povinností je naučit praktickým dovednostem, včetně prohloubení jejich teoretických znalostí. Tuto povinnost tak ukládá Vyhláška č. 129/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, všem zdravotníkům způsobilým výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Tuto povinnost výuky studentů v rámci klinické praxe jsem převedla a přejmenovala na výukové strategie, které sestry využívají jako metodu vedení studenta při praktické výuce. Mezi mé výsledky, jak sestry vyučují jednotlivé studenty na klinické praxi, patří práce s dokumentací. Tato metoda je velice důležitá pro osvojení si schopností manipulace, zápisu, rychlého čtení a pochopení ošetřovatelského záznamu v ošetřovatelské dokumentaci. Není přípustné, aby student pracoval s ošetřovatelskou dokumentací bez dohledu nebo následné kontroly sestrou, neboť i malé pochybení v záznamu do dokumentace může mít fatální následky pro pacienta. I přes sestrami preferovanou samostatnost studentů při práci je důležité pomýšlet na výše uvedený fakt a studenty stále kontrolovat. Další výukovou metodou, kterou sestry zmiňovaly je praktická čili názorná ukázka výkonů, včetně potřebného slovního doprovodu při jejich provedení. Do této výukové strategie jsem zařadila i metodu výuky, kdy je studentům poskytnuta přítomnost

na různých vyšetřeních, které taktéž obohacují studenty o jejich teoretické znalosti. Jak uvádí ve své studii Vlčková (2013), kdy studenti reflektovaly možnost vidět specifické výkony, včetně charakteristických vyšetření. Respondentky této studie uvedly, že tato možnost jim byla poskytnuta, avšak po jejich požádání. A poslední, méně častou strategií výuky studentů je individualizace péče. Zajímavou výpovědí jedné informatky bylo časové rozvržení praktické výuky studentů, které dle ní, má velký vliv na tyto využití metody. Informantky se častěji setkávají s kratšími intervaly docházky studentů na klinické oddělení, a to právě považují za možný kámen úrazu. Neboť ve své výpovědi informatka uvedla, že je rozdílné, zdali je student na praxi týden či např. čtrnáct dní, a to proto, že delší výukový interval je pro studenta přínosnější. Lépe se integruje do týmu, chodu a porozumnění zvyklostem konkrétního oddělení. Soudím tedy, že pro osvojení si teoretických a praktických postupů a vědomostí je potřeba kontinuita a možnost opakování výukových strategií na straně sester. Tedy to znamená dostatečný čas pro vštípení, zapamatování a získání konkrétních praktických dovedností na straně studentů v duchu rčení „opakování je matka moudrosti.“ Všechny tyto metody považuji za významné a možné k doporučení sestřám, jak k studentům z hlediska výukových možností přistupovat. Podle Vlčkové (2013) studenti očekávají od praktické výuky, tedy i od sester na pracovištích přísun nových poznatků, tedy teoretických i praktických informací, včetně zdokonalení manuální zručnosti.

Mezi další výsledky patří profesionální postoj sester ke studentům. Výsledky, které zaznamenávají pasivní chování jako kámen úrazu studentů v kontextu klinické odborné praxe a výsledky, odkazující se na nedostatek času sester pro výuku studentů. Tyto výsledky vyplynuly na základě prvního výzkumného cíle, na základě dodatečných podotázek. Profesionální přístup sester, dle analýzy výpovědí informantek, zahrnuje postoj k náladovosti sester, oslovování studenta, znalost kompetencí studenta, zpětnou vazbu při pochybení studenta a jeho celkové hodnocení. Tento výčet lze považovat za základní seznam faktorů, které studenta ovlivňují. Autorka Vlčková (2013) ve své práci zmiňuje tzv. seznámení se s oddělením, které lze taktéž považovat za jeden z faktorů, který působí na studenta hned první den, při jeho příchodu na oddělení a je tedy projevem profesionálního přístupu sester ke studentovi. Profesionální přístup sester ke studentovi má pozitivní vliv na studentovo sebevědomí, sebeúctu a pocit sounáležitosti. Tyto aspekty jsou shodné se zahraniční studií autorů Dale B. et al. (2013), kteří popisují vhodné učební prostředí pro studenty. Tato studie potvrzuje, že pokud jsou studenti na oddělení přivítání, mile oslovování, seznámení s prostředním klinických prostorů a úspěšně začlenění do kolektivu sester, jsou více motivováni pro výkon v rámci klinické praxe. Taktéž tyto aspekty potvrzují výsledky studie Vlčkové (2013), která na otázku jaká jsou očekávání studentů od klinické praxe, zjistila, že respondentky se vyjadřovaly především k očekávání příjemné spolupráce s personálem na oddělení. Profesionální přístup sester je taktéž základem úspěšné spolupráce se studentem, jehož důsledkem je také studentův získání kvalitních zkušeností z klinické odborné praxe. Nejen profesionální přístup sester zajistí kvalitu spolupráce se studenty, neboť z výpovědí informantek jsem vyhodnotila i důležitost aktivního přístupu ze strany studentů. Je však diskutabilní, zda studentka prvního či druhého ročníku dokáže adekvátně a erudovaně vyhodnotit klinickou situaci, aktuální

potřeby pacienta a priority v péči, včetně potřebných zdrojů k její realizaci, ať se již jedná o čas, personální situaci a materiální a technické vybavení k realizaci jednotlivých postupů a výkonů komplexní péče. Tyto dovednosti jsou totiž dovednostmi, které musí – by sestry měly studenty naučit. Je tedy otázkou, zda si jsou také tohoto úkolu sestry vědomy, nezaměřují se pouze na vyjádření zájmu ze strany studentů a poté „pasivní výkon“ hodnotí negativně. A vlastně toto očekávání sester od studentů může determinovat a ovlivnit následující vztah mezi nimi. Jak uvádí Bužgová (2011), proto aby se sestra stala profesionálem, ve svém povolání je důležité, aby měla jasnou představu o svých kompetencích a povinnostech nejen sebe samotného, ale i druhých.

Nedostatek času sester se věnovat studentům v rámci průběhu klinické praxe je dalším výsledkem, který se odráží na vedení studentů v rámci klinické praxe. Tento problém nehodnotím, jako neprofesionální přístup vůči studentům, neboť nesmíme opomenout, že výkon profese sestry s sebou nese náročné a stresující podmínky na klinickém oddělení. Jak potvrzují výsledky Vlčkové (2013, s. 47) v kapitole *Podmínky pro učení studentů*, kde taktéž sestry reagují na nedostatek časového prostoru pro studenty, z důvodů časově a náročně plného programu práce. Dle mého souzení všechny tyto výše zmíněné faktory jsou činitely, které ovlivňují atmosféru na oddělení a vzájemný vztah mezi studentem a sestrou. Patří mezi takové faktory, které dle Volného a Bártlové (2009) mohou ovlivnit budoucí sestry v jejich volbě povolání a vůbec pracovního zaměření.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, co a jakou formou a četností sestry hodnotí studenty. Hodnocení studentů sestrami považuji za zcela nezbytné, neboť pomocí jejich zpětné vazby se studenti mohou zdokonalovat a reflektovat tak vlastní schopnosti a dovednosti v kontextu klinické praxe. Dle Plevové (2011) jednou ze základních činností sestry mentorky ošetrovatelství, ale i sestry, byť tuto způsobilost být mentorkou nemá, je hodnocení studenta. Informantky nejprve odpovídaly, které vlastnosti a dovednosti na studentovi nejčastěji hodnotí. Tento základní výčet, který informantky vypověděly, se shoduje se studií od autorky Jičínské (2008), která taktéž uvádí výčet vlastností a dovedností sester, avšak z pohledu pacienta. Jednotlivá pojmenování vlastností a dovedností jsou pouze jiným synonymem označena. Dále bylo zjišťováno jakou formou a jak často jsou studenti hodnoceni. Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že hodnocení je nejefektivnější ihned po provedeném výkonu, a to hodnocení jak pozitivní, tak negativní. Toto hodnocení je provedeno zásadně verbálně, se snahou mimo pacientův prostor, tedy v klidném prostředí. Vyhodnocené výsledky, které jsou výše uvedeny, korespondují se studií, zabývající se zpětnou vazbou, jako základním prvkem učení v klinické praxi studentů. Autoři Clynes a Raftery (2008) toto téma podrobně popisují a taktéž tvrdí, že si sestry uvědomují důležitost poskytnutí zpětné vazby studentům na klinickém pracovišti, včetně důsledků neposkytnutí zpětného ohodnocení jejich výkonu. Dále potvrzují, že prostředí pro poskytnutí kvalitní zpětné vazby by mělo být klidné a soukromé. Neformální uspořádání místnosti by mělo podporovat obousměrnou diskusi o výkonu studenta a také by mělo podporovat jejich otevřenost a upřímnost. Jinými slovy, využít místnosti takové, která eliminuje rušivé faktory, které by mohly být stresující pro oba, sestru/mentorku i studenta. Hodnocení studenta by tedy nemělo zahrnovat pouze hodnocení jeho charakteru, nýbrž jeho pracovní výkon a chování.

Samostatnost studentů je z pohledu mého reprezentativního vzorku informantek hodnocena velice kladně, avšak z toho hlediska, že se studenti po několika dnech praktického výcviku umí zcela samostatně zorganizovat v chodu oddělení a začlenit se do kolektivu sester samostatně. Tedy tato myšlenka vypovídá také o tom, že jsou studenti schopni samostatně vyhodnotit potřeby a výkony u pacienta a splnit je s kontrolou sestry. Avšak toto uvažování je diskutabilní, neboť je pochopitelné, že někteří studenti mohou být tzv. pomalejší, méně jistější a potřebují více podpory a vedení ze strany sester. Je pak jimi nahlížen a hodnocen, pokud toto očekávání samostatnosti sester nenaplnuje, jako neschopný student, potenciálně „nedobrá“ sestra? Autorka Vlčková (2013, s. 30) dle svého výzkumu také hodnotí samostatnost studentů na klinickém pracovišti a to v kategorii *Seznámení se s oddělením*. V této části svého výzkumu autorka uvádí, že někteří studenti potvrzují nutnou samostatnost v seznámení se s pracovištěm, organizací práce a stavebním uspořádáním stanice.

K výše uvedenému výzkumnému cíli se vytvořila další diskuse a téma, které se zabývá rozdílem mezi středoškolsky vzdělanými studenty, kteří zastupují roli zdravotnického asistenta či vysokoškolsky vzdělanými studenty, zastupující roli sestry. Důležité je také podotknout, že informantky se také často vyjadřovaly především ke studentům, kteří před volbou vysoké školy, vystudovaly gymnázium. Toto téma je v současné době v rámci kvalifikačního vzdělání značně aktuální. Proto také soudím, že informantky téměř ke každému výzkumnému cíli zařazovaly tuto tematiku a odkazovaly se na rozdíl mezi studentkami ze středních škol a gymnázií, popř. rozdílem mezi zdravotnickým asistentem a bakalářem. Na základě tohoto faktu reflektuji, že jako badatel jsem tento problém, kdy informantky porovnávaly studenty a jejich vzdělání dostatečně nepromyslela a v průběhu rozhovoru vhodně nezkorigovala. Řešením by bylo se zaměřit a hodnotit pouze jednu skupinu studentů nebo pro tuto problematiku vytvořit vlastní výzkumný cíl. Avšak analyzované výsledky se staly i tak zajímavým tématem, které lze porovnat s mnoha studii. Z mých výsledků vychází, že informantky se nejčastěji odkazovaly na praktickou zručnost, která je dle nich u zdravotnických asistentů hodnocena lépe než u studentů po vystudovaném gymnáziu. Soudí dle toho, že již na středních zdravotnických školách se s klinickým prostředím setkaly a jsou lépe seznámeny se základy ošetrovatelské péče a jsou tzv. více „v obraze“. Naopak tomu je soubor vědomostí, který je hodnocen opačně, a to, že sestry bakalářky tzv. „více ví“. Autorka Vlčková (2013) ve své studii cíleně zkoumala názory na rozdíly chování ke studentům s a bez předchozího zdravotnického vzdělání. Její výsledky ukazují totéž. Studenti s předchozím zdravotnickým vzděláním jsou hodnoceni jako manuálně zručnější a šikovnější, včetně rychlejší orientace v chodu klinického oddělení. Dalším zajímavým ukazatelem z této tematiky byl věk studentů ze středních zdravotních škol, který se dle informantek pohybuje okolo šestnácti až sedmnácti let. Dle jejich tvrzení tito studenti nejsou dostatečně osobnostně zralí, aby věděli, zdali tuto práci chtějí vykonávat. Tedy informantky se odkazují na psychickou přípravu těchto studentů, neboť jednou ze základních schopností sestry je umění naslouchat, poradit a soucítit. Touto otázkou se také zabývá autorka Venglářová (2011), která se ve své monografii dotýká tématu vhodného věku studenta, který se poprvé setkává s pacientem a jeho potížemi. Uvádí, že rizikem nevyzrálé osobnosti může být také časný syndrom

vyhoření začínajících sester, avšak i studentů. Je tedy diskutabilní, který věk je vhodný, či kdy lze považovat studenta za vyzrálou osobnost. Tuto otázku a téma považuji za vhodné pro výzkum, jak z pohledu sester, tak z pohledu studentů.

Inovace v programu ošetrovatelství jsou součástí výuky studentů, které mohou být vnášeny do prostřední klinické praxe. Mým záměrem bylo prozkoumat, jak na tyto inovace studentů reagují sestry. Některé informantky se k tomuto tématu nevyjádřily, neboť se s tímto jevem ještě nesetkaly. Ostatní informantky se shodly, že se těmto inovacím nebrání, neboť je to studentova záležitost a je zásadní, aby jeho postup práce byl správný, dle daných standardů, aseptický a neublížoval jak ošetřujícímu, tak pacientovi. Tedy student může na klinické oddělení vnášet nové metody, postupy, nápady, inovace, avšak musí splňovat požadavky ošetrovatelského standardu. Na tyto inovace sestry reagují různě. Některé neshledávají problém s jejich provedením, některé se přiklánějí k vlastnímu prověřenému a naučenému postupu práce. Student by nejprve měl seznámit s těmito inovacemi svojí vedoucí sestrou, která za něj nese zodpovědnost. Toto tvrzení potvrzuje studie autorky Švidraňové (2014), která také zjišťovala názor na spolupráci mezi sestrami a studenty. Z jejich výsledků vyplynulo, že studenti jsou vždy při výkonech pod dozorem starší a zkušenější sestry.

Dalším výzkumným cílem byla analýza subjektivní koncepce informantek na vlastnosti, dovednosti a charakteristiky „dobré sestry“. Z výsledků je znám výčet vlastností a dovedností, které jsou charakteristickým vzorkem, jaká by sestra měla být. Tento soupis základních vlastností a dovedností lze také považovat za soubor předpokladů, které by student měl splňovat, aby spadl do požadavku „dobré sestry“. Do tohoto souboru patří: empatie, kladný přístup k lidem, týmový duch, komunikativnost, schopnost naslouchání, regulace neverbálních projevů, samostatnost, rychlost, organizační schopnost, bystrost, dostatek vědomostí, aktivní jednání, šikovnost a zručnost. Tímto tématem se zabývá mnoho studií, které zkoumají osobnostní vlastnosti sester z různých pohledů sociálních skupin. Např. osobnostní vlastnosti sestry z pohledu laické veřejnosti je jedním z cílů studie autorky Ploché (2012). Tyto výsledky diplomové práce potvrzují má tvrzení a shodují se, že nejdůležitějším aspektem v profesi sestry je umění se vcítit do prožitku druhé osoby, tedy synonymním označením je schopnost být empatický. Další důležité aspekty, které laická veřejnost požaduje od sestry, jsou profesionalita, pohotovost, vzdělanost, pečlivost, apod. Zajímavé je se zamyslet nad tím, kdo vlastně hodnotí osobnost sestry. Laická veřejnost vidí osobnost sestry pochopitelně jinak než sestra sama. Dovolují si konstatovat, že laická veřejnost preferuje spíše sociální soubor vlastností, z kterého lze vyčíst souhrn kladných charakterových vlastností. Kdežto hodnotí osobnost sestry sama sestra, výsledky mohou být trochu jiné, neboť do této profese má jiný vhled a preferuje jiné vlastnosti a dovednosti, které jsou důležité pro interní chod na oddělení, které laik nemusí znát. Tímto pohledem sester na jejich osobnostní vlastnosti se zabývá má studie, která jak jsem již výše vypsala, obsahuje soubor, kde lze tzv. mezi řádky vyčíst, že jsou více preferovány intelektové předpoklady pro sestru. To znamená preferenci aktivního jednání, rychlosti, vědomostí, organizační schopnosti, bystrosti, aj. Posledním nevyplněným bodem v tomto trojúhelníku pohledu na osobnostní vlastnosti a dovednosti sester jsou studenti. Výsledky zabývající se požadavkem a preferencí osobnostních vlastností a dovedností

sestry jsou známy ze studie autorky Švidraňové (2014). V této studii není konkretizována otázka na osobnostní vlastnosti a dovednosti sester z pohledu studentů, avšak diskuse prozrazuje vlastnosti a očekávání studentů od sester při průběhu klinické praxe. Mezi studenty preferované vlastnosti a schopnosti sester patří vedoucí schopnost, týmový duch, schopnost spolupráce, komunikativnost, motivující schopnost, schopnost podpory, kolegiálnost, profesionalita, aj. Prolínají se zde obě úrovně, jak intelektuálních, tak sociálních předpokladů. Pro shrnutí této tematiky považuji za důležité zmínit, že každý z výše zmiňovaného trojúhelníku, kde stojí sestra, laik a student, zaujímá jiný postoj a vztah k sestram. Proto jsou preference osobnostních vlastností a dovedností různé podle toho, kdo hodnotí tyto charakteristiky. Splnit všechny zmiňované požadavky na osobnost sestry je, dle mého názoru, nadlidský výkon. Každý z nás si osvojí tyto charakteristiky v jiné míře a dá jim jiné hodnoty a preference. Informantky potvrdily, že studenti naplňují jednotlivé charakteristiky, ale každý vyniká v jiných, někteří méně a někteří zase více. Je také spousta faktorů, které mají dopad na projev těchto vlastností a dovedností. Mezi ně patří časová náročnost tohoto povolání, směny, počet pacientů, stresové situace, apod. K těmto faktorům se taktéž informantky obracely.

Na základě předchozí kategorie, která se vyznačuje osobnostními charakteristikami sestry, vzniklo téma, které se zabývá reflexí ke klinické praxi, kterou prožily dotazované informantky. Důsledek vzniku tohoto tématu přisuzují uvědomění si informantek, co prožily a jaké chování zaznamenaly na své klinické praxi v rámci jednání se sestrami na oddělení. Všechny informantky se shodly na společném závěru. Každá z nich se vyjádřila, že mají i negativní zkušenosti ze své praktické výuky. Společnou odpovědí bylo, že nechtějí, aby tyto negativa prožily i nynější studenti a chtějí se jim vyvarovat.

Posledním tématem je role mentorky ošetrovatelství na klinickém oddělení. Velkým zklamáním bylo, že k otázce zkušeností s rolí sestry mentorky se hlásila pouze jedna informantka. Ostatní informantky se s touto rolí mentorky ošetrovatelství na svém oddělení nesetkaly, avšak by byly rády, kdyby na jejich oddělení byl zástupce této role. Sestra v roli mentora ošetrovatelství přináší mnoho výhod, jak pro studenta, tak pro kolektiv sester na oddělení. Výhoda je především v tom, že na spolupráci se studentem je připravena. Informantky především zmiňovaly časový prostor pro studenta, jednotný a komplexní přísun informací (teoretických i praktických) a splněná očekávání studentů od praktické výuky. Jako nevýhodu uvedly žádné finanční ohodnocení, či minimální benefity pro sestru v roli mentorky ošetrovatelství. Touto problematikou se také zabývá autorka Nečková (2013, s. 65-67), která ve své bakalářské práci velice výstižně prezentuje výsledky k tématu *Mentoring v ošetrovatelství*. Metodou kvalitativního výzkumu formou rozhovorů se studenty vznikly výsledky odkazující se právě na pozitiva a negativa této problematiky. Studenti uvedli dlouhý seznam pozitiv, které s sebou nese role mentorky ošetrovatelství. Mezi zástupce těchto pozitiv z pohledu studentů např. patří: „*efektivnější aplikace teorie v praxi; lepší organizace práce; možnost se na někoho obrátit; opadne nervozita z nového oddělení; motivace k práci; nemusíme si zvykat každý den na někoho jiného; apod.*“ Mezi negativa, která studenti uvedli, patří: „*málo času se mi věnovat, agresivní a nevhodné chování; mentorka na konci praxe neznala jméno ani příjmení studenta; apod.*“ Lze tedy konstatovat, že rolí mentorky na klinickém oddělení profitují nejen studenti, ale i sestry.

Bylo by prospěšné, kdyby se tato funkce mentora více prosadila a byla aplikována na více místech klinického prostředí.

7 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit pohled a očekávání sester na studenty v rámci klinické odborné praxe. Na základě stanovených DVC, které prohloubily výzkum hlavního výzkumného cíle, byla analyzována data a získány výsledky. Pro stanovené výzkumné otázky byly identifikovány odpovědi, které naplňují všechny určené cíle.

Výzkum byl realizován pomocí metody focus group. Data byla podrobena obsahové analýze a metodou otevřeného kódování byly získány výsledky. Pro výsledky byly vytvořeny jednotlivé kategorie a subkategorie.

Z výzkumu vyplynulo, že je nedostatečná pedagogická připravenost sester pro vedení studentů na odborné praxi. Jedná se o podíl sester na vzdělávání a hodnocení studentů v klinické praxi. Sestry uplatňují určité strategie výuky, ale nepropojují je s praktickými poznatky studentů, získané na základě zkušenostního učení s teoretickými vědomostmi. Neobjevila se žádná zmínka sester na inovativní postupy ve vedení studentů, jakými jsou např. koncept reflexivní praxe či supervize, což může být zapříčiněno tím, že ani jedna z účastnic výzkumu nebyla absolventkou certifikovaného kurzu pro mentory ošetrovatelství. Tyto aspekty zajišťují sestřám, ale především studentům účelnou spolupráci v rámci konání klinické praxe. Metodická nejednotnost ve vedení odborné praxe studentů sestrami v klinické praxi svědčí také pro mnohem intenzivnější potřebu rozvoje spolupráce fakulty a klinické praxe.

Aspekt, který účastnice ve výzkumu také intenzivně diskutovaly, byla autonomie a rozsah samostatnosti studenta v kontextu odborné praxe a rozsah jejich kompetencí a zodpovědnosti dle aktuálně platné legislativy ve vztahu ke studentům. Dále se informantky odkazovaly na požadavek aktivního postoje a přístupu studentů na klinickém oddělení a také zmiňovaly časově náročný program práce ve směně a z toho plynoucí nedostatek času, který by věnovaly vedení studenta na klinické praxi.

Analýza formy, četnosti a metody hodnocení sester na studenty bylo také předmětem výzkumného šetření. Výsledkem tohoto cíle byl požadavek aktivní přístup v poskytování zpětné vazby studentovi, a to jak negativní, tak pozitivní. Sestry zdůraznily důležitost zpětné vazby, rad a připomínek v klidném prostředí, mimo přítomnost pacienta a s asertivním přístupem ke studentovi. V rámci hodnocení studenta se výzkum zabývá otázkou samostatnosti studentů při výkonu klinické praxe. Na základě zhodnocení odpovědí sester je tento aspekt hodnocen kladně, avšak v tom významu, že jsou studenti schopni samostatné organizace práce a všímavosti potřeb pacientů. Sestry kvitují chování studenta se snahou stát se samostatnou sestrou. V tomto tématu se však promítla i upozornění na zodpovědnost za studenta, tedy samostatnost práce studentů v rámci výkonu ošetrovatelstvé péče je do jisté míry pro sestry nepřijatelná. Avšak tato míra je pro všeobecné sestry individuální.

Reakce sester na inovace, které studenti vnášejí do prostředí klinické praxe je dalším výzkumným cílem. Nejčastěji si sestry vyslechnou určité inovace, které jsou součástí výuky studentů a většinou vyhoví studentům a jejich inovativním praktikám, avšak vždy s jejich dohledem a souhlasem.

Hodnocení a zamyšlení se nad osobnostními charakteristikami prekonceptu „dobré“ sestry pro sestry je posledním cílem výzkumného šetření. Výsledkem je značný výčet vlastností a dovedností, které jsou sestrami považovány za důležité pro výkon profese sestry. Tento výčet byl shrnut do tří souborů, a to sociálních, intelektových a manuálních předpokladů.

Z rozvíjející se konverzace vznikla další možná témata, která by byla vhodná pro zpracování samostatného výzkumu. Tato témata se týkala zachování profesionálního postoje sester nejen k pacientům, ale i ke studentům, čímž sestry napomáhají ke zkvalitnění vztahu se studentem. Dále účastnicemi opakovaný rozdíl v úrovni znalostí a zejm. praktických dovedností mezi studenty ze středních zdravotnických a vysokých škol, popř. rozdíl mezi studenty z gymnázií a studenty ze středních zdravotnických škol. V neposlední řadě také došlo k zhodnocení povědomí o roli sestry mentorky ošetřovatelství. Smutným závěrem je, že pouze jedna sestra z mého výběru vzorku se setkala s touto funkcí mentora přímo na svém oddělení. Ostatní, po identifikaci znalosti této funkce zhodnotili potřebu sestry mentorky na svém oddělení.

Jako výslednou teorii si dovoluji uvést, že je nezbytná participace sester mentorek ošetřovatelství, neboť nejednotný postoj sester ve vedení studentů zhoršuje vzájemnou spolupráci. Sestra mentorka ošetřovatelství je na základě získání zvláštní kvalifikační způsobilosti proškolená ve vedení, hodnocení studentů a také se podílí na rozvoji jejich teoretických a praktických zkušeností.

8 Seznam použité literatury

1. AJGLOVÁ, Jana. Zkušenosti s klinickou výukou mentorů. In Teoria, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistencii. vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova Lékařská fakulta v Martine, 2009. 2009, s. 339-347. ISBN: 978-80-88866-61-9.
2. ANASTASSIADOU, Hana. Mentorská činnost v klinické praxi. In Kolektiv autorů. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2006. 109 s. ISBN: 80-7248-388-9. S. 6-11
3. BALLY, JM. *The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments*. Nurs Econ. 2007 May-Jun;25(3):143-8; quiz 149. Review.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. Týmová spolupráce z pohledu lékařů: vztah všeobecná sestra - lékař. In: *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 1998-. 2010, roč. 13, č. 1, s. 174-181. ISSN: 1213-6050.
5. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 285 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
6. BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN: 1210-0404.
7. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. *Prestiž povolání* [online] 2013 [cit. 2015-10-29]. Dostupný: <http://goo.gl/MJLrcY>
8. Certifikovaný kurz pro získání zvláštní odborné způsobilosti k výkonu povolání mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. Věstník MZ ČR č. 2/2011. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. © 2011 [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4705_2162_11.html
9. CLYNES MP a RAFTERY SE. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2008 Nov;8(6):405-11. doi:10.1016/j.nepr.2008.02.003. Epub 2008 Mar 26. Review.
10. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. 2007. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 655 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
11. ČÍŽKOVÁ, Lenka a Lenka SALCBURGEROVÁ. Vliv sestry na kvalitu a úroveň praktické výuky studentů. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 20-21. ISSN: 1210-0404.
12. DALE, Bjørg, LELAND, Arne a Jan Gunnar DALE. What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: Bachelor students' perceptions. *ISRN nursing*, 2013, 2013.
13. DLOUHÁ, Jana. 2009. Obecné vzdělávací kvality a pojem kompetence. *Envigogika* [online]. Univerzita Karlova, 4(1) [cit. 2015-10-29]. DOI:

<http://dx.doi.org/10.14712/18023061.35>. ISSN 1802-3061. Dostupné z: <http://goo.gl/EITRS8>

14. DEVITO, Joseph A. 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. [i. e. 2. vyd.]. Praha: Grada, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
15. FARKAŠOVÁ, Dana. 2006. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
16. FILIPOVÁ, Taťána. 2008. *Praktická výuka na odborných školách zdravotnických ve světle evropských strategických dokumentů*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zuzana Havrdová.
17. GULÁŠOVÁ, Ivica. Profesionální image sester. *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 18, s. 25. ISSN: 1805-2355.
18. HENDERSON A a E. EATON. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: what 'support' do nurses at the bedside need? *Nurse Educ Pract*. 2013 May;13(3):197-201. doi: 10.1016/j.nepr.2012.09.005. Epub 2012 Nov 9.
19. HRONÍK, František. 2006. *Hodnocení pracovníků*. Vyd. 1. Praha: Grada, 126 s. Vedení lidí v praxi. ISBN 80-247-1458-2.
20. HUDSON, Peter B., HUDSON, Suzanne M. a S. MAYNE. 2010. *Towards making a difference through a university-TAFE partnership : mentoring potential teacher aides*.

In: 2010 Australian Association of Research in Education (AARE) International Research in Education Conference, 28 November - 2 December 2010, University of Melbourne, Australia.

21. CHESSER-SMYTH PA a T. LONG. *Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland*. *J Adv Nurs*. 2013 Jan;69(1):145-57. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06001.x.
22. CHLUPOVÁ, Sabina. 2012. *Studenti nelékařských oborů na klinické praxi z pohledu pacienta*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Hana Pinkavová.
23. JAROŠOVÁ, Darja. *Organizace studia ošetřovatelství*. Ostrava: [s. n.], 2006.
24. JIČÍNSKÁ, Kateřina, 2008. *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*. *Sestra*. Roč. 18, č. 2, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

25. KOLAJOVÁ, Lenka. 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada, 105 s. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.
26. KOLAŘÍKOVÁ, Olga. 2005. *Téma osobnostních rysů v psychologii dvacátého století*. Vyd. 1. Praha: Academia, 114 s. ISBN 80-200-1214-1.
27. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 26-28. ISSN: 1210-0404.
28. KOPŘIVA, Michal. Mentoring [online]. 2009, 14. 11. 2008 [cit. 2015-11-14-10-18]. Dostupný z WWW: <http://goo.gl/dD1gkc>
29. KOTLÁROVÁ, Zuzana. 2008. *Kompetence všeobecných sester, zákon versus skutečnost*. Brno. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.
30. KRÁTKÁ, Anna. Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe [online]. Brno, 2010 [cit. 2015-11-16]. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Vlastimil Švec. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/124339/pedf_d/
31. KRUPKOVÁ, Simona a Zuzana HAVRDOVÁ. Napětí mezi přisuzovaným významem a možnostmi realizace pracovní role všeobecné sestry. *Kontakt*, 2013, roč. 15, č. 4, s. 359-369. ISSN: 1212-4117.
32. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 206 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
33. LAZAROVÁ, Bohumíra. Mentoring jako forma kolegiální podpory a strategie dobré školy. *Pedagogika*, Praha: UK Pedagogická fakulta, 2010, roč. 55, 3-4, s. 254 - 264. ISSN 0031-3815.
34. MARKOVÁ, Eva. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. *Kontakt*, 2012, roč. 14, č. 2, s. 129-136. ISSN: 1212-4117.
35. NEČKOVÁ, Adéla. Mentoring v ošetrovatelství [online]. Zlín, 2013 [cit. 2015-11-16]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Martina Cichá. Dostupné z: <http://goo.gl/bsb17s>
36. NEVORALOVÁ, Monika. 2012. Evaluační nástroje obecně: Ohniskové skupiny jako evaluační nástroj. In: *Klinika adiktologie* [online]. Praha: Univerzita Karlova [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://1url.cz/HtzOZ>
37. PLOCHÁ, Šárka. 2012. *Pohled laické veřejnosti na profesi všeobecná sestra*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jaroslava Nováková.
38. REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

39. RICHARDS, Zoe. 2013. Mentoring student's. *The RCN Learning Zone* [online]. 2015-11-17, **39**(27): 59 [cit. 2015-11-17]. Dostupné z: <http://goo.gl/7Yemg1>
40. SVOBODOVÁ, Hana. Sestry se bez změny vzdělání neobejdou. *Medical tribune*, 2012, roč. 8, č. 22, B2. ISSN: 1214-8911.
41. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 2002. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-850-4721-7.
42. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. Sesterská profesní role "advokáta pacienta". *Interní medicína pro praxi*, 2006, roč. 8, č. 12, s. 554-556. ISSN: 1212-7299.
43. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
44. ŠVIDRAŇOVÁ, Silvia. 2014. *Student jako člen ošetrovatelského týmu v průběhu praxe*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Josef Baxa.
45. VENDEL, Štefan. 2008. *Kariérní poradenství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1731-9.
46. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
47. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4712-628.
48. VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
49. *Věstník MZ ČR*. 2008. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2008, částka 6.
50. VLČKOVÁ, Darina. 2013. *Problematika praktické výuky všeobecných sester z pohledu studentů a sester*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Lucie Rolantová.
51. VODÁK, Jozef a Alžbeta KUCHARČÍKOVÁ. 2007. *Efektivní vzdělávání zaměstnanců*. 1. vyd. Praha: Grada, 205 s. Manažer. ISBN 978-80-247-1904-7.
52. VOLNÝ, Hynek a Sylva BÁRTLOVÁ. Pohled studentů na lékaře v rámci ošetrovatelské praxe. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 38-46. ISSN: 1212-4117.
53. Vyhláška č. 129/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. [cit. 2015-10-30]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
54. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků [online]. [cit. 2015-10-24]. Dostupný z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-kvyhlasce-c-sb->

kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinychodbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html/

55. ZAHRADNÍČEK, Tomáš. 2013. *Slovník cizích slov* [online]. 1. Hradec Králové: TZ-one [cit. 2016-01-15]. ISBN 978-80-87873-04-5. Dostupné z: <http://6b.cz/Qqo>
56. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
57. ZACHAROVÁ, Eva. Sociální komunikace – součást odborné erudice sestry. *Zdravotnické noviny*, 2009, roč. 58, č. 40, s. 28. ISSN: 1805-2355.
58. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
59. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
60. ZAKOPČANOVÁ, Monika a Katarína GERLICOVÁ. Význam komunikace mezi sestrami a studenty. *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 6, s. 21-23. ISSN: 1210-0404.
61. ZELENÍKOVÁ, Renáta. Mentoring v procese vzdelávania sestier. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství...: sborník příspěvků... Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne...* Opava : Slezská univerzita v Opavě, [2006]-. 2009, roč. 4, s. 165-170.
62. ŽAMPACHOVÁ, Milada. Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů. *Florence*, 2013, roč. 9, č. 4, s. 30-32. ISSN: 1801-464X.
63. WALKER S., DWYER T., BROADBENT M., MOXCHAM L., SANDER T. a K. EDWARDS. Constructing a nursing identity within the clinical environment: The student nurse experience. *Contemp Nurse*. 2014;49:103-12. doi: 10.5172/conu.2014.49.103.
64. WILSON AH., SANNER S. a LE. McALLISTER. An evaluation study of a mentoring program to increase the diversity of the nursing workforce. *J Cult Divers*. 2010 Winter;17(4):144-50.

Seznam zkratek

Aj. – a jiný

Apod. – a podobně

Bc. – titul bakalář

Č. – číslo

DVC – dílčí výzkumný cíl

DVO – dílčí výzkumná otázka

Mgr. – titul magistr

Např. – například

Odst. – odstavec

PhDr. – titul doktor filozofie

Popř. – popřípadě

Pozn. – poznámka

Sb. – sbírka zákonů

Tj. – to jest

Tzn. – to znamená

Tzv. – tak zvané

VOŠZ – vyšší odborná zdravotnická škola

VŠ – vysoká škola

Zejm. – zejména

ZVO – základní výzkumná otázka

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas se záznamem a zpracováním informací z diskuse

Příloha č. 2: Dílčí ukázka přepisu dat

Příloha č. 3: Základní pravidla ohniskových skupin

Příloha č. 4: Základní struktura otázek pro focus group

Příloha č. 1: Informovaný souhlas se záznamem a zpracováním informací z diskuse

Vážená paní, vážený pane,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze.

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na realizaci výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Pohled sester na studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné klinické praxe.*“. Cílem mé bakalářské práce je na základě realizace rozhovorů se sestrami/mentorkami klinické ošetrovatelské praxe zjistit, jak sestry vnímají a hodnotí studenty ošetrovatelství a jaká jsou jejich očekávání od studentů oboru všeobecná sestra v rámci realizace odborné klinické praxe.

Výzkum bude realizován formou ohniskové skupiny, tzn. skupinovou diskuzí, která bude nahrávána na diktafon a následně jako audionahrávka zpracována do písemné formy. Skupinová diskuse bude trvat přibližně 1 hodinu. Z tohoto výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika či nepříjemnosti. Účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky a bezpečí informantů kladu důraz především na tyto etické principy:

- **Autonomii** – v práci budou zveřejněna data v anonymizované podobě, tak aby identifikace informantů nebyla možná.
- **Diskrétnost** – s výzkumným materiálem nebude pracovat žádná jiná osoba kromě mě a vedoucí práce.
- **Dobrovolnost** – možnost kdykoliv odstoupit v průběhu realizace výzkumného šetření.

Děkuji za Vaši pozornost k těmto informacím. Tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu s výše uvedenými informacemi a potvrzení účasti na výzkumném projektu.

V.....dne.....

V.....dne.....

.....

.....

Jolana Kovaříčková

Kontaktní údaje:

E-mail: j.kovarickova@seznam.cz

Tel.: +420 605 312 294

Příloha č. 2: Dílčí ukázka přepisu dat

5. DVC: IDENTIFIKOVAT SUBJEKTIVNÍ NÁZOR KVALIFIKOVANÝCH SESTER NA VLASTNOSTI A KOMPETENCE STUDENTKY OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA, Z NÍŽ BUDE „DOBŘÁ“ SESTRA.

5. DVO: **Jaké charakteristiky a kompetence studenta oboru všeobecná sestra, z níž bude podle Vašeho názoru po ukončení studia „dobrá“ sestra předpokládáte?**

- I1) *„Šikovnost, empatie, aby nebyla líná, uměla pracovat, uměla vycházet s kolektivem.“*
- I2) *„Empatická a kladný přístup k pacientům jsou nejdůležitější.“*
- I3) *„Prakticky zručná, samostatná, aby si uměla sestavit ten plán práce, rychlá – někdo může být šikovný, ale trvá mu to hodinu. A hlavně nějaký vědomosti musí mít taky.“*
- I4) *„Šikovnost při výkonech, komunikace s pacientama i s kolektivem (sestry, lékaři), samostatná v práci.“*
- I5) *„Schopná hlavně, ale to co tu padlo, je samozřejmě jenom základ. Je rozdíl, když má někdo jednoho pacienta, než když jich pak má 6 nebo 9 a má na to stejný čas.“*
- I6) *„Vše už bylo řečeno“*

- **Do jaké míry stávající studentky naplňují, se přibližují, k tomuto Vašemu ideálu dobré sestry? Co postrádají? V čem vynikají?**

- I1) *„To je dost individuální. Někdo ty vlastnosti má a někdo ne.“*
- I2) *„Každý je jiný. Většinou jsou ty studentky šikovný a pro mě ideál naplňují.“*
- I4) *„Někdy jsou ještě potřeba léta praxe.“*
- I5) *„Většinou při té praxi zjistí, jestli to opravdu chtějí dělat. Nebo dělají školu jenom kvůli maturitě a pak jdou za jiným oborem.“*
- I6) *„Je velký rozdíl studenti z prvního ročníku než starší ročníky. Za průběh té praxe, v prvéku nemusí člověk naplňovat všechny vlastnosti a být tak šikovný, ale jako starší bude samostatná, šikovná, půjde jí to od ruky, dobrá komunikace oproti tomu než byla mladší.“*

Příloha č. 3: Základní pravidla ohniskových skupin

Základní pravidla ohniskových skupin:

- Hovoří vždy pouze jedna osoba;
- nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy;
- diskuse se účastní všichni přítomní účastníci;
- nikdo nemá dominantní roli;
- každý má právo říci svůj názor;
- každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, nemá ale právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat;
- každý má právo odmítnout odpovědět, pokud je mu odpověď nepříjemná (nepřijatelná), a nemůže být do odpovědi nucen;
- každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat;
- každý má právo v případě nutnosti ukončit svoji účast ve skupině;
- informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě;
- účastníci se oslovují jménem a nepoužívají pro oslovení nadávky atd.;
- záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů atd. (Nevoralová, 2012)

Příloha č. 4: Základní struktura otázek pro focus group

Základní struktura otázek pro focus group

1) ZMAPOVAT NEJČASTĚJI VYUŽÍVANÉ STRATEGIE ZE STRANY KVALIFIKOVANÝCH SESTER, POMOCÍ NICHŽ ZAPOJUJÍ STUDENTY OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA DO KAŽDODENNÍHO PROVOZU NA KLINICKÉM ODDĚLENÍ.

Jaké výukové strategie používáte, abyste podpořily profesní růst a rozvoj studenta oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

- *Představujete se studentovi aktivně sami nebo ho necháváte, aby se sám představil?*
- *Pomáháte studentům se adaptovat na nové prostředí oddělení? Pokud ano, jak konkrétně?*
- *Jak probíhá první den studenta na klinickém pracovišti? Představujete studenta jako svého kolegu ve Vašem týmu na oddělení?*
- *Jak často v průběhu Vaší pracovní směny student pracuje zcela samostatně, s dopomocí, pouze sleduje konkrétní činnost a výkon kvalifikované sestry?*
- *Jak oslovujete studenta?*
- *Jakou měrou se Vaše nálada odráží na chování ke studentovi?*
- *další...*

2) IDENTIFIKOVAT ZPŮSOBY A OBLASTI, JAKÝMI KVALIFIKOVANÉ SESTRY HODNOTÍ STUDENTY OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA V KONTEXTU ODBORNÉ PRAXE.

Jak hodnotíte studenty oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

- *Dle jakých kritérií hodnotíte studenty?*
- *Jak (forma, četnost) poskytujete zpětnou vazbu studentovi v rámci klinické ošetrovatelské praxe. Kdo nejčastěji studenta hodnotí, při jakých příležitostech?*
- *Poskytujete studentovi prostor pro diskusi/doplňující dotazy? Kdy nejčastěji diskusi realizujete? Čeho konkrétně, jakých témat, se diskuse mezi sestrou a studentem týká?*
- *Jaké rady studentům poskytujete? Čeho (tématické zaměření) se nejčastěji týkají?*
- *Jak hodnotíte přístup studentů k práci? Tzn., aktivně se vyptávají po výkonech, mají otázky, či naopak?*
- *Jaké rozdíly vnímáte, pakliže vůbec, mezi studentkami ze střední zdravotnické školy (budoucí zdravotnické asistenty) a studenty vysoké školy (bakalářkami)?*
- *další..*

3) ANALYZOVAT NÁZOR KVALIFIKOVANÝCH SESTER NA SAMOSTATNOST STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA V KONTEXTU OBDORNÉ PRAXE.

Jak hodnotíte samostatnost studentů oboru všeobecná sestra v kontextu odborné praxe?

- *Dáváte přednost vlastnímu úsilí studenta se zapojit? Jak?*
- *Navrhujete studentovi další alternativní postupy v jemu zadaných úkolech?*
- *další...*

4) ZJISTIT, JAK REAGUJÍ KVALIFIKOVANÉ SESTRY NA INOVACE, KTERÉ JSOU SOUČÁSTÍ VÝUKY OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA A JSOU VNÁŠENY STUDENTY DO KLINICKÉ PRAXE.

Jakým způsobem nejčastěji reagujete na inovace, které studenti oboru všeobecná sestra vnášejí do klinické praxe?

- *Jste otevření novým postupům, které přinášejí studenti ošetrovatelství ze školy do praxe? Jak hodnotíte tyto postupy?*
- *Preferujete vlastní naučené postupy? Proč?*
- *Uplatnily jste naučený postup ze školy k ošetrovatelským výkonům nebo jste se je naučili až praxí/prací?*
- *Obhájili jste si výkony a jejich postup nebo jste se musely podřídít chodu oddělení?*
- *další...*

5) IDENTIFIKOVAT SUBJEKTIVNÍ NÁZOR KVALIFIKOVANÝCH SESTER NA VLASTNOSTI A KOMPETENCE STUDENTKY OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA, Z NÍŽ BUDE „DOBŘÁ“ SESTRA.

Jaké charakteristiky a kompetence studenta oboru všeobecná sestra, z níž bude podle Vašeho názoru po ukončení studia „dobrá“ sestra předpokládáte?

- *Jaké vlastnosti jsou dle Vašeho názoru nejdůležitější v povolání všeobecné sestry?*
- *Jak byste svými slovy, volně charakterizovala „Dobrou sestru“. Jaké by měla mít znalosti, dovednosti, postoje?*
- *Do jaké míry stávající studentky naplňují, se přibližují k tomuto Vašemu ideálu dobré sestry? Co postrádají? V čem vynikají?*
- *další...*

