

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Praktická výuka na odborných školách zdravotnických ve světle
evropských strategických dokumentů

Autor práce: Taťána Filipová

Vedoucí magisterské práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Odborný konzultant: PhDr. Miroslava Zoubková

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem použila jen uvedené pramenů a literatury.

V Ústí nad Labem dne 26.6.2008

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., za odborné vedení diplomové práce, za ocenění a podporu.

Děkuji PhDr. Miroslavě Zoubkové, za odbornou konzultaci a také všem účastníkům výzkumu za vstřícnost a spolupráci.

Obsah

ANOTACE	6
ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. EVROPSKÉ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	11
1.1 <i>Evropská dohoda o vzdělávání sester č. 59, Role a vzdělávání sester</i>	11
1.2 <i>Směrnice</i>	11
1.3 <i>Mnichovská deklarace a Strategie SZO</i>	12
1.4 <i>Další důležité dokumenty</i>	13
2. VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER V ČR VE SVĚTLE EVROPSKÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ A VYBRANÝCH STÁTŮ EU	16
2.1 <i>Legislativa v ČR</i>	16
2.2 <i>Vstupní předpoklady</i>	17
2.3 <i>Délka odborného studia</i>	18
2.4 <i>Obsah studia</i>	19
2.5 <i>Kvalifikace vyučujících</i>	20
2.5.1 <i>Vzdělávání učitelek odborných předmětů a praktické výuky na zdravotnických školách</i>	21
2.5.2 <i>Vzdělání zdravotních sester participujících na výuce studentů</i>	26
2.5.3 <i>Mentorství</i>	29
2.6 <i>Vedení praktické výuky v jiných zemích EU</i>	35
3. VÝUKA STUDENTŮ OBORU DIPLOMOVANÁ VŠEOBECNÁ SESTRA NA VOŠZ	37
3.1 <i>Současná koncepce učebních programů oboru Diplomovaná všeobecná sestra na VOŠZ</i>	37
3.2 <i>Současný systém praktické výuky na VOŠZ v Ústí nad Labem</i>	38
3.2.1 <i>Modul Odborná praxe I</i>	38
3.2.2 <i>Modul Odborná praxe II</i>	38
3.3 <i>Připravované změny praktické výuky</i>	39
3.4 <i>Kompetence v ošetrovatelství</i>	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42
4. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	42
4.1 <i>Obecné hypotézy</i>	43

4.1.1 Pracovní hypotézy.....	43
4.2 Cíl výzkumu.....	44
4.3 Vize.....	44
5 VÝZKUMNÉ METODY A ORGANIZACE VÝZKUMU	45
5.1 Popis aktérů ve zkoumané realitě a jejich rolí, vymezení vlastní role.....	46
5.2 Etické aspekty výzkumu.....	46
6 REALIZACE VÝZKUMU	48
6.1 Přípravná část výzkumu.....	48
6.2 Příprava, výběr a organizace ohniskových skupin	49
7 VÝSLEDKY OHNISKOVÝCH SKUPIN A JEJICH DISKUSE.....	57
7.1 Shrnutí poznatků z výzkumu, konfrontace stanovených hypotéz.....	95
7.2 Sebereflexe výzkumníka	97
8 NÁVRH ZMĚN VEDENÍ PRAKTICKÉ VÝUKY NA VOŠZ A SŠZ V ÚSTÍ NAD LABEM	100
8.1 Společné aktivity vedoucí ke změně	100
8.2 Změny na úrovni školy.....	102
8.3 Změny na úrovni zdravotnické organizace	103
ZÁVĚR.....	104
SEZNAM ZKRATEK.....	110
LITERATURA	111
PŘÍLOHY	118

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na praktickou výuku na vyšších odborných školách zdravotnických a její soulad s evropskou direktivou. Dále se zaměřuje na vzdělávání učitelek ošetrovatelství – teoretické i praktické výuky, na vzdělání zdravotních sester participujících při praktické výuce studentů a také na mentorství, jako nový způsob vedení praktické výuky u nás. Seznamuje nás se současnou koncepcí praktické výuky na VOŠZ a připravovanými změnami na VOŠZ v Ústí nad Labem.

Praktická část se zaměřuje na spolupráci studentů, zdravotních sester a odborných učitelek během praktické výuky ve zdravotnickém zařízení. Odhaluje nejvýznamnější problémy, které během spolupráce vznikají. V závěru práce je předložen návrh některých změn, které by mohly vést ke zlepšení spolupráce v uvedené triádě.

Klíčová slova: evropské strategické dokumenty, diplomovaná všeobecná sestra, kvalifikace, vzdělávání, mentorství, kvalitativní výzkum, triáda, role, očekávání, komunikace, ošetrovatelské standardy, etika, reflexe, hodnocení, ocenění.

Anotace v anglickém jazyce: the theme of this diploma thesis is practical training of diploma nurses in relation to EU directives. It is also targeted on education of teachers of nursing – theoretical and practical education, on education of nurses who participate in teaching students and also on mentors, as a new form of giving practical training. It shows the conception of practical education as it is nowadays and the changes, that are now prepared in Diploma Nursing School in Usti nad Labem.

The practical part of this paper is targeted on cooperation of students, nurses and nursing teachers during practical training in hospital. It shows the main problems that are occurring there. The paper ends with recommendations of changes that could lead to better cooperation among the participating parties.

Key words: EU directives, diploma nurse, qualification, education, mentoring, qualitative research, triad, role, expectation, communication, nursing care standard, ethics, reflection, evaluation, appreciation.

Úvod

Tato diplomová práce je věnována problematice praktické výuky na Vyšších odborných školách zdravotnických a na implementaci změn v českém zdravotnickém školství, realizovaných na základě vstupu do Evropské unie. Tyto změny sledují mezi jiným i to, aby do praxe vstupovaly skutečně kvalitní zdravotní sestry, které budou schopny uskutečnit vizi plánovaného systému ošetrovatelské praxe a budou schopny ošetrovatelskou praxi měnit na základě vývoje ošetrovatelství. A to zejména proto, že mnohé zaváděné změny v ošetrovatelství se dlouhodobě nedaří do práce zdravotních sester a dalších zdravotníků na odděleních skutečně implementovat. Aby se tak stalo, musí k tomu teoretická i praktická výuka na zdravotních školách své studenty vést. Položila jsem si otázku, nakolik se to opravdu děje.

Práce je zaměřena především na spolupráci studentů, odborných učitelek a zdravotních sester během praktické výuky ve zdravotnických zařízeních.

Problematiku spolupráce v triádě student – zdravotní sestra – odborná učitelka (dále jen triáda) jsem si zvolila proto, že v současné době pracuji jako odborná učitelka na zdravotnické škole, vedu studenty během praktické výuky, a setkávám se s množstvím potíží, které spolupráce v triádě skýtá. Proto jsem se rozhodla zkoumat, jak proces praktické výuky vnímají jiné učitelky odborných předmětů a zdravotní sestry, které vedou praxi i studenti zdravotnické školy. Také jsem si položila otázku, nakolik je současný proces praktické výuky v souladu s evropskými dokumenty a strategií vzdělávání ve zdravotnických školách a rozhodla jsem se situaci analyzovat.

Cílem diplomové práce je identifikace problémových oblastí i silných stránek ve spolupráci zmíněné triády a návrh změny vedení praktické výuky na zdravotnické škole s ohledem na evropskou direktivu a možnosti organizace.

Práce je členěna na dvě části – teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou přiblíženy evropské strategické dokumenty, které měly nebo mají, na vývoj v ošetrovatelství u nás, vliv. Dále je zde uveden přehled změn v české legislativě, které byly uskutečněny na základě vstupu České republiky do Evropské unie a sledování, zda jsou změny v souladu s evropskou direktivou. Je zde diskutováno vzdělávání odborných učitelek ošetrovatelství (teorie i praxe), vzdělání zdravotních sester participujících na výuce studentů a nově zaváděné mentorství. Detailněji je zde přiblížena praktická výuka

studentů oboru diplomovaná všeobecná sestra a připravované změny na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední škole zdravotnické v Ústí nad Labem.

V praktické části předkládám výsledky kvalitativního výzkumu, který byl zaměřen na praktickou výuku na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední škole zdravotnické v Ústí nad Labem, zejména na spolupráci v triádě. Stěžejní výzkumnou metodou byla realizace tří ohniskových skupin - se studenty, odbornými učitelkami a zdravotními sestrami. Na základě výsledků výzkumu předkládám návrh na změny praktické výuky na uvedené zdravotnické škole a ve zdravotnickém zařízení, kde praktická výuka probíhá.

I. Teoretická část

Ze strategických dokumentů týkajících se všeobecných sester a porodních asistentek ve státech Evropské unie (dále jen EU) a některých dokumentů platných a Českou republikou akceptovaných ještě před vstupem do Evropské unie vyplývá, že poptávka po kvalitně vzdělaných samostatně pracujících kvalifikovaných sestřích bude stále vyšší, a to vzhledem ke vzrůstajícímu počtu nemocí, zhoršující se demografické situaci, vzhledem ke stále náročnějším technologiím uplatňovaným ve zdravotnictví a také veřejnosti vyžadující lepší a kvalitnější péči. Jedním z cílů zemí EU je kongruentní vzdělávací systém pro všeobecné sestry a porodní asistentky, který umožní jejich migraci v rámci členských států s možností uznání kvalifikace v oboru z jiné členské země.

V České republice (dále jen ČR) již došlo, pod vlivem vstupu do EU, k mnoha změnám v oblasti vzdělávání zdravotních sester. Systém jejich vzdělávání, donedávna v Evropě ojedinělý, je průběžně nahrazován a transformován novým, odpovídajícím evropské direktivě. Vzdělání všeobecné zdravotní sestry a porodní asistentky se přesunulo ze středoškolské úrovně na vyšší odbornou nebo bakalářskou, na středoškolské úrovni vznikl nový obor – zdravotnický asistent, který může pracovat pod dohledem všeobecné sestry či porodní asistentky vzdělané na vyšší odborné škole nebo na vysoké škole. Značně se rozšířila síť bakalářských studijních programů oboru všeobecná sestra a porodní asistentka, aby byla pokryta jednak poptávka po tomto typu vzdělání, ale také poptávka po všeobecných sestřích a porodních asistentkách ve chvíli, kdy již budou ze střední školy vycházet zdravotničtí asistenti.

1. Evropské strategické dokumenty

1.1 Evropská dohoda o vzdělávání sester č. 59, Role a vzdělávání sester

Základním dokumentem, o který se opírají mnohé další evropské či světové strategické dokumenty a organizace v rámci vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek, je Evropská dohoda o vzdělávání sester č. 59¹(10), kterou v roce 1967 vypracovala a v roce 1972 vyhlásila Rada Evropy. Ještě před vyhlášením se k dohodě přihlásilo 12 evropských zemí, později všechny členské státy EU a významné organizace – Světová zdravotnická organizace² (dále jen SZO), Mezinárodní rada sester³(dále jen ICN), aj. (60, s. 21-23). Dokument určuje minimální standard vzdělávání sester. Definiuje podmínky, za jakých je poskytováno vzdělání všeobecným sestram, podmínky nezbytné pro přijetí do ošetrovatelské školy, délku a obsah vzdělávacího programu, podmínky pro organizaci, která vzdělání poskytuje a způsob ukončení tohoto vzdělání.

Výše uvedená Evropská dohoda o vzdělávání sester č. 59 je stručná, nicméně v roce 1995 byla doplněna o podrobnější rozpracování jednotlivých bodů v dokumentu Rady Evropy - Role a vzdělávání sester⁴(69). Dle průzkumu Rady Evropy z roku 1997 státy EU před rozšířením kritéria výše uvedených dokumentů splňovaly. U českého zdravotnického školství tomu až do nedávné doby tak nebylo (60).

1.2 Směrnice

V rámci harmonizačních procesů v EU se Evropská komise v sedmdesátých a osmdesátých letech zabývala přípravou směrnic pro jednotlivá povolání, tzv. oborových směrnic. V rámci těchto směrnic vznikly minimální profesní standardy, které určují minimální kvalifikaci v oboru, vzájemně uznávanou všemi členskými státy. Hlavním smyslem bylo umožnit svobodnou migraci za prací po státech EU s podmínkou uznání kvalifikace v dotčené zemi EU. Postupem času se oborové směrnice jevily jako nepružné a na přelomu osmdesátých a devadesátých let byly přijaty tzv. obecné systémové směrnice. Ty říkají, že „jedinec uznáný jako odborník v jednom členském

¹ European agreement on the instruction and education of nurses

² World Health Organization

³ Internacional Council of Nurses

⁴ The role and education of nurses

státě, musí být uznán jako odborník i v jiném členském státě EU za předpokladu, že daná profese patří k regulovaným⁵ oborům“ (64 - I, s. 11).

Ošetřovatelství se týkají dvě směrnice (porodní asistence další dvě), a to Směrnice 77/452/EHS, která popisuje kvalifikace v jednotlivých zemích pokládané za harmonizované s minimálními standardy EU, a Směrnice 77/453/EHS, která popisuje povahu a obsah minimálního akceptovatelného vzdělávacího programu (64 - I, s. 13).

1.3 Mnichovská deklaráce a Strategie SZO

Významným krokem k posílení pozice ošetřovatelství a porodní asistence byla Mnichovská deklaráce z roku 2000, na niž skupina expertů SZO připravila novou strategii vzdělávání, tzv. Evropskou strategii Světové zdravotnické organizace⁶ (dále jen Strategie SZO), vymezující směry vzdělávání v oborech ošetřovatelství a porodní asistence. Tento dokument má doporučující charakter, jeho podpisem však i ČR vyjádřila souhlas s jeho aplikací v následujících letech (60, s. 21-23). Strategie SZO udává směr vývoje ve vzdělávání v ošetřovatelství a porodní asistenci a definuje úvodní vzdělání v ošetřovatelství a porodní asistenci. Přílohy Strategie SZO se týkají studijních programů, vzdělávání a školení založeného na kompetencích, dále studijních programů orientovaných na cíle Zdraví 21, strategie výuky, učení a hodnocení s důrazem na vzdělávání dospělých, kontroly kvality a hodnocení vzdělávání, kritérií přípravy sester nebo porodních asistentek, na roli edukátorů a mentorů, kritérií monitorování kvality školy a akreditací škol a kritérií národní a mezinárodní akreditace (64 - II, s. 34). Na základě Strategie SZO došlo v zemích EU k legislativním úpravám i úpravám studijních programů pro obor ošetřovatelství a porodní asistenci. V ČR byly změny významné, neboť systém zdravotnického školství byl v Evropě ojedinělý (např. vzdělávání zdravotních sester na středních školách).

Dalším významným dokumentem je program SZO Zdraví pro všechny ve 21. století (dále jen Zdraví 21), schváleným vládou ČR v říjnu 2002 (77). Vláda se také zavázala, že program rozpracuje na národní úrovni. Zdraví 21., konkrétně cíl č. 18, se

⁵ Regulovaným povoláním nebo činností se rozumí takové povolání nebo činnost, pro jejichž výkon jsou právními předpisy členského státu EU předepsány určité požadavky, bez jejichž splnění nemůže osoba toto povolání či činnost vykonávat (např. stupeň a obor vzdělání, praxe, bezúhonnost, zdravotní způsobilost atp.)⁽⁵⁴⁾

⁶ WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education

zaměřuje na přípravu zdravotnických pracovníků. Tento cíl je rozpracován do čtyř dílčích cílů. Ošetrovatelstvím, respektive vzděláváním všeobecných sester a porodních asistentek se zabývá dílčí cíl č. 1, který je zaměřen na vzdělání odborné zdravotnické veřejnosti odpovídající zásadám Zdraví 21. Jednou z aktivit k dosažení dílčího cíle č. 1 je „spolupráce při úpravě postgraduálního zdravotnického vzdělávání, která by umožnila odborné zdravotnické vzdělávání srovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi a akceptovatelné, zvláště v zemích EU“ (52). Problematické vidím upřednostnění úpravy postgraduálního vzdělání, protože u všeobecných sester a porodních asistentek bylo v roce 2002⁷ potřeba vyřešit kvalifikační/ pregraduální vzdělávání, které bylo v evropských zemích v dané době svým charakterem výjimečné a v rámci harmonizace, před vstupem do EU, existoval tlak na jeho úpravu. Výstupem tohoto dílčího cíle mělo být přijetí zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. Podstatné však je, že v současné době je již vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek a dalších nelékařských povolání ošetřeno zákonem 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) (90), a dalšími zákonnými normami.

Další dílčí cíle se již vzděláváním zdravotních sester a porodních asistentek nezabývají. Vzhledem k významu ošetrovatelství a posilující roli zdravotních sester a porodních asistentek si myslím, že bylo rozpracování a zaměření cíle č. 18 ve Zdraví 21 v ČR podceněno. Pro tuto práci však není nutné, se tím podrobněji zabývat.

1.4 Další důležité dokumenty

Následující dokumenty se vztahují především k vysokému školství, nicméně je považují za důležité, a proto je uvádím. Zmiňuji je též proto, že systém vyšších odborných škol zdravotnických (dále jen VOŠZ) u nás není řazen, na rozdíl od jiných evropských zemí, do vysokoškolského systému. Naše VOŠZ splňují kritéria mnoha evropských strategií, úmluv a deklarácí (Strategii SZO, kreditní systém, dodatek a absolventskému diplomu v cizím jazyce apod.), týkajících se právě vysokoškolského studia, nicméně tam nejsou řazeny. Jako příklad můžeme uvést německé

⁷ Rok schválení Zdraví 21 vládou České republiky

Fachhochschulen, které odpovídají našim vyšším odborným školám, jsou stejně jako naše VOŠZ více prakticky zaměřené, nicméně nabízejí plnohodnotné vysokoškolské studium s dosažením akademického titulu. Stejně jako u nás se ale můžeme setkat s tím, že univerzity mají zpravidla lepší zvuk (17). I přesto, že se několik ředitelů vyšších odborných škol (dále jen VOŠ) začalo zasazovat o zařazení VOŠ do vysokoškolského systému, je to stále otázka poměrně dlouhé doby, než se tak stane, pokud k tomu dojde. V současné době je připravena a diskutována mezi odbornou veřejností nová verze Bílé knihy, která se zabývá vysokoškolským studiem a taktéž transformací vyšších odborných škol na profesní bakalářské studium. Transformace VOŠ by se měla týkat jen některých, patrně těch větších. Problém bude u VOŠ, respektive VOŠZ, které v místě svého působení „soupeří“ s vysokými školami, jak je to např. v Ústí nad Labem. V tomto dokumentu se také navrhuje, aby se z VOŠ staly dvouleté profesní školy, které by se řadily do terciárního vzdělávání. Problémem zdravotnických oborů je legislativou stanovená minimální hodinová dotace praktické výuky, kterou nelze do dvou let vtěsnat. Bílá kniha vznikla na základě Boloňské deklarace a vychází také z šetření expertů OECD, které proběhlo v roce 2006.

Mezi významné dokumenty, týkající se vzdělávání a mobility v rámci EU patří Úmluva o uznávání kvalifikací týkajících se vysokoškolského vzdělávání v evropském regionu podepsaná v roce 1997 v Lisabonu.

Dalším dokumentem, který posunul evropský systém vysokého školství kupředu, je Sorbonnská deklarace, podepsaná v Paříži v roce 1998. Deklarace se zaměřuje na uznávání titulů, celoživotní vzdělávání, mobilitu vysokoškolských studentů i učitelů. K této deklaraci se připojila i Česká republika (59).

Na Sorbonnskou deklaraci, která se setkala s velkým ohlasem, navazuje Boloňská deklarace o vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání do roku 2010, podepsaná v Boloni v roce 1999. „Evropským zemím se otevřela možnost využít jedinečnosti svých vzdělávacích systémů a vytvořit z nich systém evropský. Hlavními rysy nového systému je přijetí tří srozumitelných a srovnatelných stupňů vysokoškolského vzdělávání - bakalářského, magisterského a doktorského; systém, jehož první cyklus (bakalářský) nebude trvat méně než 3 roky a povede k vysokoškolskému diplomu; k vypracování systému kreditů jako vhodného prostředku podpory všestranné studentské mobility, a prostupného i do jiných systémů než

vysokoškolského, např. do oblasti celoživotního vzdělávání; podpora evropské spolupráce v udržování kvality vysokoškolského vzdělávání (vypracování srovnatelných kritérií a metodologie) a podpora evropské spolupráce v oblasti zpracování obsahu vzdělávání“ (5).

Dalším důležitým bodem v budování společného Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání se stal v květnu 2001 Pražský summit. V tzv. Pražském komuniké byly stanoveny priority, z nichž jedna se týkala spolupráce uznávání dokladů a využívání ETCS⁸ kreditů, další pak prostupnosti systémů, jak na národní, tak na evropské úrovni (38).

Z tzv. Berlínského komuniké z roku 2003 vzešly priority, které se týkaly uznávání vzdělávání (celého i jeho částí) včetně ratifikace Lisabonské úmluvy o uznávání kvalifikací a dodatku k diplomu v cizím jazyce, který student obdrží bezplatně (53).

Pátá a šestá konference ministrů se uskutečnila v Bergenu (v roce 2003) a v Londýně (v roce 2007). V Bergenu se kladl důraz na implementaci Boloňského procesu, v Londýně ministři diskutovali zprávu, tzv. Inventuru, která prokázala, že za osm let společné snahy dosáhly evropské země ve vytváření společného Evropského prostoru vysokého školství významného pokroku (11, 71).

⁸ European Transfer Credit System

2 Vzdělávání všeobecných sester v ČR ve světle evropských strategických dokumentů a vybraných států EU

V rámci harmonizačních procesů došlo u nás k významným změnám zdravotnického školství na úrovni pregraduálního vzdělávání zdravotních sester, i jejich celoživotního vzdělávání. Cílem bylo sjednotit nebo upravit vzdělávací programy všeobecných sester a porodních asistentek tak, aby byly v jednotlivých zemích EU srovnatelné, ale také akceptovatelné pro možné uznávání kvalifikací a migraci sester v rámci zemí EU.

Byl vytvořen mezinárodní poradní výbor, který měl na základě srovnání vzdělávacích systémů v 15 členských zemích sestavit soubor minimálních požadavků, které by zaručovaly dostatečně vysokou úroveň základních znalostí a dovedností a též by zaručovaly určitý standard péče o pacienta. Potvrzení o ukončení takového vzdělání by bylo automaticky uznáno ve všech členských zemích. Ukázalo se, že srovnávání je velmi obtížné, a tak byla stanovena 4 kritéria pro všeobecnou sestru: vstupní předpoklady k přijetí, délka odborného studia, obsah studia a kvalifikace vyučujících (79, s. 32-33).

V následujícím textu se zaměřím na srovnání, nakolik je v současné době vzdělávání všeobecných sester u nás v souladu s vybranými kritérii směrnic EU, s některými principy Strategie SZO, popřípadě s dalšími dokumenty a deklaracemi EU a také vybranými státy EU.

2.1 Legislativa v ČR

Vstupem do EU se Česká republika zavázala přijmout mnoho opatření vedoucích ke změnám týkajících se ošetrovatelství a porodní asistence. Jeden z principů Strategie SZO říká, že „ošetrovatelství a porodní asistence musí být nedílnou součástí základního legislativního a regulačního rámce zdravotnických profesí...“ (64). Na základě výsledků hodnotící Evropské komise z roku 2002, která posuzovala „připravenost systému vzdělávání v ČR, způsobilost k výkonu specificky regulovaných zdravotnických povolání a vzájemné uznávání kvalifikací“ (80), vzešly v roce 2004 v platnost následující legislativní normy:

- 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),

- vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,
- vyhláška č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- Koncepce ošetrovatelství,
- nařízení vlády č. 463/ 2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí,
- vyhláška č. 470/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku (o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka),
- vyhláška č. 39/ 2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Některými výsledky těchto legislativních změn, které jsou srovnatelné s jinými zeměmi EU, se budeme zabývat detailněji v následujícím textu.

2.2 Vstupní předpoklady

Podle dokumentů Rady Evropy – Role a vzdělávání sester, Směrnice Rady Evropy 77/453/EHS a Strategie SZO, platí následující vstupní předpoklady: „do ošetrovatelské školy jsou přijímáni uchazeči po ukončeném středním všeobecném vzdělání ve věku 18 let“ (62, 69), „přijetí ke studiu je možné po úspěšném dokončení středoškolského vzdělání...“ (64).

V Dánsku se mohou uchazeči na obor všeobecná sestra hlásit nejdříve po 12 letech školní docházky, obvyklý věk studentů při zahájení je 22 let (25). V Rakousku musí mít uchazeči o studium 10 let všeobecného vzdělání, nesmějí být mladší 17-ti let a starší než 35 let. Maturita není podmínkou k přijetí (26, s. 12; 8, s. 20). V Holandsku se

lze přihlásit ke studiu od 16,5 roku věku, ale přednost je dáována studentům starším 18-ti let (41, s. 12).

V ČR bylo vzdělávání všeobecných sester na středních školách zdravotnických ukončeno ve školním roce 2006/2007, kdy vyšli poslední absolventi. V současné době se lze přihlásit na vyšší odbornou školu nebo vysokou školu po absolvování kterékoliv střední školy, tedy po 13 letech školní docházky. Uchazečům je zpravidla 19 let. Tento požadavek tedy splňujeme.

2.3 Délka odborného studia

Směrnice Evropské komise i Strategie SZO určují minimální délku studijního programu pro všeobecné sestry a porodní asistentky na 3 roky (62, 64). Přesto, že jsou některá kritéria na první pohled jasná, vznikají mezi jednotlivými zeměmi významné rozdíly. Délku studia, tedy minimálně 3 roky, země zpravidla splňují, nicméně rozdíl je v počtu měsíců a délce vyučovacích hodin. Např. ve Španělsku a Portugalsku trvá studium 27 měsíců, ve Francii 37,5, což je 116 – 168 týdnů nebo 2568 – 5200 hodin studia. Vyučovací hodina může mít 40 – 60 minut (79).

V ČR se v posledních několika letech učební program pro studijní obor Diplomovaná všeobecná sestra několikrát měnil a v příštím školním roce se opět měnit bude. Při vzniku vyšších zdravotnických škol byla délka studia rozvržena do tří let s celkovou hodinovou dotací 1910 hodin, z toho byla praktická výuka v délce 992,5 hodiny (74). V roce 2004 došlo ke změně studijního programu na 3,5 roku v celkové délce 4600 hodin, z toho praktická výuka v délce 2301 hodin (73), čímž byly splněny platné Směrnice Evropské komise⁹, které stanovují nejen minimální délku studia na 3 roky, ale také hodinovou dotací 4600 hodin, z toho 50% (2300 hodin) musí být vykonávaná praxe (64).

Vzhledem k tomu, že je v současné době studium v uvedeném oboru na vyšší škole delší než bakalářské studium na vysoké škole, bude v učebním programu oboru Diplomovaná všeobecná sestra opět změna. Studium bude zkráceno na 3 roky, aby nepřesahovalo délku bakalářského studia. Studium bude v rozsahu 4640 hodin, z toho praktická výuka bude v délce 2300 hodin (83).

⁹ 77/452/EEC novelizováno směrnici 89/595/EEC

2.4 Obsah studia

Obsah studia pro všeobecné sestry je rozpracován v několika dokumentech EU. Jako první byl obsah studia popsán v Evropské dohodě o vzdělávání sester č. 59, pak rozpracován v dokumentu Rady Evropy „Role a vzdělávání sester.“ Když srovnáme obsah studia oboru Diplomovaná všeobecná sestra na VOŠZ s obsahem uvedeným ve směrnici Rady Evropy 77/453/EHS, zjistíme, že požadavky na obsah studia v plné míře splňujeme. A to v požadavcích na teoretickou i praktickou přípravu studentů. Splňujeme také požadavek na výhradně odborné studium.

„Úspěšné absolvování programů ošetřovatelství a porodní asistence musí vést k získání odborné kvalifikace všeobecné sestry nebo porodní asistentky“ (64). Zákon č. 96/ 2004 Sb. upravuje odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry v §5. Jsou zde zahrnuty i všeobecné sestry, které získaly svou kvalifikaci na vyšší odborné škole zdravotnické a všeobecné sestry, které získaly svou kvalifikaci v bakalářském studijním programu. Jsou zde zohledněny i zdravotní sestry, které vystudovaly ve studijních programech platných do roku 2004, tedy před tím, než byl uvedený zákon přijat.

Za zmínku stojí i situace v některých zemích EU. Např. v Dánsku probíhá vzdělávání všeobecných sester formou neuniverzitního vyššího vzdělání. Délka studia je 3,5 roku (25). V Rakousku se sestry vzdělávají na odborných školách. Kvalifikovat se mohou jako diplomované všeobecné sestry, diplomované dětské sestry nebo diplomované psychiatrické sestry. Na univerzitě mohou ve dvouletém nástavbovém studiu získat kvalifikaci pro výuku ošetřovatelství nebo pro funkci vedoucích ošetřovatelské péče (26, s. 12). V Norsku získávají sestry kvalifikaci v bakalářských studijních programech, které si dále mohou rozšiřovat v magisterských a doktorandských programech (43, s. 8). Ve Finsku existují dvě úrovně sester. Diplomované sestry bakalářky, které absolvovaly 3,5leté vzdělání na vysoké škole, tzv. polytechnice a sestry pomocné, které absolvovaly 2,5letý kvalifikační kurz. Práce obou typů sester je podobná a v mnohém se překrývá (78, s. 22). Také v Holandsku existují dvě úrovně sester. Sestra první úrovně zajišťuje ošetřovatelský proces (odebírání ošetřovatelskou anamnézu, stanovuje ošetřovatelské diagnózy, cíle a plán péče, dohlíží na realizaci a hodnotí dosažení cílů), sestra druhé úrovně plní všechny ošetřovatelské činnosti (plní jednotlivé kroky ošetřovatelského plánu). Stejně to bylo zamýšleno i u

nás, dvouúrovňovému systému odpovídala i dobrovolná registrace sester iniciována Českou asociací sester, která rozlišovala sestry typu A a B. Sestry typu A měly specializaci, vyšší a vysokoškolské vzdělání, sestry typu B středoškolské vzdělání. V praxi se tento dvouúrovňový systém neujal. Pokud by se ovšem do praxe prosadil (rozdělení by se týkalo vysokoškolsky vzdělaných sester a sester s vyšším vzděláním, event. jiným než vysokoškolským), potom by měly smysl i dvě úrovně vzdělávání všeobecných sester.

Jeden z principů, který tedy nesplňujeme, je existence jedné úrovně kvalifikované sestry, a to s univerzitní hodnotí (64). Nicméně je to jeden z principů, na který nedosahují i další země EU. V současnosti u nás existují dvě úrovně pregraduálního vzdělávání všeobecných sester (ne porodních asistentek, ty tento požadavek splňují), a to na vyšších odborných školách zdravotnických a na vysokých školách a univerzitách v bakalářských studijních programech. Problémem je uznávání kvalifikace právě u studentů z vyšších odborných škol zdravotnických v jiných zemích EU. A to i přesto, že naše VOŠZ a studijní programy pro Diplomované všeobecné sestry splňují v mnoha ohledech stejné požadavky, které jsou kladeny na bakalářské studijní programy. Je to např. modulový systém výuky, systém ETCS kreditů, délku studia, obsah studia atd. Modulový systém výuky umožňuje individualizaci výuky, lepší propojení primárního odborného a celoživotního vzdělávání, možnost spolupráce s vysokými školami včetně uznání získaného vzdělání nebo jeho částí (73, 83). Tato „prostupnost“ dosud nebyla možná (57, s. 14-15), protože k hodnocení na VOŠZ nebyly využity ETCS kredity, což je velký nedostatek.

2.5 Kvalifikace vyučujících

Zdravotnické školství se opírá o legislativu tvořenou Ministerstvem zdravotnictví ČR a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Zákonné normy a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ošetřují zejména podmínky vzdělávání zdravotnických pracovníků, jejich registraci a specializační vzdělávání, Ministerstvo školství ošetřuje systém jednotlivých stupňů vzdělávání, vzdělání pedagogických pracovníků apod. Právní předpisy vydávané Ministerstvem zdravotnictví jsou uvedené v předchozí kapitole. Předpisy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, jsou následující (zmiňují pouze nejdůležitější, které se týkají této práce):

- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon),
- zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících,
- vyhláška č. 10/2005 Sb., o vyšším odborném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (vyhláška č. 470/2006 Sb.),
- Bílá kniha - národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Formuje vládní strategii v oblasti vzdělávání. Strategie odráží celospolečenské zájmy a dává konkrétní podněty k práci škol.

Vzhledem k tomu, že kvalitní výuka studentů se neobejde bez kvalitních učitelů, sester-školitelek nebo mentorů, zabývám se vzděláním těch, kteří se na výuce nejvýznamněji podílejí, podrobněji.

2.5.1 Vzdělávání učitelek odborných předmětů a praktické výuky na zdravotnických školách

Podmínky pro výkon činnosti pedagogických pracovníků upravuje zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (92). Zákon odlišuje učitele odborných předmětů a učitele praktického vyučování, a pro každého z uvedených „typů“ platí jiné kvalifikační podmínky. Následující text je zaměřen především na učitele studentů oboru diplomovaná všeobecná sestra (na VOŠZ). Pro srovnání uvádím také kvalifikační požadavky na učitele žáků oboru zdravotnický asistent (na střední zdravotnické škole).

Učitel odborných předmětů

Učitel odborných předmětů *střední* školy, dle §9 odst. 1, „získává kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřeném na přípravu učitelů odborných předmětů střední školy, nebo studijního oboru, který odpovídá charakteru vyučovaného předmětu, a vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném bakalářském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřeném na přípravu učitelů střední školy, nebo vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na přípravu učitelů střední školy, nebo studiem pedagogiky podle §22 odst. 1“ (92).

§11 odst. 1 stanoví, že „učitel odborných předmětů vyšší odborné školy získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu studijního oboru, který odpovídá charakteru vyučovaného předmětu“ (92). Nehovoří se zde, na rozdíl od učitelů vyučujících na střední škole, o žádném pedagogickém vzdělání či zaměření.

Co se týká magisterských studijních programů pro učitele odborných předmětů na zdravotnické škole, je jich v současné době velmi omezené množství. Mezi nejstarší a možná učitelé i nejžádanější patří Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.¹⁰ V minulosti bylo možné studovat tento obor na třech univerzitách. Mezi prvními byla Filosofická fakulta UK v Praze, kde byl později tento obor upraven do dvou studijních kombinací Pedagogika – ošetrovatelství (původně pedagogika – péče o nemocné) a Psychologie – ošetrovatelství (původně psychologie – péče o nemocné) (6). V současné době již tento obor není na Filosofické fakultě Univerzity Karlovy (dále jen UK) otevřen a jeho otevření se neplánuje (46). Rovněž na 1. Lékařské fakultě UK bylo možné tento obor studovat¹¹, a to od akademického roku 2002/03. V roce 2005/2006 byli přijati poslední uchazeči, kteří ukončí nejpozději v akademickém roce 2007/08 (70). O akreditaci oboru sice bylo žádáno¹², nicméně nebyla prodloužena a v současné době není obor otevřen (93). Další fakulta, kde bylo možné Učitelství odborných předmětů studovat, byla Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Tento obor vycházel ze studijního programu Filosofické fakulty UK. Rovněž v průběhu let změnil název na Pedagogika – ošetrovatelství, ale v roce 1990 byl obnoven původní název, rozsah i obsah původního studijního plánu (6). Studium probíhalo v prezenční i kombinované formě, později jako tříleté navazující magisterské studium¹³, ale v roce 2002 nebyla tomuto oboru prodloužena akreditace (6). V roce 2007 fakulta opět žádala o akreditaci, tentokrát dvouletého navazujícího magisterského studia, akreditace byla úspěšná a v akademickém roce 2008/09 bude tento obor otevřen (29). Prezenční magisterské studium je stále akreditováno¹⁴, ale již nepřijímá a nebude přijímat nové studenty (29). Dalším místem, kde bylo možné vystudovat Učitelství odborných

¹⁰ V době kdy neexistovaly vyšší odborné zdravotnické školy, šlo o Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy

¹¹ Obor měl změněný název na Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

¹² V listopadu 2006

¹³ navazovalo na bakalářské studium ošetrovatelství na lékařských univerzitách UP a dalších univerzit

¹⁴ Do 30.10.2010

předmětů pro zdravotnické školy, byla Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně. V roce 1974 vyšli první absolventi tohoto oboru¹⁵, v roce 1991 poslední. V současnosti není tento obor ani na této fakultě otevřen.

Z uvedených informací vyplývá, že studovat obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy je pro mnoho zájemců nedosažitelné. V nejbližší době bude tento obor otevřen pouze na Pedagogické fakultě UP v Olomouci (od akademického roku 2008/09), s plánovaným počtem přijatých uchazečů 20, což zdaleka nepokryje poptávku. Navíc bude tento obor otevřen pouze v prezenční formě. Je zřejmé, že nemůže být uspokojena ani poptávka středních škol zdravotnických a vyšších odborných škol zdravotnických po absolventech tohoto oboru.

Další magisterské programy Ošetřovatelství, otevřené v posledních několika letech, jsou také navazující. Např. na 1. Lékařské fakultě UK v Praze lze studovat obor *intenzivní péče*, na Lékařské fakultě UP v Olomouci obor *ošetřovatelská péče o dlouhodobě nemocné*, na Lékařské fakultě MU v Brně je to *ošetřovatelská péče v gerontologii*, na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích obor *ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech*. Další navazující magisterský program Ošetřovatelství je na Zdravotně sociální fakultě Ostravské Univerzity. Podmínkou přijetí ke studiu navazujícího magisterského programu je absolvování bakalářského studia Ošetřovatelství. Jejich nevýhodou je absence pedagogických věd, nejsou tedy dostačující pro učitele odborných předmětů na střední škole zdravotnické. Otázkou zůstává, zda to není handicap i pro učitele na vyšší odborné škole. I přesto, že došlo k otevření těchto studijních programů a oborů, není pokryta potřeba středních ani vyšších odborných škol zdravotnických po kvalifikovaných vyučujících. Jeden z důvodů je nástup absolventů těchto oborů do řídicích pozic různých zdravotnických subjektů.

Učitel praktického vyučování

U požadavků na kvalifikaci učitele praktického vyučování je rovněž rozlišeno, zda jde o učitele na vyšší nebo na střední škole. Učitel praktického vyučování na *střední škole* získává kvalifikaci vysokoškolským vzděláním, vyšším odborným vzděláním

¹⁵ Studenti doplňujícího pedagogického studia, v dalších letech studenti magisterského programu stejného oboru

nebo středním odborným vzděláním v oboru, který odpovídá vyučovanému předmětu, „a vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném bakalářském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřeném na přípravu učitelů střední školy, nebo vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na přípravu učitelů střední školy, nebo studiem pedagogiky“ (u středoškolského vzdělání s praxí v délce nejméně tří let) (92).

Na vyšší škole platí podle zákona 563/2004 Sb. §11 odst. 2, že učitel praktického vyučování a odborné praxe získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním, vyšším odborným, nebo středním vzděláním s maturitní zkouškou – ve všech třech případech v oboru vzdělání, který odpovídá charakteru vyučovaného předmětu, u středoškolského vzdělání s praxí v oboru v délce trvání nejméně tří let.

Učitel praktické výuky na střední i vyšší odborné škole musí být, dle zákona č.563/2004 Sb. §9 odst. 4 a §11 odst. 3, způsobilý k výkonu zdravotnického povolání v oboru, který vyučuje. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ošetřuje 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. V praxi to znamená, že učitelky praktického vyučování na střední i vyšší odborné škole zdravotnické musí mít Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, které je opravňuje „k výkonu povolání bez odborného dohledu a k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech“ (90).

Můžeme sledovat, že získat kvalifikaci jako učitel praktického vyučování je pro zájemce snazší a dostupnější, než se kvalifikovat jako učitel odborných předmětů. Síť bakalářských studijních programů Ošetřovatelství je dnes poměrně rozsáhlá, stejně jako počet vyšších odborných škol zdravotnických či doplňujících pedagogických studií pro střední školy v rámci celoživotního vzdělávání nebo bakalářských studijních programů pedagogiky.

Pokud srovnáme kritéria pro přípravu pedagogických pracovníků v oblasti vzdělávání zdravotních sester (diplomovaných všeobecných sester), které nám ukládá zákon č. 563/2004 Sb. s kritérii Strategie SZO, můžeme vysledovat některé rozdíly. První, co zcela nesplňujeme, je pedagogická kvalifikace vyučujících na vyšší odborné škole zdravotnické. Strategie SZO doporučuje „mít pedagogickou kvalifikaci, aby mohli

vhodně aplikovat všechny vědecké metody výuky, učení se a strategie hodnocení v rámci teoretických i praktických komponentů studijních programů“ (64-II, s. 153). V zákoně č. 563/2004 Sb. §9 a §11 je pedagogická kvalifikace podmínkou pouze pro vyučující na střední škole, čili pro obor zdravotnický asistent, nikoliv však pro obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole zdravotnické. Tato absence požadavku na pedagogické vzdělání se vyskytuje jak u učitelů odborných předmětů, tak praktického vyučování. Domnívám se, že tento požadavek chybí, protože studium na vyšší odborné škole má charakter vzdělávání dospělých, ne dětí. Ovšem pak by neměl chybět základ andragogického učení¹⁶, na který je mimo jiné ve Strategii SZO kladen důraz - „způsobilosti požadované od učitelů zdravotních sester a porodních asistentek jsou zkušenosti s praxí a s výukou, zvláště znalosti aplikace principů vzdělávání dospělých při tvorbě studijních programů, znalostí strategií výuky/ studia a hodnocení, podpora studia a přístup zaměřený na studenta“ (64-II, s. 154), v oddíle 4 Strategie SZO stanoví „náplň přípravy studentů, strategie výuky a hodnocení musejí být různorodé a musejí vycházet z teorie pedagogiky včetně teorie vzdělávání dospělých, kde učitel má úlohu zprostředkovatele vzdělání a student úlohu aktivního účastníka“ (64). Tuto část Strategie SZO nemůžeme srovnávat s požadavkem na kvalifikaci učitelů středních odborných škol, protože Strategie SZO udává, že titul „sestra“ může získat pouze ten, kdo absolvuje minimálně tříletý studijní program po dokončení střední školy s maturitou (60, s. 21-23; 64). V současné době již ani u nás neexistuje středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Poslední absolventi tohoto studijního programu a oboru končili ve školním roce 2006/2007.

I přesto, že zákon č. 563/2004 Sb. neukládá učitelům odborných předmětů ani praktického vyučování na VOŠ pedagogické vzdělání či základy andragogického vzdělávání, v současných učebních dokumentech i nově připravovaných (pro školní rok 2008/09) pro obor Diplomovaná všeobecná sestra se v části *metodické postupy* uvádí, že se ve výuce „uplatňují vyučovací metody a formy, které odpovídají terciálnímu vzdělávání, zohledňují zvláštnosti vzdělávání dospělých...“ (83). V současných učebních dokumentech je to formulováno jako „žádoucí uplatňovat takové vyučovací

¹⁶ Andragogický model učení – na dospělé zaměřený přístup. Přístup je charakterizován jako proces přenášení poznatků ne na základě předem připravených a uspořádaných obsahů, ale jako proces pátrání či kladení otázek, řízený studentem samotným, podněcovaný skupinou a naplněný vzájemností. Učitel má úlohu facilitátora a zdroje informací (15, s. 102).

metody“ (73). Jistě by bylo zajímavé zjistit, kolik učitelů odborných předmětů a praktického vyučování na vyšších školách zdravotnických má povědomí o andragogickém modelu učení a aktivně ho využívá při práci se studenty.

2.5.2 Vzdělání zdravotních sester participujících na výuce studentů

V současné době lze získat kvalifikaci všeobecné sestry na vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách v bakalářských studijních programech. Ve školním roce 2006/2007 bylo možné dosáhnout kvalifikaci všeobecné sestry ještě na středních školách zdravotnických. V uvedeném roce absolvovali na střední škole poslední žáci tohoto oboru a studijní obor všeobecná sestra byl v rámci harmonizace s evropskou legislativou definitivně přesunut ze středních škol na vyšší odborné školy a vysokoškolské studium.

V současné době se v praxi můžeme setkat se všeobecnými sestrami s odlišným prekvalifikačním vzděláním a kvalifikačním vzděláním získaným na středních, vyšších a vysokých školách. Patrně největší zastoupení mají všeobecné sestry (do roku 1991 zdravotní, dětské, ženské a dietní sestry), které získaly kvalifikaci na střední škole zdravotnické, což bylo možné až do školního roku 2006/2007, kdy skládaly maturitní zkoušku poslední žákyně tohoto studijního programu. Od roku 1996 lze získat kvalifikaci všeobecné sestry na vyšší odborné škole zdravotnické, po roce 2000 studují obor všeobecná sestra také studenti bakalářských programů.

Již kvalifikované všeobecné sestry si mohou zvyšovat nebo prohlubovat kvalifikaci v rámci bakalářských, magisterských studijních programů nebo specializačního studia v rámci svého oboru.

Nakolik jsou všechny uvedené zdravotní sestry vzdělány v oblasti pedagogických věd? Zdravotní sestry, které se kvalifikovaly na střední zdravotnické škole, absolvovaly v rámci výuky předmět „psychologie a pedagogika.“ Předmět byl koncipován jako teoreticko-praktický s aplikací na zdravotnickou praxi. Část „pedagogika“ zahrnovala seznámení se základy pedagogiky ve druhém ročníku, v rozsahu 10 vyučovacích hodin. Učivo bylo zaměřeno na pojem a význam výchovy a vzdělání pro člověka, historii a vývoj pedagogiky, složky výchovy, zásady výchovy, metody výchovy, hru, učení a práci, sestru v úloze pedagoga. Ve 4. ročníku bylo učivo zaměřeno na zvláštnosti práce s dětmi – neuropsychický záznam, vedení a hodnocení, ukázky metodik jednotlivých

výchov – zdravé a nemocné dítě (např. vyprávění pohádky, výtvarnou výchovu, nácvik hudební chvilky, pohybové hry apod.), rozhovor s dítětem zdravým a nemocným, rozhovor s rodiči (72, s. 118-122).

Sestry, které získaly kvalifikaci na vyšší odborné škole zdravotnické, a to do roku 2004, absolvovaly v rámci studia předmět Pedagogika v ošetrovatelství, jehož cílem bylo poskytnout základní informace o pedagogice jako vědecké disciplíně, informace o významu výchovy a vzdělání a objasnit proces výchovy a vzdělávání, výchovné zásady, metody a postavení sestry jako pedagoga (74). Tento předmět byl zařazen do 1. ročníku s celkovou hodinovou dotací 14 hodin. Po změně učebních osnov a studia z blokového na modulový se již předmět Pedagogika v ošetrovatelství ve výuce neobjevuje, takže nynější studentky neabsolvovaly a neabsolvují v rámci kvalifikačního studia žádné předměty zaměřené na pedagogiku. Jejich pedagogické znalosti se tedy odvíjejí od předešlého studia na střední škole, kterou absolvovaly. V současné době se připravuje změna učebního programu (studium se zkracuje na 3 roky) a v učebním plánu je nově zařazen modul Edukace v ošetrovatelství s hodinovou dotací 12 hodin. Cílem tohoto modulu je zprostředkovat studentům poznatky z oblasti edukace, edukační činnosti zdravotnického pracovníka, seznámit studenty s metodami a technikami pedagogiky a možnostmi jejich využití při vzdělávání a následné praxi (83). Obsah modulu se pak zaměřuje především na edukaci pacientů, na tvorbu edukačního programu a na edukační intervence v ošetrovatelských plánech. Dovoluji si tvrdit, že i kdyby byl předmět zaměřen na andragogické vzdělávání a na vedení studentů během praxe, 12-ti hodinová dotace by pro tento předmět byla nedostačující.

Sestry, které se kvalifikovaly v rámci bakalářského studijního programu, absolvovaly přednášky nebo semináře zaměřené především na edukaci nemocných. Na lékařské fakultě UP v Olomouci to jsou Základy edukační činnosti sestry. V doplňujících předmětech (nikoliv povinných) je nabízena didaktika ošetrovatelské praxe (5 hodin seminářů a 5 hodin praktických cvičení). Domnívám se, že tento rozsah je nedostačující, a také v osnovách chybí andragogický model učení. Lékařská fakulta MU v Brně nabízí předmět Edukace v práci sestry, 1. Lékařská fakulta Karlovy univerzity nabízí Edukaci klienta.

I v navazujících magisterských programech se pedagogické vzdělávání omezuje na základy edukační činnosti nebo zdravotnickou edukaci – např. na lékařské fakultě UP v Olomouci.

V nabídce specializačního studia NCO NZO¹⁷ není ani jeden obor zaměřen na pedagogickou práci sestry.

Pokud shrneme pedagogické znalosti zdravotních sester, jsou minimální nebo dokonce žádné. Minimum pedagogického vzdělání, které některé získaly, je zaměřené spíše na edukaci pacientů, zcela chybí znalost učení dospělých. V bakalářských a magisterských studijních programech se pedagogické znalosti omezují pouze na edukaci nemocných v rámci ošetrovatelské péče.

Nicméně zákon č 96/ 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, v §4, odst. 1 řadí do výkonu zdravotnického pracovníka také „vzdělávací činnost,“ která opravňuje zdravotníky, kteří získali Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle §66 písmeno b) „k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech“ (90). Participaci na praktickém vyučování studentů upravuje také vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků, a která v §3, odst. 1, písmena e) říká, že se zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí „podílí na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními zdravotnickými 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“ (87).

Nutno podotknout, že přijetím zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních jsou zdravotní sestry vedeny k celoživotnímu vzdělávání. Pokud chtějí pracovat samostatně, bez odborného dohledu, musí být tzv. registrované. Registrace se uděluje na určitou dobu, zpravidla 6-ti let, během kterých zdravotní sestry sbírají kreditní body na různých odborných akcích – seminářích, konferencích, kredity za

¹⁷ Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, organizuje specializační vzdělávání sester

studium, publikační činnost apod. Tyto vzdělávací akce bývají zaměřeny na určitou problematiku v oboru (např. ošetrovatelství v kardiologii, diabetologii, pneumologii apod.). Vzdělávací akce zaměřené na práci se studenty a určené zdravotním sestřám nejsou žádné nebo jsou zcela ojedinělé.

Připravovat zdravotní sestry v první řadě na edukační činnost ve vztahu k nemocnému je jistě správné. A logické by bylo, kdyby určité pedagogické minimum absolvovaly pouze sestry, které mají zájem pracovat se studenty a vést je během jejich praxe. V tom případě by se měl změnit systém vedení praktické výuky jako takový – např. zavedením mentorek, aby se předešlo nesystematickému vedení studentů zdravotními sestrami, které o to nemají zájem, v praxi nedodržují standardy a u studentů, v některých případech spíše posilují profesionální chyby, než aby je učily dobrou ošetrovatelskou praxi.

2.5.3 Mentorství

Jedním z východisek z nedostatečného pedagogického vzdělání zdravotních sester je přítomnost sester „mentorek“, které tyto znalosti mít budou a studenty během jejich odborné praxe povedou. Sestry mentorky či mentorství je v ošetrovatelství záležitostí několika posledních let. U nás nemá mentorství historické kořeny, nicméně v zahraničí je to osvědčený způsob práce se studenty. O mentorech a mentorství hovoří také Strategie SZO.

V pozitivním slova smyslu je mentorství definováno jako „mentorování, kdy kompetentní a zkušená osoba poskytuje profesní i studijní a osobnostní podporu, poradenství, vedení, patronát, předávání vědomostí a dovedností osobě služebně mladší s cílem usnadnit jí komplexní osobnostní, edukativní a profesní rozvoj“ (34). Stručně můžeme říct, že mentorství je pomáhání druhému se učit (13, s. 36-37).

Mentorství různých oborů má společné prvky. Obecně mentor posiluje a rozvíjí jednotlivce, kterého vede, nabízí vedenému jedinci širokou škálu podpůrných prostředků, mentor a mentorovaný si společně definují individuální cíle, vztah je založen na vzájemné důvěře, mentor i mentorovaný jsou ochotni učit se jeden od druhého, sdílet vzájemné zkušenosti, ve vztahu jsou viditelné etapy vývoje (37).

Mentorství v ošetrovatelství se v odborné literatuře objevuje v posledních cca třiceti letech (18). U nás se o mentorství hovoří posledních několik let, v roce 2005 se

objevil první kurz mentorství v ošetrovatelství. Cílem práce mentorů je úspěšná a pozitivní adaptace mentorovaného (studenta, kolegy) na nové pracovní prostředí včetně adaptace sociální (42). Role nebo funkce mentorky není u nás zcela nová či neznámá. I u nás existovaly a existují sestry, které mají na starost studenty během jejich odborné praxe, nebo které jsou zodpovědné za adaptační proces nové sestry na pracovišti apod. Ve Strategii SZO, v zákoně 96/2004, ale i v odborných člancích se můžeme setkat s mentorstvím i ekvivalenty tohoto termínu.

Ve Strategii SZO se setkáváme s termínem „mentor,“ který je zde definován jako někdo, kdo „ má zodpovědnost za klinický dohled nad studenty“ (64-II, s. 155), přičemž klinickým dohledem je myšlen „dohled“ během praktické výuky studentů v nemocnicích a v dalších zdravotnických zařízeních. Ve Strategii je jasně specifikováno, jaké kvalifikační požadavky musí mentoři splňovat. Další termín, který je ve strategii používán a není nijak odlišen od mentora/ky je „instruktorka.“ Instruktorka je zde definována jako někdo, kdo „vykovává dohled nad studenty v klinickém prostředí, musí být sama zkušenou zdravotní sestrou nebo porodní asistentkou, která je zběhlá teoreticky ve vyučovacích metodách“ (64-I, s. 19). Odstíny, které cítím mezi těmito dvěma termíny, jsou následující. Mentor je člověk, který náleží do struktury oddělení, kde vykonává svou praxi a vede studenty během jejich odborné praxe s tím, že je k tomu vyškolen. Zatímco instruktorka je sestra, která není k vedení studentů přímo vyškolená, ale může v nepřítomnosti mentora studenty vést, a tedy musí mít určité teoretické povědomí o vyučovacích metodách. Třetí termín, na který ve Strategii SZO narazíme je „sestra – učitelka“ (nebo porodní asistentka – učitelka). Tento termín je užíván pro sestru, která je primárně vyučující odborných předmětů – tedy teorie a cvičení v laboratorních podmínkách školy.

V zákoně č. 96/2004 Sb. není termín „mentor/ka“ definován. Ale v §59 tohoto zákona se můžeme setkat s termínem „školitel“ (90), který odpovídá kombinaci mentorky a instruktorky ze Strategie SZO. Kombinaci proto, že je zde sice definováno, co školitel dělá, což odpovídá náplni práce mentorky, ale co se týče vzdělání, je uvedeno pouze to, že musí být způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (včetně specializované způsobilosti v příslušném oboru, např.

ARIP)¹⁸. Z toho vyplývá, že to bude s největší pravděpodobností člověk bez jakéhokoliv pedagogického vzdělání (viz vzdělání zdravotních sester participujících na výuce studentů). Už dříve jsem zmiňovala, že zákon č. 96/ 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků, opravňují zdravotníky participovat na praktické výuce. Jak jsem však zmínila, půjde-li o zdravotní sestry z praxe, budou pravděpodobně bez jakéhokoliv pedagogického vzdělání. Když nahlédneme do historie, již v roce 1947 se na Sjezdu diplomovaných sester v ČSR vyjádřila Ruth E. Tobolářová, že by bylo žádoucí, aby staniční sestry (v té době zodpovědné za praxi studentek) měly alespoň 14-ti denní instruktorský kurz, kde by se zdůrazňovala pedagogická stránka jejich práce (55).

Dalším termínem, se kterým se můžeme setkat, je „sestra školitelka.“ Tento termín známe již z minulosti, kdy nově nastupující sestry musely absolvovat tzv. nástupní praxi (zákon 96/2004 Sb. již nástupní praxi nepopisuje, je nahrazena prací pod odborným dohledem, délka je definována v tomto zákoně) a každé takové sestře byla určena školitelka, která zodpovídala za adaptační proces nové sestry. Cílem bylo rychlé a efektivní zapracování, které zahrnovalo nejen praktické dovednosti, ale také prověřování teoretických znalostí problematiky daného oddělení. Školitelkou mohla být staniční sestra nebo směnová sestra. Výhodou směnové sestry školitelky bylo, že nová sestra sloužila s ní a adaptační proces byl veden kontinuálně. Totéž může být náplní práce mentorky, která nejen vede studenty, ale také pomáhá se zapracováním nových sester na daném pracovišti.

Dále se můžeme setkat s „odbornou asistentkou,“ tedy zaměstnancem fakulty, který zodpovídá za praktickou výuku studentů a více či méně se na ni přímo podílí. Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích užívá termín „školní sestra.“ Ta „spolupracuje při vedení praktické výuky, organizuje jednotlivé služby studentů a pomáhá jim splnit zadané úkoly“ (16). Opět je náplň práce velmi podobná mentorství, ale tyto sestry na danou funkci nejsou přímo připravovány (16). Školní sestra - instruktorka je historicky asi nejstarší termín užívaný pro sestru, která vede studenty během praxe (55).

¹⁸ Pozn. autorky

Z uvedených informací můžeme konstatovat, že mnoho zdravotních sester na odděleních, kde probíhá praktická výuka studentů, vede studenty během praxe nebo zaučuje novou sestru do práce na oddělení, ale minimum těchto sester má pedagogické vzdělání nebo je proškolená jako „mentor.“ Termínů pro tuto funkci je více, neplatí jednotná terminologie. Můžeme však říct, že mentor poskytuje komplexní péči o studenty během jejich praktické výuky, je to kmenový pracovník daného oddělení a tedy odborník z praxe, má znalosti z pedagogiky, didaktiky, andragogiky a dalších věd, které při vedení studentů aktivně využívá. Kromě vedení studentů může mentor vést adaptační proces u nových pracovníků daného oddělení a v některých případech se může obecně starat o vzdělávání pracovníků tohoto oddělení. Na rozdíl od mentorek, sestry – školitelky, instruktorky, učitelky, asistentky obvykle vedou studenty během jejich praxe, ale buď jim chybí kmenová příslušnost k danému oddělení nebo pedagogické vzdělání.

Podívejme se nyní na důvody, proč by bylo vhodné do praxe zavádět právě mentorky. Teoretická a praktická příprava studentů oboru všeobecná sestra jsou spolu úzce spojené a navzájem se ovlivňují. V současném systému praktické výuky studentů existuje mnoho problematických oblastí. Výzkumy odhalily nedostatky, které skýtá jak výuka sester bez pedagogického vzdělání, tak i neznalost prostředí učitelkou, která není kmenovým pracovníkem oddělení, také odhalily nedostatky se spokojeností studentů na praxi – v případě, že měli určenou „školitelku“ nebo vyškolenou „mentorku“ a v případě, kdy nikoho určeného neměli. Mapovaly spokojenost sester na odděleních, kde praxe probíhají, spokojenost s praktikujícími studenty, atd. Můžeme uvést např. výzkumy provedené Ústavem ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, z jejichž výsledků vyplynulo, že nespokojenost studentů s praktickou výukou vyplývá z nedostatku času personálu oddělení na jejich výuku. Vedení praxe nepodporovalo samostatnost studentů, výuka byla nesystematická, studenti byli opomíjeni personálem, byly jim přidělovány pouze podřadné práce. Sestry uváděly nedostatek času na studenta, mnoho studentů na jednu sestru. Ne každá sestra je schopna plnit úlohu edukátora, výuka byla špatně organizovaná, student byl pro sestru zátěží, informace od studentů i pro studenty se opakovaly a někdy byly rozdílné (24, s. 403-406). Další výzkum je zajímavý i tím, že ho provedli sami studenti 3. ročníku bakalářského programu oboru ošetrovatelství na 1. Lékařské fakultě UK v Praze. K zaměření výzkumu je přivedla nespokojenost s průběhem praktické výuky.

Výzkumem byla zjištěna ne vždy dobře organizovaná praktická výuka, studentky např. osobně neznaly organizátora praxe, neznaly cíle praxe a chyběla jim zpětná vazba. Během praxe byly na odděleních využívány na nepříjemnou práci, neměly přidělené úkoly, sestry se jim nevěnovaly, neseznámily je s oddělením, nezapojily je do týmu. Co se týče prožitku z praxe, objevovala se nechuť, nervozita, špatná nálada apod. Z výzkumu dále vyplynulo, že pokud byla na oddělení určená sestra – školitelka, která se jim věnovala, byli studenti s praxí výrazně spokojenější (31). Obdobné výsledky potvrdila také pilotní studie, která byla provedena na Zdravotně - sociální fakultě Jihočeské univerzity a jejímž cílem bylo zjistit rozdíly ve vedení praxe odbornými asistenty fakulty a sestrami z klinického pracoviště. Z výsledků vyplynulo, že asistenti se individuálně věnují zejména studentům bez předchozího zdravotnického vzdělání, mají nedostatečnou znalost problematiky jednotlivých oddělení. Ze strany sester byl negativně vnímán nedostatek času na studenty, absence pedagogických dovedností. Studenti hodnotili negativně nedostatek času sester, nedůvěru sester v jejich schopnosti. Nicméně orientace sestry v prostředí, chodu oddělení a znalost jednotlivých pacientů vnímali studenti velmi pozitivně (16). Z dalšího výzkumu je pro současné vedení praxí zajímavé, že sestry ve větší míře nemají zájem na studenty dohlížet, nemají příliš zájem stát se mentorkou, nejsou ochotné připravovat pro ostatní např. semináře a většina z respondentek uvedla zavedení mentorek do praxe jako nutnost (56). Můžeme tedy říci, že mentorky jsou žádoucí ze strany studentů i sester podílejících se na jejich praktické výuce.

I přesto, že jsou u nás mentorky spojovány více se studenty bakalářských ev. magisterských studijních oborů, nemůžeme opomíjet studenty VOŠZ, jejichž praxe má stejné nedostatky jako praxe univerzitních studentů. V současném systému vedení praktické výuky na vyšších odborných školách zdravotnických není v možnostech učitelky, která vede studenty během praxe, zajistit studentům tak komfortní a efektivní praktickou výuku, kterou přináší do praxe mentorství. Bývá pravidlem, že učitelka, která dochází se studenty na oddělení praktikovat, má na starost 5 – 8 studentů a není schopna se po celou dobu praxe věnovat všem studentům stejně intenzivně. Není schopna zajistit kontinuální péči o všechny studenty a výuka se zpravidla omezuje pouze na výkony, ke kterým se studenty jde. V případě, že je na oddělení se studenty učitelka, sestry se studentům věnují minimálně. To potvrdil i náš výzkum popsáný v praktické části. Průběh praxe je pak roztržitý, studenti jsou vedeni nesystematicky, nezbyvá čas s

nimi absolvovat neméně důležité plánování péče s pacienty apod. Stává se, že se vyučující věnuje pouze studentům, kteří mají předchozí vzdělání jiné než zdravotnické. Důsledkem je, že studentky, které absolvovaly střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, praktikují bez učitelky a jsou zcela ochuzeny o všechny výhody, které může systematické odborné vedení přinášet. Navíc vyučující dochází pouze na některé vybrané pracoviště, na zbylých pracujících studenti pod vedením sester. Je pravidlem, že pokud studenti pracují pouze pod vedením sester, které nejsou vždy příkladem dobré praxe, nesou si dál naučené chybné stereotypy, které nemají vždy možnost reflektovat. Z uvedených důvodů proto předpokládám, že i ze strany učitelek by bylo zavádění mentorek vnímáno pozitivně (viz výsledky ohniskových skupin a jejich diskuse, části *Nedodržování ošetrovatelských standardů, a Mentorky na oddělení*).

Zdá se tedy, že je vnímáno jako velmi žádoucí právě zavedení mentorek. Za mentorku budeme považovat odborníka z praxe, který je kmenovým pracovníkem oddělení, je pro mentorování vyškolen a vedení studentů či nových zaučujících se pracovníků je součástí jeho klinické praxe. Strategie SZO poukazuje na to, že mentorka by měla být „příkladem dobré praxe“, „ochotná a schopná praxi zlepšovat, společně se schopností šířit a aplikovat tato zlepšení, tj. praktikovat ošetrovatelství založené na důkazech (tzv. evidence-based)“ (64-II, s. 156). Pokud by tomu tak skutečně bylo, může být mentorství nejen cestou ke kvalitní praktické výuce, ale také ke zkvalitňování ošetrovatelské péče na odděleních, kde mentorky působí. B. A. Pataliah potvrdil, že mentorství má zásadní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, že kvalita ošetrovatelské péče je prokazatelně vyšší v zařízeních, kde mentoři působí (42).

Současné kurzy mentorství

Vzhledem k tomu, že je mentorství u nás v počátcích, je také počet kurzů pro mentorky dosud nízký. Liší se také názvy jednotlivých kurzů, nicméně cíl je stejný – vyškolit mentorky pro klinickou praxi. První kurz „Mentor klinické praxe“ otevřel v roce 2005 Ústav teorie a praxe ošetrovatelství¹⁹ při lékařské fakultě UP v Olomouci. V současnosti probíhají další kurzy v Plzni pod názvem „Sestra školitelka klinické praxe,“ v Pardubicích „Program výuky školitelek,“ v Ostravě „Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence,“ v Liberci „Kurz pedagogické přípravy pro mentory

¹⁹ dnes Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

klinicko-pedagogické praxe v ošetrovatelství,“ v Ústí na Labem „Mentorský kurz,“ a další. Pro srovnání vybraných kurzů uvádím nejdůležitější data v příloze č. 1.

Rozdíly mezi jednotlivými kurzy, např. v hodinové dotaci, dříve předchozí praxe i požadavcích na vzdělání, jsou velké. Zejména kurz pořádaný Centrem dalšího vzdělávání při Technické univerzitě v Liberci, výrazně překonává ostatní celkovou hodinovou dotací (550 hodin), a to o 385 hodin Druhý nejdelší kurz pořádaný Ústavem ošetrovatelství a porodní asistence, LF Univerzity Palackého Olomouc má celkovou dotaci 165 hodin.

Obecné požadavky na přijetí do kurzů vyplývají ze Strategie SZO – být odborníkem ve své praktické oblasti, projít náležitou přípravou na svoji úlohu učitele, mentora a poskytovatele podpory studentům (a jako hodnotitele) a udržovat si svoji klinickou způsobilost (64-II, s. 155). Další požadavek vyplývá ze zákona 96/2004 Sb. – zájemci musí mít osvědčení k výkonu zdravotnického povolání všeobecné sestry (nebo porodní asistentky) bez odborného dohledu. Specifické požadavky pak určuje pořadatel kurzu. Mohou to být požadavky na vzdělání, délku praxe, ale také požadavky typu „mít zájem se spolupodílet na vzdělávání studentů“ (81, s. 6-7), „zájem o pedagogickou odbornou činnost,“ „potřeba zdokonalit si pedagogické znalosti a dovednosti, které jsou součástí náplně činnosti“ (1, s. 17-18), apod.

2.6 Vedení praktické výuky v jiných zemích EU

I zkušenosti ze zahraničí hovoří ve prospěch mentorství. S mentorkou praktikují studenti např. v Dánsku, kde spolupracují také s edukační sestrou, která na závěr praxe vypracuje hodnocení studenta (25). V Norsku pracuje student pod vedením sestry (coach – sestra), která zabezpečuje trénink praktických činností. Jedna sestra vede maximálně 2 studenty, každá jednotka má stanovený maximální počet praktikujících studentů. V nemocnicích narazíme také na sestry učitelky, jejichž úlohou je zabezpečovat praktické vyučování v nemocnici a podílet se na vyučování v laboratorních podmínkách školy. Skupina studentů má koordinátorku praxe, která spolupracuje jak se sestrou učitelkou, tak coach- sestrou a která koordinuje praktické vyučování na jednotlivých úsecích, dohlíží na dodržování standardů, hodnotí a kontroluje plnění cílů studentů, atd. (43, s. 8). V Holandsku funguje systém sester-mentorek a odborných vyučujících (41, s. 12). V Rakousku se na výuce podílí

ošetřovatelský personál, praxi koordinuje odborná učitelka, která studenty také hodnotí (8, s. 20). V Belgii má každý student přidělenou jednu sestru, jež mu po skončení praxe píše také hodnocení (co ten den dělal, jak to dělal). Hodnocení je velmi podrobné. Praxi řídí koordinátor, který shrnuje hodnocení sester, student se k tomu vyjadřuje (9, s. 22).

3 Výuka studentů oboru Diplomovaná všeobecná sestra na VOŠZ

3.1 Současná koncepce učebních programů oboru Diplomovaná všeobecná sestra na VOŠZ

V současné době se diplomované všeobecné sestry (dále jen DVS) vzdělávají podle vzdělávacího programu, který schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2004, a který platí od školního roku 2004/2005. Tento program připravuje studenty k povolání všeobecné sestry (všeobecného ošetřovatele), která je způsobilá poskytovat zdravotní péči bez přímého vedení, odborného dohledu, jak stanoví zákon č. 96/ 2004 Sb. Studenti dosáhnou vyššího odborného vzdělání s titulem diplomovaný specialista – DiS. Studium ukončují absolutoriem. Studium je určeno pro uchazeče s ukončeným středoškolským vzděláním, zakončeným maturitní zkouškou a musí splnit podmínky pro přijetí, tedy přijímací zkoušky a zdravotní způsobilost.

Studium zahrnuje 4600 hodin, z toho 2299 teoretické výuky, 2301 hodin praktické výuky. Vzdělávací program je zpracován modulově. Moduly jsou rozdělené na povinné a volitelné. Moduly obsahují, kromě identifikačních náležitostí, obecné cíle a předpokládané výsledky vzdělávání, učivo, doporučené metody a postupy výuky, hodnocení a doporučenou literaturu (73). Každý modul také obsahuje kreditní ohodnocení, v rámci evropského systému převodu kreditů, tzv. ETCS, které odráží náročnost osvojování jednotlivých modulů a rovněž slouží k propojení těchto systémů jednotlivých zemí Evropské unie s cílem podporovat mobilitu studentů (73, 83, 64). V prvním učebním programu pro DVS, platném do roku 2004, byla výuka organizována blokově. Bloků bylo celkem devět v šesti studijních obdobích. Studovat bylo možné v denní i dálkové formě. V současném a také v připravovaném učebním programu lze studovat pouze v denní formě.

Absolutorium se skládá ze zkoušek z ošetřovatelství, ošetřovatelství v klinických oborech a psychologie, cizího jazyka a obhajoby absolventské práce (30, s. 5; 73).

3.2 Současný systém praktické výuky na VOŠZ v Ústí nad Labem

Dle současných platných učebních dokumentů, je praxe rozdělena do dvou modulů Odborná praxe I. a Odborná praxe II. (73).

Odbornou praxi I. i II. musí povinně absolvovat všichni studenti oboru – tedy absolventi zdravotnických i jiných středních škol.

3.2.1 Modul Odborná praxe I.

Modul Odborná praxe I. je zařazen pouze do prvního studijní období a je v rozsahu 181 hodin. Praxe je koncipována jako bloková, skupinová výuka vedená učitelkou odborné praxe a je zařazena po teoretické výuce. Praxi zajišťuje a koordinuje vedoucí praktického vyučování klinických oborů ve spolupráci s vedoucí studijní skupiny. Vedoucí praktického vyučování připravuje jednotlivé smlouvy – kontrakty o praxi mezi školou a zdravotnickým zařízením. Praxe se zaměřuje na realizaci ošetrovatelských činností a intervencí metodou ošetrovatelského procesu v nepřímém i přímém kontaktu s pacientem.

Cílem modulu je nácvik a osvojení ošetrovatelských činností v realizaci ošetrovatelského procesu a uspokojování individuálních potřeb pacientů v rámci praktické výuky v zařízeních primární a sekundární zdravotní péče (73).

3.2.2 Modul Odborná praxe II.

Modul Odborná praxe II. je v rozsahu 2 120 hodin a je zařazen do všech studijních období. Poslední, sedmé studijní období obsahuje pouze Odbornou praxi II. Odborná praxe II. je koncipována jako dlouhodobá bloková praxe řazena po bloku teoretické výuky. V sedmém studijním období probíhá pouze praxe bez další teoretické výuky. Praxe se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o svěřené pacienty na uvedených pracovištích – na obecné, specifické a další ošetrovatelské dovednosti.

Cílem modulu je vést studenty k poskytování komplexní ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Odborná praxe probíhá v přirozených podmínkách pracovišť poskytujících zdravotní, sociální a terénní péči. Odborná praxe je realizovaná skupinově nebo individuálně na základě smlouvy uzavřené mezi školou a zdravotnickým zařízením (73).

V modulech jsou uvedeny také klíčové kompetence, kterých by měl student po absolvování modulů dosáhnout. Strategie SZO kompetence nevyjmenovává.

Během praxe studenty vede odborná učitelka nebo zdravotní sestra příslušného oddělení. Studenti jsou hodnoceni za splněné povinnosti během praktické výuky. Způsobem hodnocení v modulu je praktické zkoušení, test, ústní zkoušení. Na oddělení jsou studenti hodnoceni směnovými sestrami a staniční sestrou, event. vrchní sestrou oddělení. Studenti praktikují ve dvou směnách – ranní a odpolední. Noční směny se v průběhu studia nezařazují, na rozdíl např. od Rakouska, kde studenti pracují ve třetím ročníku i v nočním provozu (8, s. 20). U nás není praxe studentům honorována, na rozdíl od Rakouska, kde studenti dostávají za praxi stipendium cca 300 eur od vedení nemocnice (8, s. 20).

3.3 Přípravované změny praktické výuky

V současné době žádá VOŠZ a SŠZ v Ústí nad Labem akreditaci oboru Diplomovaná všeobecná sestra, a proto upravila učební dokumenty pro tento obor. Povinnost akreditace oboru se dána zákonem č. 96/2004 Sb., bez ní by v příštím školním roce nebylo možné vypsát přijímací řízení na uvedený obor. Akreditace je platná 3 roky, poté se musí žádat a reakreditaci oboru.

V nových učebních dokumentech není praxe rozdělena do dvou modulů (Odborná praxe I. a Odborná praxe II.), ale do modulu Klinické ošetřovatelské dovednosti, Ošetřovatelství (cvičení v odborných učebnách), Ošetřovatelská praxe, Odborná praxe a Odborná prázdninová praxe. Celkový počet hodin bude o 1 hodinu kratší než u současného systému.

V upravených učebních dokumentech stojí za zmínku zařazení mentorek do praxe studentů – „praxe probíhá pod vedením učitele ošetřovatelství, zdravotnického pracovníka – všeobecné sestry nebo mentora ze zdravotnického zařízení.“ Mentor musí „splňovat způsobilost k výkonu povolání v souladu s platnou legislativou, má minimálně 5 let praxe v oboru a orientuje se v oblasti pedagogiky.“ Je zde také definováno, co by měl mentor během praxe studentů vykonávat – „mentor doprovází a podporuje studenta v jeho učebním procesu v průběhu odborné praxe, a to v souladu s náplní pedagogických dokumentů, koordinuje praktickou výuku, spolupracuje s učiteli ošetřovatelství, rozšiřuje si teoretické poznatky v oboru ošetřovatelství a pedagogiky,

zúčastňuje se vzdělávacích seminářů, regionálních konferencí, meetingů zaměřených na vedení odborné praxe a její hodnocení“ (83, s. 93-95).

Tady můžeme vidět, že na rozdíl od předchozích učebních dokumentů je zde mentor zohledněn, nicméně předpokládám, že jich bude v praxi fungovat zatím menší počet a efekt nebude tak viditelný. Domnívám se, že přes změny v rozvržení praktické výuky, průběh bude velmi podobný dnešnímu způsobu. Mentori jsou sice zohledněni, ale je jich tak malý počet, že jejich participace na výuce bude spíše výjimečná, pedagogické vzdělání sester patrně zůstane dlouho na dnešní úrovni, stejně tak dodržování standardů a kultura ošetrovatelské péče obecně. Další změny v praktické výuce nejsou pro dále uvedený výzkum podstatné a nesouvisí s navrhovanými změnami praktické výuky v závěru práce.

3.4 Kompetence v ošetrovatelství

Několikrát jsme se dotkli tématu kompetencí, kterých studenti dosahují během studia. Zmínili jsme také, že chybí kritéria kompetencí a způsob dokazování, zda bylo nebo nebylo kompetence dosaženo. Kompetence je definována jako pravomoc, způsobilost, schopnost (21). Být k něčemu kompetentní, znamená být k něčemu oprávněný, povoláný nebo způsobilý (21).

Kompetence zdravotnických pracovníků jsou dány vyhláškou č. 424/2004 Sb. Připravované učební dokumenty pro DVS tyto kompetence kopírují (83, s. 6). V současnosti platných učebních dokumentech jsou na úrovni modulů rozpracované tzv. klíčové kompetence (73). Klíčové kompetence jsou zde definovány jako „soubor vědomostí, dovedností, schopností a s nimi souvisejících postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj jedince a jeho zapojení do společnosti. Umožňují pružněji reagovat na potřebu dále se vzdělávat a vytvářejí obecnější kvalifikační předpoklady pro uplatnění v pracovním i občanském životě. Jsou charakterizovány jako obecně přenositelné a uplatnitelné. Prolínají celým vzdělávacím programem a na jejich vytváření se musí podílet různou mírou všechny vyučovací předměty.“ Kompetence dané vyhláškou a uvedené v nově navrhovaných učebních dokumentech jsou charakterizovány tak, že vyjmenovávají konkrétní ošetrovatelské činnosti, ke kterým má být všeobecná sestra kompetentní. Klíčové kompetence v současných učebních dokumentech mají obecnější charakter (např. řešit samostatně pracovní i mimopracovní problémy). V žádné

z uvedených dokumentů nejsou rozpracována kritéria a důkazy, kterými mají být splněné požadavky doloženy. Také ICN, vypracovala kompetence pro zdravotní sestry. Tyto kompetence byly vytvořeny tak, aby je bylo možné „uplatňovat v mezinárodním měřítku, ale dostatečně specifické, aby se jimi mohly řídit země, které kompetence pro sestry zatím vypracované nemají“ (66, s. 5). Ani u těchto kompetencí nejsou stanovena kritéria a důkazy. Tuto aktivitu nechává ICN na jednotlivých zemích s ohledem na jejich „místní specifické faktory vztahující se k místní situaci, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi“ (66, s. 31). K tomu u nás dosud nedošlo. Komentované kompetence, jaké např. zpracovala Z. Havrdová pro učitele a supervizory v sociální práci (15), jsou v ošetrovatelství zatím v nedohlednu.

Nevypracovaná kritéria a povaha důkazů, které kritéria zatím mají dokládat, značně komplikují vyhodnocování dosahovaných kompetencí. Hodnocení se pak zaměřuje spíše na vědomosti a dovednosti, které lze kvantifikovat (např. teoretické znalosti, dodržení ošetrovatelského postupu). Hodnocení schopností a postojů bývá nejasné, vágní, s minimální výpovědní hodnotou. Současně jsou ochuzeni sami studenti o intenzivnější a hlubší poznání, učení a osobní rozvoj. Rozpracování kompetencí v ošetrovatelství tak zůstává velkou výzvou do budoucnosti.

II. Praktická část

4 Formulace výzkumného problému

Jak jsme ukázali v první části práce, vstup ČR do EU s sebou přinesl mnoho změn do českého zdravotnického školství. Změny se týkají jak studentů, či náplně studijních programů, tak vzdělání pedagogických pracovníků/učitelek odborných předmětů a zdravotních sester, které se podílejí na výuce studentů během jejich praktické výuky. Nicméně tyto změny jakoby se odehrávaly jen na formální úrovni a nejsou doprovázeny změnami v detailech každodenní vyučované praxe, které by měly konkrétní dopad na kvalitu naučeného.

Z vlastní zkušenosti zdravotní sestry vím, že vést studenty bez pedagogického ‚know how‘ je náročné. Nejen absence pedagogického vzdělání, ale také další faktory znesnadňují práci se studenty (např. jejich počet na jednu zdravotní sestru). Spolupráci se studenty jsem v roli zdravotní sestry vnímala především jako pomoc s ležícími pacienty a doprovodem pacientů na vyšetření. V současné době mám možnost zažívat vedení studentů také z role odborné učitelky zdravotnické školy. V této roli se potýkám s množstvím problémů ve spolupráci se zdravotními sestrami, které k praxi studentů přistupují obdobně, jako dříve já sama. I přes vlastní snahu upravit vedení praktické výuky na oddělení tak, aby byla pro všechny přínosná (pro celou třídu i pacienty), provedené změny měly buď krátké trvání nebo se vůbec nezdařily (např. dodržování ošetrovatelských standardů). Kladla jsem si otázku, zda tento nezdar lze připisovat nezájmu zdravotních sester, pasivitě a nezájmu studentů nebo jiným faktorům, které si neuvědomuji. Výzkumných šetření je v této oblasti zatím velmi málo, proto jsem se rozhodla k vlastnímu výzkumu.

Zaměření výzkumu a formulaci hypotéz jsem tedy zvolila především na základě vlastních zkušeností, výsledků výzkumů uvedených v teoretické části práce a poznatků o praxi z jiných oborů (např. sociální práce), které jsem získala během studia.

4.1 Obecné hypotézy

1. Organizace praktické výuky je z pohledu evropské direktivy formálně v pořádku, v konkrétních detailech však ne (viz teoretická část).
2. Spolupráce v triádě student – zdravotní sestra – učitelka odborných předmětů praktické výuky je všemi účastníky triády vnímána jako neuspokojivá.

4.1.1 Pracovní hypotézy

a) Studenti:

- během plnění ošetrovatelských činností kontaktují zdravotní sestru pouze v nepřítomnosti učitelky, jinak s ní nespolupracují,
- vnímají učitelku odborných předmětů jako prvek kontroly, nikoliv podpory, rozvoje a spolupráce,
- se zaměřují spíše na výkony a jejich bezchybné zvládnutí než na potřeby pacienta
- nereflektují svou praktickou výuku a své potřeby dalšího rozvoje,
- nemají jasně stanovené kompetence a kritéria, kterých mají během odborné praxe dosáhnout, nemají stanoveno, jak doložit důkazy dobré praxe.

b) Odborné učitelky:

- se zaměřují více na chyby než na ošetrovatelské činnosti, které se daří,
- nemají jasně stanovená kritéria, podle kterých studenty hodnotí, hodnocení není „rozdávající“²⁰,
- nevytvářejí organizovaně prostor pro reflexi studentů, nevedou studenty k reflexi a sebereflexi,
- raději zdravotní sestru do spolupráce se studentem nezapojují, protože si jsou vědomy porušování ošetrovatelských standardů ze strany zdravotní sestry.

c) Zdravotní sestry:

- nemají jasně vymezenou roli ve vzdělávání studentů a neví, jak přesně se studenty spolupracovat, aby to bylo užitečné,

²⁰ „Rozvíjející hodnocení je vnímáno jako průběžný proces dávání zpětné vazby učícímu se, která ho vede k rozeznání jeho silných a slabých stránek a naznačí mu cestu dalšího vývoje“ (15, s. 21)

- nemají dostatečné pedagogické vzdělání ani zkušenosti s výukou studentů,
- využívají přítomnosti studentů k vlastní úlevě od práce,
- nedodržují standardní ošetrovatelské postupy,
- provedou výkon raději samy v kratším čase a bez studentů; studenti je zdržují,
- neinformuje studenta o výkonech či událostech, které studentovi unikly.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat spolupráci v triádě student-zdravotní sestra-odborná učitelka, vnímání vzájemných rolí vlastními aktéry triády a vymezení rolí v rámci oficiálních dokumentů, a zmapovat další aspekty zhoršující spolupráci v triádě.

4.3 Vize

Jakékoli hodnocení se vždy odvíjí od vize optimálního stavu, vůči kterému je současná realita hodnocena. Zde nabízím následující vizi praktické výuky, z níž vycházím:

Spolupráce a komunikace mezi studenty, zdravotními sestrami a učitelkami odborných předmětů je vzájemně se podporující a podněcující, vedoucí u všech účastníků triády k rozvíjení odborných kompetencí, reflexi a sebereflexi a k dalšímu vzdělávání. U studentů pak vede dobrá spolupráce k efektivnějšímu osvojování odborných kompetencí. Rovněž probíhá v příjemném pracovním prostředí, s konstruktivně řešenými konflikty či nedorozuměními, pracovně orientované na pacienta a jeho potřeby. Všichni z triády si jasně uvědomují svou roli, kterou v triádě plní, vědí, co je jejich cílem a jak daného cíle dosáhnout, znají své kompetence, znají jejich kritéria a jsou schopni rozlišit, doložit a ověřit důkazy dobré praxe. Zdravotní sestry i učitelky odborných předmětů jsou kvalitním vzorem pro studenty.

5 Výzkumné metody a organizace výzkumu

Pro dosažení výzkumného cíle jsem zvolila několik kvalitativních výzkumných metod. Výzkum jsem rozdělila na přípravnou část a vlastní realizaci výzkumu s analýzou a diskusí získaných dat.

Přípravná část výzkumu:

- nestandardizované rozhovory s vedoucí odborné praxe/ staničními sestrami – s cílem otevřít komunikaci se zaměřením na řešení problémů, které spolupráce v triádě, účast studentů na oddělení a přítomnost vyučujících, přináší; k zjištění základních informací o organizaci a podmínkách praktické výuky na škole/ oddělení zdravotnických zařízení, o jejich vzájemné spolupráci,
- analýza dokumentů – dokumentace týkající se praktické výuky na VOŠZ, dokumentace, kterou si studenti vedou během praktické výuky, např. deníky praxe, opět se zaměřením na kompetence, důkazy dobré praxe, reflexi, dokumentaci vyučujících,
- zúčastněné pozorování – zvolila jsem metodu pozorování interakcí mezi studentem – učitelkou odborných předmětů, studentem – zdravotní sestrou, učitelkou odborných předmětů – zdravotní sestrou, v průběhu odborné praxe. Zaměřovala jsem se na vzájemnou spolupráci, frekvenci kontaktů, důvod vyhledání kontaktu, průběh interakcí, kritéria hodnocení, způsob řešení konfliktních situací, zaměření práce studentů apod.

Vlastní výzkum, zpracování dat:

- ohniskové skupiny se studenty, zdravotními sestrami, s odbornými učitelkami praktické výuky – se zaměřením na spolupráci v triádě, kompetence, kritéria a důkazy dobré praxe, hodnocení studentů, reflexi a podporu studentů v práci při dalším profesním rozvoji, na roli zdravotních sester ve výuce studentů,
- zpracování dat z ohniskových skupin, vyhodnocení a diskuse výsledků.

5.1 Popis aktérů ve zkoumané realitě a jejich rolí, vymezení vlastní role

Studenti – jde o studenty VOŠZ oboru všeobecná sestra, vesměs tedy o studentky, pouze dva studenty. Věkové rozmezí studentů se pohybuje od 19 – 25 let. Všichni mají ukončené středoškolské vzdělání.

Učitelky odborných předmětů – přítomné na oddělení během odborné praxe. Vždy je přítomna jedna vyučující na skupinu studentů. Vzdělání odborných učitelek je různé, ve většině případů však magisterské, lišící se svým zaměřením. Většina vyučujících při vedení praxe vychází ze své původní profese zdravotní sestry.

Zdravotní sestry – kmenové sestry daných oddělení, převážně se středoškolským vzděláním. Na oddělení pracují skupinovým systémem, tzn. jedna sestra pečuje o určenou skupinu pacientů (počet pacientů se pohybuje kolem 10). Sestry jsou registrované, povinně se vzdělávají, ale domnívám se, že se výběr školící akce řídí spíše kreditním ohodnocením než vlastní hodnotou školící akce pro danou zdravotní sestru.

Výzkumník – v této roli je autorka práce, která je současně v roli zúčastněného pozorovatele, tazatele v rámci nestandardizovaných rozhovorů i ohniskových skupin a současně také účastníka triády z pozice učitelky odborných předmětů. Její přítomnost na oddělení, kde byl výzkum prováděn, je daná zaměstnavatelem. Dopady křížení těchto rolí jsou diskutovány jinde.

5.2 Etické aspekty výzkumu

V rámci přípravné fáze výzkumu byly řešeny také etické otázky výzkumu.

Asi nejproblematičtější částí výzkumu po etické stránce bylo zúčastněné pozorování, kdy autorka v roli odborné učitelky pozorovala spolupráci v triádě. Tato část výzkumu proběhla bez předběžného informování pozorovaných osob, kvůli obavě ze zkreslení jejich chování a následně výsledků výzkumu. Pozorovaní byli informováni dodatečně.

V průběhu výzkumu došlo neplánovaně k tomu, že autorka se ocitla v roli pacienta na oddělení, kde probíhá praxe. K pozorování tedy došlo bez předchozího záměru. Zdravotnický personál oddělení bude o výsledcích výzkumu informován teprve

zpětně a následně mu budou poskytnuty také informace o předmětu a účelu výzkumu. Ostatní účastníci výzkumu byli o výzkumu informováni, ode všech byl získán pasivní souhlas, který nevyžaduje podpis formuláře se souhlasem. V množství účastníků výzkumu se jevil tento způsob jako nejjednodušší. Před tím, než byl souhlas vyžádán, byli všichni účastníci ústně seznámeni s účelem výzkumu, jeho předpokládaném trvání a jeho průběhu. Všichni účastníci ohniskových skupin obdrželi také motivační dopis k ohniskovým skupinám, kde měli opět informace o účelu a zaměření výzkumu, jejich významu ve výzkumu, trvání jedné ohniskové skupiny a navrhovaný termín. Nechyběla informace o tom, že budou seznámeni s výsledky. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a kdokoliv mohl účast odmítnout nebo kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Účastníkům výzkumu nebyly zatajeny žádné informace. Všem byla přislíbena a zajištěna anonymita, se souhlasem zaměstnavatele je v práci uveden pouze název zdravotnické školy, kde proběhla část výzkumu a dvě ohniskové skupiny. Jednotlivé osoby nejsou nikde jmenovány.

Zvláštní pozornost byla věnována zacházení s nahrávkami ohniskových skupin a zpracování dat. Účastníci byli ujištěni, že nahrávky zůstanou pouze v držení autorky a budou přepsány pouze pro účel tohoto výzkumu. Stejně bude nakládáno také s přepisy nahrávek. Pokud se v nahrávce nebo přepisu objeví informace vedoucí k něčí identifikaci, v prezentaci výsledků výzkumu budou tyto identifikační znaky vynechány. Např. u ohniskové skupiny zdravotních sester nebyla uváděna ani oddělení, pokud byly informace pro tato oddělení ohrožující.

Účastníci fokusních skupin byli také ubezpečeni, že výsledky nebudou použity k jejich obviňování a trestání, ale budou použity pro zpracování návrhu, jak zlepšit spolupráci v triádě.

Důležitým aspektem otevření komunikace bylo také zajištění soukromí. Všechny ohniskové skupiny se konaly ve vyhrazené místnosti, která byla opatřena nápisem ‚nerušit.‘

6 Realizace výzkumu

6.1 Přípravná část výzkumu

V této části výzkumu byly použity tři výzkumné metody, a to nestandardizovaný rozhovor, analýzu dokumentů a zúčastněné pozorování. Zaměřila jsem se především na zhodnocení současného systému praktické výuky na VOŠZ a získání dostatku informací potřebných k přípravě a organizaci ohniskových skupin se studenty, zdravotními sestrami a odbornými učitelkami.

Nestandardizované rozhovory byly stěžejní metodou přípravné fáze. Soustředila jsem se na otevření komunikace s účastníky triády, s cílem diskutovat o problémech spojených s praktickou výukou studentů a spoluprací v triádě. Rozhovory jsem zahájila s vedoucí praktické výuky klinických oborů. Ta organizuje praktickou výuku, komunikuje se zdravotnickým zařízením ohledně praxí, účastní se setkání vrchních sester v klíčovém zdravotnickém zařízení, atd. Má tedy ucelené informace o organizaci praktické výuky, ví, kdo se na praktické výuce podílí, s kým jsou podepsané smlouvy a sama vytváří obsah těchto smluv. Také vybírá vhodné klíčové osoby na odděleních, se kterými dohody uzavírá. Má informace o odděleních, kde praktická výuka probíhá, včetně informací o hodnocení těchto oddělení od studentů. Od vedoucí praktické výuky klinických oborů jsem v rámci rozhovoru získala potřebné informace k tomu, abych se v organizaci praxí, včetně obsahu smluv zorientovala a také jsem získala informace o konkrétních zdravotních sestrách, na které se mám na odděleních, kde studenti docházejí na praxi, obracet. Šlo především o staniční sestry. Některé z nich jsem oslovila, abych zmapovala znalost kontraktu se školou, jejich roli ve výuce studentů a vzdělání směnových sester, které vedou.

Další zvolenou metodou byla *analýza dokumentů*. Šlo o oficiální dokumenty upravující praktickou výuku. O těchto dokumentech jsem se již podrobněji zmiňovala v teoretické části. Jde zejména o učební dokumenty, ve kterých je upraveno rozvržení praxe během studia, cíle, kompetence apod. Dále jde o dokumenty české legislativy upravující zdravotnické školství a vzdělání vyučujících. V této části realizace výzkumu jsem se zaměřovala za prvé na rozdíly oproti direktivě EU a za druhé na obsah modulů, do kterých je studium rozvrženo. Zaměřila jsem se na stanovené cíle praktické výuky a kompetence, kterých má student absolvováním modulů dosáhnout. Předmětem zkoumání byla také dokumentace, kterou si studenti vedou během praktické výuky,

např. deníky praxe, opět se zaměřením na kompetence, důkazy dobré praxe a sebereflexi.

Po celou dobu přípravné fáze jsem prováděla *zúčastněné pozorování*, zaměřené na interakce mezi studentem – učitelkou odborných předmětů, studentem – zdravotní sestrou, učitelkou odborných předmětů – zdravotní sestrou, v průběhu odborné praxe. Pozorovala jsem vzájemnou spolupráci, frekvenci kontaktů, důvod vyhledání kontaktu, průběh interakcí, kritéria hodnocení, způsob řešení konfliktních situací, zaměření práce studentů apod. Výsledky této části výzkumu mi sloužily především k formulaci otázek do ohniskových skupin a k lepšímu zacílení dalšího zkoumání.

Z přípravné části výzkumu vyplynulo, že co se týče evropské direktivy, je praktická výuka formálně v pořádku (délka, hodinové dotace apod.). To, co v současné době v praktické výuce nevyhovuje, je zejména kontrakt o praxi, role a vzdělání zdravotních sester v praxi studentek, nedostatečná podpora ze strany školy, chybějící kritéria a dokládání důkazů ke kompetencím.

6.2 Příprava, výběr a organizace ohniskových skupin

Na základě vlastních zkušeností z praktické výuky se studenty ve zdravotnickém zařízení, zúčastněného pozorování a také na základě rozhovorů se zdravotnickým personálem, vedoucí praktické výuky klinických oborů, odbornými učitelkami a studenty, jsem zaměřila téma ohniskových skupin na spolupráci v triádě. Právě proto, že z prvotních informací, které jsem získala, vyplynulo, že tato spolupráce je obecně velmi neuspokojivá až frustrující.

Počet skupin a jejich účastníků

Rozhodla jsem se pro celkem tři ohniskové skupiny. Jedna byla tvořena zdravotními sestrami, druhá studenty a třetí vyučujícími praktické výuky.

Skupina zdravotních sester

Do této skupiny jsem vybrala zdravotní sestry, které pracují na různých odděleních vybraného zdravotnického zařízení, kam dochází studenti VOŠZ a SŠZ Ústí nad Labem na praxi. Zdravotní sestry jsem vybírala podle typu oddělení, na kterém pracují, podle jeho velikosti a zaměření, příp. dle specifik daného oddělení (např. akutní příjem). Dalšími kritérii pro výběr byla míra spolupráce se školou – sestry pověřené

péči o studenty v době jejich praxe (existence smlouvy se školou), směnné sestry, které se studenty spolupracují, ale smlouvou se školou nejsou vázány, mírou jejich kooperace při praxi studentů – sestry spolupracující a ochotné a naopak (toto kritérium jsem stanovila na základě hodnocení vyučujících, které na daném oddělení praktikují). Jedním z kritérií byla také odlišnost dokumentace ošetrovatelských činností na jednotlivých odděleních. Dalším kritériem výběru byl ročník, který studentky navštěvují – tedy zda jsou z 1., 2. nebo 3-4. ročníku a mají odlišné odborné zkušenosti (rostoucí s délkou absolvované praxe), což by mohlo v praxi znamenat snadnější spolupráci se zdravotními sestrami. Z 11 oddělení, které jsem měla k dispozici pro výběr zdravotních sester, jsem dvě vyloučila. Jedno oddělení z důvodu vlastní zkušenosti při hospitalizaci na tomto oddělení a nespokojeností s ošetrovatelskou péčí, která byla verbalizována, v druhém případě oddělení, kam sama docházím se studenty na praxi. Obávala jsem se, že by to mělo vliv na průběh diskuse v ohniskové skupině, především ze strany zdravotních sester, které mě znají a nemusely by se cítit bezpečně hovořit přede mnou např. o nedostacích spolupráce s vyučující, která dochází na praxi se studenty. Posledním kritériem byla přítomnost vyučujících v průběhu praxe – na některých odděleních provádí vyučující pouze kontrolu, ale se studenty běžně nepracuje ani tam po dobu jejich praxe nesetrvává. Do ohniskové skupiny jsem nevybrala sestry ve vedoucí pozici, protože se domnívám, že by řadové sestry mohly mít zábrany otevřeně hovořit o některých aspektech spolupráce souvisejících s organizací práce a vedoucími pracovníky oddělení.

Do ohniskové skupiny jsem vybrala 6 sester ze 6-ti oddělení, plus dvě sestry z dalších oddělení pro případ, že by se někdo nedostavil.

Účast zdravotních sester na ohniskové skupině byla 100%. Dostavily se i zdravotní sestry, se kterými jsem počítala navíc. Celkem se tedy zúčastnilo 8 zdravotních sester.

Skupina studentů

Do této skupiny jsem vybrala studenty z 1., 2., a 3-4. ročníku obor Diplomovaná všeobecná sestra a Diplomovaný zdravotnický záchranář Vyšší odborné školy zdravotnické v Ústí nad Labem. Mezi hlavní kritéria výběru jsem zařadila předchozí vzdělání studentů – někteří jsou absolventi střední školy zdravotnické, menší množství jsou absolventi gymnázií nebo jiných škol. Délka absolvované praxe – tedy ročník,

který navštěvují, vyjádřená spokojenost/nespokojenost s odbornou praxí. Jedním z kritérií je také praxe na oddělení, kde byla přítomna vyučující po celou dobu praxe nebo tam byla prováděna pouze kontrola. Poslední kritérium byla případná zahraniční zkušenost. Z každého ročníku jsem vybrala 3 studenty (absolventka SZŠ, absolventka jiné školy, zahraniční zkušenost), z toho alespoň jeden vyjadřující spokojenost s odbornou praxí. Minimálně dva studenti ze skupiny praktikují na oddělení, kde je v průběhu praxe přítomna vyučující.

Také účast studentů byla vysoká, celkem se dostavilo 9 studentů.

Skupina učitelek

Tato skupina byla pro sestavení trochu problematická, protože vyučujících, které praktikují se studenty na vyšší škole, je minimum. To, že se studenty nepraktikují je dáno jednak jejich nízkým počtem, ale také tím, že většina studentů jsou absolventi střední zdravotnické školy a není tolik pocíťována potřeba, vést je na praxi při výkonech, které by měli ovládat již ze střední školy. Myslím si, že je to velká škoda pro studenty i pro další vývoj ošetrovatelské praxe.

V současné době je ve škole pouze jedna vyučující, která dochází na praxi se studenty oboru Diplomovaná všeobecná sestra, a to v 1. ročníku a především se studenty, kteří nemají předchozí vzdělání všeobecné sestry ze střední školy. Proto jsem do této ohniskové skupiny zařadila další vyučující, praktikující se studenty vyšší školy, ale oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář. Tento obor má v 1. ročníku stejnou odbornou praxi jako všeobecné sestry, čili vedení ze strany vyučující, co do náplně učiva, je stejné. Tyto vyučující jsou dvě, každá dochází na jiné oddělení a s jiným ročníkem, z toho jedna pouze na kontroly. Vybrala jsem také vyučující praktické výuky ze střední školy, která praktikuje na jednom z vybraných oddělení a setrvává tam po celou dobu praktické výuky. Může tak reflektovat spolupráci se zdravotním personálem daného oddělení, může také jako pozorovatel sledovat vztahy mezi personálem oddělení a studenty z vyšší školy. Náhradní účastnice jsem do této ohniskové skupiny nevybrala, protože jsem nepředpokládala, že by se některá nezúčastnila.

Na ohniskovou skupinu se nakonec nedostavila jedna vyučující, a to z důvodu nemoci.

Lidé, kteří se znají

Kritériem výběru účastníků do ohniskových skupin nebylo, zda se osobně znají či nikoli. U zdravotních sester jsem to nebyla schopna předem zjistit, předpokládám, že se některé znají, byť spolu přímo nepracují v rámci jednoho týmu na oddělení.

U studentů je tomu podobně - mohou se znát v rámci jednoho ročníku, ale předpokládám, že se více či méně budou znát i napříč ročníky.

Učitelky praktické výuky se vzájemně znají. Jiný výběr nebyl v rámci jedné školy možný.

Pozorovatel a záznam

K ohniskovým skupinám jsem si dohodla účast pozorovatele, především z důvodu následného snadnějšího zpracování získaných údajů. Pozorovatel byl z časových důvodů přítomen pouze na ohniskové skupině zdravotních sester.

Kromě pozorovatele a polních poznámek jsem ohniskové skupiny zaznamenávala na videokameru – pouze jako audiozáznam.

Otázky

Ke každé ohniskové skupině jsem si připravila několik otázek, které vycházely z pracovních hypotéz, a které jsem chtěla, aby byly v ohniskových skupinách diskutovány a odpovědi by se daly z jednotlivých skupin mezi sebou srovnávat.

Délka a zázemí, termíny

Délku ohniskových skupin jsem naplánovala na 1,5 hodiny. Ohnisková skupina se zdravotními sestrami proběhla v seminární místnosti vybraného zdravotnického zařízení, se studenty a učitelkami v zasedací místnosti ve škole. U všech tří ohniskových skupin jsem měla připravené občerstvení.

Ohniskové skupiny jsem vedla dle schématu skupinové diskuse (14, s. 183):

- cca 24 hodin před – telefonické potvrzení účasti,
- zajištění občerstvení, záznamové techniky a její kontrola,
- příprava místnosti,
- občerstvení a seznámení s prostředím, jmenovky,
- osobní představení výzkumníka, představení pozorovatele,

- seznámení s tématem diskuse, upřesnění role výzkumníka, pozorovatele, zapnutí kamery,
- pravidla – mluví jen jeden, vše co se řekne je zajímavé – nejsou dobré a špatné odpovědi,
- otázky výzkumníka, diskuse,
- shrnutí hlavních bodů diskuse, dotaz, zda chce někdo něco poznamenat,
- poděkování za účast, event. ještě občerstvení.

Prezentace výsledků

S účastníky všech tří ohniskových skupin jsem se dohodla, že je seznámím s výsledky analýzy ohniskových skupin, a to elektronickou formou. Všem jsem přislíbila zajištění anonymity. Motivem pro mě byl jejich pocit bezpečí, který byl nezbytný k tomu, aby hovořili otevřeně. Všichni účastníci ohniskových skupin byli seznámeni s tím, že výsledky budou sloužit k dalšímu zlepšování spolupráce v triádě, nikoliv k identifikaci jednotlivých účastníků a jejich sankcionování.

O výsledcích výzkumu budu informovat také management zdravotnického zařízení i uvedené zdravotnické školy, a to z důvodu podepření návrhu změn ve vedení praktické výuky. I v případě této spolupráce na úrovni managementu nepůjde o trestání viníků (účastníků triády), ale o identifikaci problémových oblastí a jejich společné řešení.

Jistě by bylo zajímavé prezentovat výsledky dalším zdravotnickým a školským zařízením, které vychovávají budoucí zdravotníky, a získat zpětnou vazbu na výsledky výzkumu i navrhované změny.

Transkripce a kódování ohniskových skupin

Pro zpracování zvukových nahrávek ohniskových skupin jsem zvolila doslovný přepis (bez komentáře a zaznamenávání hezitačních zvuků). Přepis všech tří ohniskových skupin byl časově velmi náročný a i délka přepisů je značná (přepis ohniskové skupiny odborných učitelek 28 stran, ohniskové skupiny studentů 38 stran a ohniskové skupiny zdravotních sester 34 stran). V příloze č. 2 proto uvádím pouze krátké ukázky z přepisů ohniskových skupin.

Pro třídění a klasifikaci dat jsem vycházela z kategorií, vytvořených podle sestavených pracovních hypotéz. V průběhu třídění dat z ohniskových skupin mi však tyto kategorie nevyhovovaly nebo nedostačovaly, a proto jsem je upravila a vytvořila

další pro potřeby provedeného výzkumu. Identifikované kategorie, do kterých byla data tříděna, jsem rozdělila vždy na další tři základní subkategorie – studenti, zdravotní sestry a odborné učitelky. Během prvního třídění jsem vytvořila následující kategorie a subkategorie:

- vstup na oddělení – tato kategorie zahrnuje první kontakt studentů se zdravotnickým personálem včetně problematiky vzájemného představení se a začlenění do týmu;
- organizace praxe a organizace práce na oddělení – organizace práce zahrnovala pozitivní a negativní výroky k organizaci praxe, výroky k počtu studentů na jednu odbornou učitelku nebo zdravotní sestru, a to u nás i v Německu. Kategorie organizace práce na odděleních zahrnovala skupinový systém ošetrovatelské péče, management oddělení a systém organizace práce v Německu;
- praxe s a bez odborné učitelky - v této kategorii byly tříděny výroky hodnotící praxi s odbornou učitelkou a bez ní;
- dostatek pomůcek na oddělení, otázka množství financí v systému – tato kategorie obsahovala výroky popisující vybavenost oddělení a dostupnost různých pomůcek, včetně množství financí na tyto pomůcky;
- studenti na oddělení – tato kategorie je ze všech nejobsažnější s množstvím subkategorií, obsahující hodnocení spolupráce všemi a všech v triádě. Vznikly zde např. subkategorie ‚zájem o práci se studenty,‘ ‚studenti jsou zátěž,‘ ‚nedůvěra,‘ ‚odvaha,‘ ‚zájem o práci/ obor,‘ ‚neodborné práce,‘ apod.;
- předávání hlášení – tato kategorie zahrnovala kromě hlášení také předávání informací o pacientech v průběhu směny. V subkategoriích byly výroky pozitivně a negativně hodnotící předávání uvedených informací;
- věk a pohlaví studentů a zdravotních sester – tuto kategorii jsem zvolila proto, že v ohniskové skupině studentů byli přítomni dva studenti a sedm studentek a vyjadřovali se k rozdílnému chování zdravotních sester ke studentům – mužům;
- přístup k pacientům - v této kategorii jsem třídila výroky popisující chování zdravotních sester a studentů k pacientům, zvláště jsem vytřídila výroky týkající se přístupu zdravotníků k pacientům v Německu a Anglii;
- porušování ošetrovatelských standardů – zde jsem vytvořila subkategorie ‚ano‘ – standardy jsou porušovány s výroky, které popisují konkrétní příklady;

subkategorie ‚ne‘ – standardy nejsou porušovány; během třídění jsem doplnila subkategorii ‚jak to dělám já‘ a jak jsou ošetrovatelské standardy dodržovány v Německu. U subkategorií zdravotních sester a odborných učitelek byly vytříděny výroky typu ‚proč je porušuji já‘;

- role zdravotních sester - během prvního třídění jsem do této kategorie nezařadila velké množství výroků, nicméně během dalšího třídění se tato kategorie významně rozrostla;
- mentorství – tato kategorie obsahovala pouze výpovědi zdravotních sester a odborných učitelek, se studenty nebyla tato problematika diskutována. Výpovědi byly tříděny na pozitivní (souhlasící se zavedením mentorek) a negativní (nesouhlasné výroky) a výroky popisující systém mentorek fungující v Německu;
- spolupráce v triádě – obecně – v této kategorii byly vytříděny obecné výroky pozitivně nebo negativně hodnotící spolupráci v triádě;
- hodnocení – tato kategorie obsahovala výroky týkající se hodnocení studentů a jejich výkonu během praxe. V třídění vznikla subkategorie kritérií kompetencí a důkazů dokládající jednotlivá kritéria;
- reflexe – obsahuje výroky týkající se reflexe a sebereflexe všech účastníků triády.

Tyto kategorie a subkategorie jsem dále třídila, až jsem došla ke konečné podobě i obsahu kategorií, které detailně rozvádím ve výsledcích ohniskových skupin a v jejich diskusi. Jsou to tyto kategorie:

- role zdravotních sester – tato kategorie je rozdělena na subkategorii student jako pracovní síla, zájem studentů o obor, otázky odpovědnosti a rizika, nevyjasněnost vzájemného očekávání;
- role odborné učitelky;
- první kontakt, představování, začlenění do týmu;
- znalost prostředí a význam osobních kontaktů;
- management a atmosféra oddělení;
- předávání informací;
- nedodržování ošetrovatelských standardů;
- neetické chování;
- reflexe a sebereflexe;
- hodnocení;

- organizace praxe a organizace práce na oddělení;
- mentorky na oddělení;

V příloze č. 3 přikládám pouze jednu kategorii, a to z důvodů rozsahu vytvořených tabulek (60 stran). Uvádím ji po prvním i druhém třídění dat.

7 Výsledky ohniskových skupin a jejich diskuse

Ve všech třech ohniskových skupinách jsem se ptala na obecné zhodnocení spolupráce a poté na jednotlivé aspekty, které účastníci považovali za nejhůře fungující. Z ohniskových skupin vyplynula ještě další důležitá témata - organizace práce na oddělení a organizace praxe studentů, hodnocení praxe studentů a reflexe praktické výuky.

Mým záměrem bylo vybrat stěžejní problém, na jehož základě spolupráce nefunguje a podrobně se mu věnovat. Po analýze ohniskových skupin jsem se rozhodla pro přehled problémů, které se různě prolínají, velmi úzce spolu souvisí a váží se většinou právě na spolupráci v triádě. Proto je nelze vždy hodnotit zcela odděleně. Například spolupráce sester a studentů bezpochyby souvisí s jejich vlastním vzděláváním, s jejich přípravou na roli ve vzdělávání studentů a s obecným povědomím o ní. Do této spolupráce se však promítá také zdánlivě nesouvisející téma, a to praxe v dodržování ošetrovatelských postupů. Tedy rozpor mezi tím, co se učí ve škole a co se praktikuje v nemocnicích. Přehled není vyčerpávající, ale zachycuje nejproblematictější oblasti spolupráce v triádě.

Při obecné otázce na spolupráci v triádě vyplynulo, že spolupráce „*není ideální*“, „*je zmatečná, nesystematická*“ nebo dokonce, že „*není žádná*.“ V každé ohniskové skupině převládala určitá nelibost, kritika se týkala především vzájemné spolupráce student – zdravotní sestra, a to z pohledu všech účastníků triády. Odborné učitelky se ke spolupráci vyjadřovaly výrazně kritičtěji. Nejméně byla kritizována spolupráce studentů a odborných učitelek.

Role zdravotních sester

Kritickým bodem spolupráce je nevyjasněná role zdravotních sester ve vzdělávání studentů během praktické výuky. Na tento bod se nabalují další problémy, které spolupráci zhoršují nebo dokonce znemožňují. Nevyjasněná vzájemná očekávání - co by ten druhý měl, nevyjasněné kompetence - co ten druhý může, narušují vzájemnou komunikaci, což se samozřejmě odráží ve spolupráci a vztazích v triádě. Dle mého názoru by měla být role zdravotních sester během praktické výuky studentů ošetřena v kontraktu, který uzavírá škola se zdravotnickým zařízením, také v dohodě mezi školou a pověřenou zdravotní sestrou z oddělení a s obsahem dohody. Respektive s rolí zdravotních sester, s učebními cíli studentů apod., by měly být seznámeny všechny

směnové zdravotní sestry, které se studenty pracují a na jejich praktické výuce se podílejí.

Již z analýzy dokumentů v přípravné fázi výzkumu, týkajících se praktické výuky studentů Vyšší odborné školy v Ústí nad Labem vyplynulo, že kontrakt, který je uzavírán mezi školou a zdravotnickým zařízením je formální záležitostí. V kontraktu jsou uvedeny cíle praktické výuky, vstupní znalosti studentů, počet hodin praktické výuky, jejich délka a další organizační záležitosti. Zdravotní sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci oddělení, na kterém studentka praktikuje, obsah kontraktu neznají, v mnohých případech o existenci kontraktu vůbec nevědí. Kontrakt mezi studentkou a ošetrovací jednotkou, ze kterého by byly jasné role zdravotnického personálu a studentky, cíle praxe, výstupy atd., se neuzavírá. Uzavírá se pouze dohoda mezi školou a staniční sestrou (nebo jinou určenou sestrou) ošetrovací jednotky, kde je vymezena její role a honorář, ovšem opět to neošetřuje roli směnových sester. To s sebou přináší mnoho nepříjemných situací při vzájemné spolupráci. Především tím, že zdravotní sestry neví, jakou úlohu v rámci studentské praxe mají a co se od nich očekává. V kontraktu ani v dohodě se nehovoří o roli odborné učitelky, ani o tom, jak přítomnost odborné učitelky ovlivní spolupráci student – zdravotní sestra, respektive, nakolik se změní role zdravotní sestry.

Student jako pracovní síla

V čem všem se neznalost rolí v triádě projevuje? Co je při vzájemné spolupráci narušeno?

To, že zdravotní sestry skutečně neví, jaká je jejich role při praktické výuce studentů vyplývá jak z jejich výpovědí, tak z výpovědí studentů a odborných učitelek. Během ohniskové skupiny se zdravotními sestrami byla položena otázka, zda dostávají nějaké pokyny nebo jakékoliv informace, jak se studenty pracovat. Na tuto otázku reagovala pouze jedna zdravotní sestra, ale reagovala spíše na učební cíle (čeho má student dosáhnout), respektive tematické celky, na které se má student během praxe zaměřit. To nevypovídá nic o roli zdravotní sestry v učebním procesu studenta. To, že svou roli ve výuce studentů nemají zdravotní sestry jasně specifikovanou, vyplynulo z odpovědí na jiné otázky. Např. při otázce, zda studenty na oddělení chtějí, zda je rády vedou, odpovídaly ve smyslu užitečné pomoci ze strany studentů – „... *ale my jsme na nich docela hodně závislý, protože pomůžou s koupelí, se stláním, s tím nám ohromnou práci udělaj, protože ustlat 12 postelí a mít ještě k tomu vlastní práci, když je vizita...*“

„...ale jinak je to nesmírná pomoc při tom koupání. I když víte, že jako, ale kouknete na ně, dělej to dobře, přetáčeš správně – je to taková velká úleva. Asi jak v kterém oddělení. Jsou třeba nějaký oddělení, kde třeba na sále, tak ne, ale když jsou třeba takový ty ležící, tak nakrmení, tak tam je ta síla znát...“ „...když mám na starosti nebo si většinou rozdělujeme ty sestřičky tak jako k sobě tak mě vlastně pomůže, když ona se mnou se vlastně stará o operanty, což se většinou stává, že mám 5 operantů a jezdí se mnou i na sál, což vlastně a pak se stará po operační péči, pomáhá mi je, protože vlastně když mám 4 pokoje a pak já nevím 2 si navezu zároveň po operaci, tak se mi to hůř hlídá, než když mám sestřičku k ruce, tak mi to hodně pomůže...“ „...my ty sestry fakt využijem hodně...“

Aby to byla užitečná pomoc, musí studenti z pohledu zdravotních sester splnit určitá kritéria. Např. musí vykázat určitou samostatnost, aby zdravotní sestru nezdržovali tím, že s nimi bude muset k výkonům chodit. Musí se aktivně zapojovat a vyjadřovat zájem, že tu práci chtějí dělat, zdravotní sestry nemají zájem je vyhledávat a aktivně samy zapojovat. Toto jsou pro zdravotní sestry také kritéria dobré spolupráce. Zdravotní sestry požadují po studentech výkon rovnocenný s jejich, nepohlíží na ně jako na někoho, kdo se přišel učit, ale jako na někoho, kdo to umí, kdo v případě potřeby zastoupí chybějící personál, posílí směny v náročném provozu. Podívejme se na to z pohledu zdravotních sester v současných podmínkách. Pokud přijdou na oddělení studenti, se kterými vlastně neví, jak pracovat, protože jak má spolupráce student – zdravotní sestra vypadat, není nikde dáno a vzájemně nejsou vyjasněna očekávání od této spolupráce, přizpůsobí zdravotní sestry praxi studenta tak, aby jim samotným byla maximálně k užítku. Zejména se to děje na odděleních, kde je chronický personální nedostatek a zdravotní sestry jsou přetěžovány množstvím práce, kterou nejsou schopné plnit v očekávané kvalitě. V tomto případě je jaksi potlačen skutečný smysl praxe studentů, tedy jejich vlastní výuka. Jsou zde nadřazeny potřeby zdravotních sester nad potřebami studentů. Domnívám se však, že by měly být v rovnováze tak, aby se studenti mohli efektivně učit a zdravotní sestry nebyly vedením studentů přetíženy.

Zájem studentů o obor

Uvedli jsme, že jeden z důvodů, proč jsou studenti na oddělení vítáni, je jejich pomoc zdravotním sestřím s plněním jejich pracovních povinností. Také jsme uvedli, že další podmínkou, aby byla jejich pomoc považována za užitečnou, je jejich samostatnost, aktivita a chtění. „Chtění“ studentů pracovat bylo zdravotními sestrami

dokonce uváděno jako to nejpodstatnější pro jejich spolupráci se studenty. Pokud studenti neprojeví dostatečnou míru zájmu, „chtění,“ jsou k nim zdravotní sestry velmi kritické – „...jakmile zájem nemaj, tak je nemůžete k ničemu donutit, oni vám to snad budou sabotovat, aby se to ... furt je naháníte, furt je kontrolujete, to prostě ne. To pak nebaví ani ty sestry, ani je a spíš jsme všechny navzájem proti sobě...“ „...všude je musíte strkat, to je potom tragedie, no. Ale jestliže to funguje, jestliže maj zájem a chtěj a ptaj se a to, tak je to dobrý na vobou stranách...“ „...vono to je prostě v nich, no. Kdyby chtěly, tak prostě by viděly. Proč by ta sestra vlastně ještě měla honit je...“ „...Vono to pak votráví doslova i nás, že pak máte ... no přesně pak nahánět ... tak vono to pak votráví ten nezájem nebo když řeknou tuhle nesmyslnou práci dělat nebudem....“ V opačném směru to ovšem nefunguje. Studenti jsou velmi kritičtí k zájmu zdravotních sester o ně. Respektive, jakmile není student dostatečně „užitečný,“ to znamená, že bezvýhradně neplní požadavky sester, bez ohledu na jeho výuku, nemají o něj zdravotní sestry zájem. V tomto směru zcela selhávají ve své roli edukátora. Studenti často popisovali nezájem zdravotních sester následovně – „...prostě zabouchnou se dveře vod kuchyňky a prostě všichni a my jsme tam ve dvou a máme celý oddělení...“ „...málokterá sestra by jako sama přišla. Ale jako když projevíte nějaký zájem, tak v tom asi problém není...“ „...sestry nám tam přišly dát oblečení a nějaký pomůcky a pak nás v tom nechaly samotný...“ „...sestry, ty si nás jako studentů nevšímalý...“ Podobně posuzují zájem o studenty ze strany zdravotních sester také odborné učitelky – „...nic tam nedělali, sestry si sedly, nic nechtěly, nevěnovaly se jim, když něco chtěly udělat, tak to zase udělali špatně, sestry jim vynadaly...“ „...tak je vrátili, že je tam nechtějí, že nic nedělaj, že tam jenom čuměj...“ „...a pak jsou takový na kterých je vidět, že jsme jim tam vyložene na obtíž...“

Přiznejme si, že ne vždy všichni studenti mají zájem o studovaný obor, což se projeví i během praxe. V jejich aktivitě, zájmu, diskutovaném „chtění.“ V případě, že má zdravotní sestra aktivní zájem spolupracovat se studentem a musí ho stále hledat a motivovat, je to pro ni časově velmi náročné a vyčerpávající. Zájem zdravotní sestry pak rychle opadá a studentovi se přestane věnovat.

Otázky odpovědnosti a rizika

To, že sestry nepracují společně se studenty, s sebou nese množství dalších problémů. Studenti si uvědomují, že často provádějí bez dohledu výkony, které by sami

vůbec dělat neměli. Jsou to i výkony, které v praxi třeba ještě neprováděli, znají je pouze z laboratorních podmínek odborné učebny nebo je znají pouze teoreticky. Riziko takto prováděného výkonu spočívá v chybách, kterých se student může dopustit a pacienta poškodit. Z pohledu zdravotníků to mohou být chyby zanedbatelné (např. nezdařený odběr krve a jeho opakování), nicméně z pohledu pacientů jde o výkony velmi nepříjemné a jejich opakování je pro ně traumatizující. Od zdravotních sester jde o docela ‚odvážné‘ počínání, vzhledem k tomu, že jsou za provedenou ošetrovatelskou péčí zodpovědné. Některé si to jasně uvědomují a studenty doprovázejí – „...nemůžu jí poslat samotnou, protože za její práci zodpovídám...“, některé doprovázejí studenty proto, že jim nedůvěřují – „...kdyby to byla sestra který jakoby nevěřím, tak budu nad ní stát a budu koukat jak to dělá, jestli to dělá dobře...“. Zpravidla ale platí, že studenti provádějí výkony sami, zdravotní sestry to přiznávají a ví, že by tak nemělo být – „...hlavně má jako ty teoretický znalosti, že ví jak provést jak který úkon a člověk se nebojí když tak třeba poslat samotnou. Ví, že bysme třeba neměly, ale když je hodně práce...“. Studenty to znejišťuje a frustruje – „...ráno jsme dostali odběry, abysme šli s tím sami bez sestry, bylo to hrozný...“, „...tak to bylo spíš jako – tady máš a udělej. Já prostě jsem dostala všechno jakoby – ale jinak prostě jako koupelna, léky, infuze, to prostě nikoho nezajímalo, jestli si za to nesu zodpovědnost já nebo ta sestra. Prostě jsem dostala papíry a udělej, zapiš no a pod to se podepiš...“. Vyvíjí všichni studenti aktivní odpor provádět výkony, které dělat nesmějí? Není to na druhé straně také příjemné, pracovat bez dohledu a dokazovat sám sobě, že jsem dobrý? Odborné učitelky o těchto praktikách vědí – „...hoděj na ně všechny výkony i ty, které by dělat vůbec neměli...“, „...víc je to takový, že ta sestra přidělí práci a udělej to...“, „...nebo tam někde běží se stříkačkou a vodchytím je a říkám: ‚kam jdeš?‘ Sestra ho poslala, sestra se ani neobtěžuje zvednout a jít se s ním podívat, jak to dělá a co dělá...“. Většinou na to studenti upozorňují (hovoří o tom také se zdravotními sestrami?), aby výkony, které samostatně dělat nemohou, nedělali.

Odborné učitelky je dokonce upozorňují na to, že „když bude něco špatně, bude to na nás...“. Ne však všichni studenti se dokáží vzepřít. S takovým „nevedením“ studentů souvisí nejen riziko poškození pacientů, ale také zodpovědnost za chyby. Za provedenou práci je zodpovědná zdravotní sestra, ale pokud k nějakému pochybení dojde, odnese to svým způsobem i student. Následuje kritika studenta ať přímá nebo nepřímá. Problém bývá v nedostatečné komunikaci, vysvětlení úkonu a samozřejmě v

chybějícím dohledu – „...když něco chtěli udělat, tak to zase udělali špatně, sestry jim vynadaly...,“ „...mám podobnou zkušenost, že teda když je nějaká chyba, sveze se na hlavu studentů...“

Opakem situací, kdy zdravotní sestry vysílají studenty k výkonům bez dohledu, jsou situace, kdy studentům nedůvěřují a zpochybňují informace, které jim studenti předávají. Někdy jde o situace devalvující jak studenta, tak pacienta – „...ale voni mi to nevěřily. Já říkám jako, vy si myslíte, že neumím počítat, že neumím spočítat kolik vypila nebo kolik - to není možný, vona snědla celej voběd no a co. No tomu nevěřím. Pak jsem za ní přišla a říkám, že vona má bolesti prostě a vona říkala, jak vám to mohla říct, vždyť vona nemluví a já říkám, no prostě mi to řekla. Pak přišel doktor a řek, tak ukažte nám, jak mluví. No vona jenže se jich bála a furt mě držela za ruku a furt mě mačkala. Odešel doktor se sestřičkou a vona já jsem nemohla, já se omlouvám, já se jich prostě bojím. Nikdy mi neudělali nic dobrýho...,“ „...to jsou ty typy, který jediný kdo to udělá dobře jsou oni a nikdo jiný to dobře neudělá a už vůbec ne ten student...,“ „...a ona, umím si představit, že ona má prostě hrůzu z toho, že ta sestřička, ta žákyňka, že by jí něco udělala špatně, že to nepřevázala tu ránu tak dobře nebo že by nevymyla tu skleničku tak dokonale, tak proto de a třeba si to radši udělá sama...“ Tyto problémy by asi nevznikaly, kdyby sestry pracovaly společně se studenty a viděly by co student udělal a jak.

Nevyjasněné vzájemné očekávání

Na základě výše uvedených informací, se nemohou studenti ani odborné učitelky divit, že spolupráce nefunguje dle jejich představ. Ovšem, jaká je ta jejich představa? Znají naopak představu zdravotních sester o praxi studentů? Ptaly se někdy zdravotní sestry nebo jejich nadřízené, jak má praktická výuka studentů vypadat? Jak došlo k tomu, že zdravotní sestry dělají něco, o čem jim nikdo nic neřekl, snad kromě toho, že tam studenti budou praktikovat? Jak to, že se neptají? Patrně velký podíl na fungování praxí bude mít vlastní zkušenost zdravotních sester z dob jejich studia zdravotnické školy a také vedení praxe v době, kdy je na oddělení přítomna odborná učitelka.

Když už jsme zmínili, že sestry považují praxi studentů především jako pomoc sobě samým v plnění pracovních povinností, můžeme zmínit také názory odborných učitelek a studentů. Výpovědi nevyznívají pro zdravotní sestry nijak lichotivě. Studenti se domnívají, že jsou zdravotním sestřím dobré především na „nepopulární“ práce,

např. dezinfekci povrchů, stlaní lůžek, hygieny nemocných – „...*my jsme tam byly jako žákyně, dělaly jsme ty nejpodřadnější práce...*“, „...*já jsem taky zažila to, že jsem třeba byla velice potřebná na umývání povrchů, když se dělala lumbální punkce...*“. Podobně to vidí i odborné učitelky – „...*oni pak celou praxi šůrujou stolečky a dělají povrchy...*“, „...*nechce dozorovat nad odbornýma věcmá, tak přidělí kýbl, hadr...*“. Dokonce zdravotní sestry toto přiznávají a také vzpomínají, že když ony byly žákyně, nebyla situace jiná. Ve výpovědích sester se opět odráží i to, že studenti během praxe suplují nedostatečné personální obsazení – „...*vím, že jsme dělaly nějakou takovou co sestry v uvozovkách nemaj rády – takový ty harmonogramy, měření tlaku, stlaní ...*“, „...*ale vlastně to byly oddělení, kde jsme chodily a jen měřily teploty, měřily tlaky a k jiný práci nás nepustily...*“, „...*tak ty holky ač nerady, jsou zneužity na to, aby udělaly tu ranní hygienickou péči, protože my na to nemáme prostor. Vyšetření a odborná práce, tak jako občas jsou zneužity. Z mého pohledu by měly mít víc odborný práce, ale jelikož ty holky i ta sanitárka to nestíhá, tak jako jdou, udělej ty povrchy ...*“, „...*takže samozřejmě řeknou ať jdu změřit nebo dát teploměr, aby si udělaly tu svou odbornou práci, když maj hodně práce, aby to měly rychlejš...*“. Ze strany sester jsou tyto výkony označovány jako „*neodborné*“. Tento výraz se mi zdá poněkud nešťastný, protože každý z těch výkonů má ve zdravotnictví určitá specifika a daný standardní postup. Výkony jsou tím devalvovány, a zájem o jejich vykonávání samozřejmě klesá. Odborné učitelky jsou ještě kritičtější, ale potvrzují to, co řekly samotné zdravotní sestry. Studenti jsou pro ně pracovní síla navíc, pomoc, zdravotní sestry v době přítomnosti studentů nebo studentů s odbornou učitelkou si „*mohou odpočinout*“ – „...*že si ty sestřičky můžou sednout a vyhodit nohy na tu židli...*“, „...*jsou zase lidi, kteří tu praxi pojímají tak, že a teď si dám nohy nahoru a odpočinu si...*“, „...*sestřičky jsou rády, tak my uděláme spousty práce...*“, „...*je pravda, že když jim z toho oddělení akutně vypadne a vědí, že přijdeme my, tak to ta staniční nebo vrchní ani neřeší, protože tu práci uděláme a zastaneme...*“. Z poslední výpovědi zní, že patrně i některé odborné učitelky přistoupily na to, že tam se studenty zastanou práci „*za*“ zdravotní sestry, zejména, když je na oddělení nedostačující personální obsazení. Poslední uvedená odpověď vyvolala mezi odbornými učitelkami polemiku, protože některé jsou si jasně vědomy toho, že to „...*není úplně dobře*“. Na tuto problematiku poukazovali i studenti z Německa, kteří byli přítomni na praxi v rámci výměnné stáže – „...*poukazovali na to, že neexistuje, aby si sestra v pracovní době sedla k internetu, rozdělila práci studentům*“

a otevřela si internet. Což je u nás běžné, přijdou studenti, dostanou práci a sestřičky jsou rády, že nemusí pracovat. To v Německu takhle nefunguje.“

Role odborné učitelky

Otázkou zůstává, zda je zdravotním sestřím jasná úloha odborné učitelky, pokud na oddělení se studenty dochází a jaká je jejich role v případě, že je tam student s odbornou učitelkou. Z ohniskové skupiny zdravotních sester vyplynulo, že zdravotní sestry chápou i v případě přítomnosti vyučující studenty především jako pomoc, ve smyslu provedení výkonů, na které nemají čas – „...*když je tam ta učitelka, tak ona je má tak pod křídlem my jenom říkáme co potřebujeme... .“* Situace se mění v tom, že mezi nimi a studenty stojí odborná učitelka, která má roli prostředníka, často zcela přebírá roli zdravotní sestry v péči o pacienta i studenta. Se zdravotní sestrou pak komunikuje odborná učitelka a studenti se obracejí ne na zdravotní sestru, ale na ni – „...*tam s náma byla učitelka, za kterou jsme se šli zeptat. My jsme nechodili za sestrama... ,“* „...*když jsme byli na střední, tak jsme chodili jenom za učitelkama... .“* Obvykle to je tak, že se zdravotní sestra domluví na provedení výkonu s odbornou učitelkou a ta se studenty daný výkon provede, zpravidla bez účasti zdravotní sestry. Ta jaksi vypadává z role zdravotníka, který primárně o pacienta pečuje, a samozřejmě nese za ošetrovatelskou péči u daného pacienta zodpovědnost. A spokojí se s tím, že je o výkonu pouze informována.

Odborné učitelky se domnívají, že je zdravotní sestry vnímají jako kontrolu, nejen nad studenty, ale taky nad sebou – „...*jsou sestry, který tě chápou jako kontrolu. Že kontroluješ i je, jak dodržují standardy a protože je většinou nedodržují, tak to berou negativně... ,“* „...*cejtíš tam, že jsem tam na kontrole, a ne jenom na toho studenta, a že vidím i to, co dělají oni... .“* Podobně to vyjádřili i studenti, kteří uvedli, že v přítomnosti odborné učitelky zdravotní sestry více dodržují ošetrovatelské standardy – „...*když je v tom pokoji učitelka, tak má ta sestřička větší respekt a dělá podle těch předpisů, protože je tam někdo, kým může být kontrolována... .“* Je zajímavé, že zdravotní sestry mohou jako kontrolu vnímat také praktikující studenty – „...*když jsem s ní chtěla jít tak vona, to jsem na ní viděla jak říká - no ty určitě víš jak se to dělá správně a teď mě budeš chtít chytat prostě, ale to nikdy tak nebylo. Voni si myslely, že jsme je tam přišli snad vizitovat, že si snad budem zapisovat, co dělají špatně... .“* Ve všech uvedených příkladech je kontrola vnímána negativně. A to především ze strany zdravotních sester. Studenti se vyjadřovali ke „kontrolě“ odbornými učitelkami spíše ve smyslu opory,

pocitu jistoty atd. Ve slovníku cizích slov je kontrola definována jako „dozor, dohled, přezkoumání; činnost tvořící součást řízení, zprostředkující poznání, jak se dodržují normy a plní příkazy a jaký je průběh a výsledek práce“(21). V této definici je velmi zajímavé slovní spojení „činnost zprostředkující poznání.“ Ne vždy musí být kontrola pojímána ve smyslu následné kritiky, vyzdvihování nedostatků a zneschopňování. Může to být jeden z prostředků dalšího rozvoje. Jak jinak zjistíme, že něco děláme špatně, když sami na chybu nemáme náhled? Domnívám se, že zdravotní sestry, ale i odborné učitelky a studenti, pokud jsou schopni a mají možnost reflektovat svou práci a jsou schopni sebereflexe, nemají s „kontrolou“ problém.

Jakou roli vlastně má odborná učitelka během praxe studentů? Z pohledu sester je to někdo, kdo přebírá starost o studenty a jim určené pokoje. Je to někdo, kdo místo nich dohlédne na to, že student splní určené povinnosti a možná také jistota, že to bude provedeno dle určitého standardu. Je to někdo, kdo za ně se studenty splní řadu ošetrovatelských výkonů, které by jinak prováděly samy nebo se studentem – „...já si myslím, že to je úleva, protože rozdají lékárnu a ona (odborná učitelka) jde s každou tou žákyňkou a sestra si může dělat věci kolem...“, odborná učitelka je někdo, kdo zařídí, že studenti nebudou sedět, ale skutečně „pomáhat“ – „...hlavně když jsou tam s učitelkou, tak si to taky nedovolej sedět a nic nedělat...“

Studenti vnímají odbornou učitelku jako oporu, někoho, na koho se mohou v případě problémů obrátit, je to někdo, kdo jim pomůže. Je to také někdo, kdo svou autoritou „nutí“ zdravotní sestry chovat se k nim lépe, nezneužívat je na „neodborné“ práce a také dodržovat standardní ošetrovatelské postupy – „...mi jako říkala co mám dělat, spíš mi pomáhala...“, „...takový ty základy jsme se naučili vod ní nebo nám prostě ukázala co a jak. My jsme jí měli vlastně za zádama a kdyby se něco zkazilo tak vona to převezme a dodělá to. Takže my jsme měli takovou jako jistotu, že to bude dobrý...“, „...je tam taková ta autorita, v případě nejistoty se mohu spolehnout a tady na ty žákyně se jinak kouká, když je tam ta učitelka. Kdežto my jsme tam byli úplně vonuce...“, „...víc se nám věnujou, když je tam ta učitelka, jinak s náma jednaj, všechno se dodrzuje, tak jak má a hlavně nenechaj všechno jen na nás. Když je tam ta učitelka, tak máme tak ty 3 pokoje. A na některým oddělení, když jsme tam sami, tak nám dávají lístečky – udělejte tady to. Ale když je tam ta učitelka, tak se nám věnujou – je to lepší...“, „a když tam ta učitelka není, tak si myslím, že nás víc využívaj – nemá to žádný řád, systém – předávaj tu práci nám...“, „...já jsem v těch učitelkách cítil jako takovou ochrannou ruku...“

Nakolik přispívají odborné učitelky tomu, že spolupráce nefunguje tak, jak by měla? Znají odborné učitelky svou roli? Domnívám se, že i vyučující mají v triádě potíže s plněním své role, a to především ve vztahu ke zdravotním sestřím. Jak už jsem uvedla, přistoupily na to, že zdravotním sestřím „pomáhají,“ udělají spousty práce „za ně“ apod. Jsou si vědomy očekávání sester, že pokud jsou na oddělení se studenty, dělají studenti právě s ní, ne se zdravotní sestrou. Pokud ráno přijde odborná učitelka se studenty na oddělení, studentům přidělí pokoje a sestřím sdělí, které úkony s nimi provede (zpravidla všechny na daných pokojích, pokud to bude možné stihnout). Je zvykem, že se sestry právě o tyto výkony přestanou zajímat. Odborná učitelka se pak snaží na vyčleněných pokojích skutečně se studenty vše stihnout, aby tam zdravotní sestra v podstatě chodit ani nemusela, aby uchránila studenty před porušováním standardů zdravotními sestrami a možná také proto, aby zdravotní sestře se studenty ukázala, že ošetrovatelskou péči zvládá se studenty lépe, apod. Důvodů je jistě celá řada. Výsledkem je nejen neefektivní spolupráce, ale také přetížení odborných učitelek – „...je to pak pro mě strašně náročný, protože těch úkolů máme hodně, a abych to všechno stihla...,“ „...je hrozně moc těch výkonů, tak je těžký pro toho učitele to stihnout...,“ „...když já tam mám šest studentů na šesti pokojích a na všech pokojích je nějaká intramuskulární injekce, převazy atd., tak je velký problém časově tohle stihnout...,“ „...nemůžeš stihnout všechno a pak ti třeba ujede výkon, který bys jim chtěla ukázat...“ Jistým úlevným faktorem by mohlo pro odborné učitelky být, že není jejich povinností vše se studenty stihnout, a už vůbec není její povinností suplovat práci zdravotní sestry.

Pro ilustraci můžeme uvést zkušenost studentů ze zahraniční stáže v Německu. Je výrazně odlišná – „...tam co se týká praxe a vedení praxe je zásadní rozdíl v tom, že tam nechodí učitelky ze školy na tu praxi, nebo chodí, ale opravdu jako pedagogický dozor. Nikoliv že s tou studentkou pracovaly...,“ „...chodí, ale nepracuje. Dělá jenom tu pedagogickou činnost...,“ „...jenom zkontrolovat, jestli je ta praxe pořádku...“ Role zdravotních sester je zřejmá – „...voni to maj tak, že dostanou přidělenou tu lůžkovou sestru – ty jsou zodpovědné za výuku těch dalších sester a tak tam je ten přístup úplně jinej než tady...,“ „...tam se jim věnuje ta sestra...jsem pracovala se setrou, dělala tu práci, kterou by dělala normálně. Takže jsem dělala jako normálně a ona na mě dohlížela....,“ „...jedna německá studentka říkala, že tam pro ty sestry je

čest, že můžou vést studenty, že je to taková významná pozice, takže ony si toho váží a asi s tím nemají problémy... .“

Pro zdravotní sestry je jistě důležitá nejen znalost role, kterou mají plnit ve vztahu ke studentům, ale také podmínky, ve kterých mají tuto roli plnit. Obvyklým problémem lůžkových oddělení je nedostatečný počet personálu. A to i přes narůstající objem výkonů u pacientů. Stále je nedostatek pomocného personálu – ošetřovatelek a sanitářek, které by mohly plnit řadu povinností, které dnes dělá zdravotní sestra. Také změna orientace ošetřovatelské péče z funkčního systému na systém orientovaný na pacienta, je časově náročnější. Vzniká situace, kdy časově vytiženým zdravotním sestram přivádíme na oddělení studenty a požadujeme po nich, aby se jim věnovaly. Zdravotní sestry jistě samy nejlépe vědí, co by jim pomohlo v tom, aby byly schopny plnit roli edukátorů, odborníků ve svém oboru, v případě, že budou vědět, co plnění takové role obnáší. V době, kdy se ohniskové skupiny uskutečnily, nebylo zřejmé, že je problém právě ve vyjasnění rolí a očekávání, a proto během diskuse nebyla položena otázka, co by jim v plnění této role pomohlo.

Každý má o své roli v triádě i o roli toho druhého určitou představu, na základě které s tím druhým pracuje, aniž by o svých rolích společně hovořili. Role účastníků triády se tak výrazně liší od jejich očekávání. Všichni účastníci triády předpokládají, že ostatní vědí, co mají dělat. Přesvědčili jsme se, že tomu tak není. Dovoluji si použít citaci jedné studentky, která přesně vystihuje situaci spolupráce v triádě – „...*všechno bylo samozřejmý, no ale já jsem to viděla poprvý v životě a pro mě to samozřejmý nebylo. Já se radši 20 x zeptám, než abych udělala něco - tam se to prostě nedá splíst jako, tak se raději zeptám než bych něco udělala špatně. A všechno bylo samozřejmý, jak to, že to nevím, jako, že se jí na to ptám - proč když je to normální, přece takhle se to dělá... .“* Jak tedy můžeme chtít po zdravotních sestřích, aby plnily roli edukátorů, když ani odborné učitelky nemají zcela jasnou svou roli a není splněna základní podmínka – vzájemné vyjasnění rolí a očekávání jednotlivých účastníků v triádě. Pokud tedy přemýšlím o tom, proč spolupráce v triádě nefunguje, nedělám ukvapené závěry. Pokud bych si měla myslet, že je to chyba jen zdravotních sester, jejich neochota nebo neprofesionalita, nechci se mýlit. Ta „nespolupráce“ je totiž víc následek nevyjasněných rolí a vzájemných očekávání, než příčina.

První kontakt, představování, začlenění do týmu

Zprvu se zdálo, že největším problémem spolupráce v triádě je právě komunikace. Ale jak jsem již dříve uvedla, základní problém spočívá v nevyjasněných rolích a očekáváních účastníků triády. Narušená spolupráce se pak projevuje právě v komunikaci, kde je to nejvíce viditelné. Na základě špatné komunikace docházejí účastníci k závěrům, že s nimi ostatní v triádě spolupracovat nechtějí, že o to nemají zájem, že spolupráci využívají pouze ve svůj prospěch bez ohledu na ostatní apod. Pokud přemýšlíme o špatné komunikaci jako o následku, zamysleme se, co můžeme v komunikaci zlepšit bez ohledu na příčinu. Z ohniskových skupin vzešlo, že jeden klíčový problém, který se týká především určitých pravidel slušnosti či společenského chování, by bylo možné odstranit. Jde o komunikaci během současného prvního kontaktu studentů a zdravotních sester na oddělení – tedy při jejich první praxi.

Obě skupiny velmi kriticky hodnotí vzájemné seznámení, představení kolektivu. Při ohniskových skupinách vyšlo najevo, že obě skupiny – tedy zdravotní sestry i studenti – předpokládají, že budou představeni nebo se druhá strana aktivně představí. Pokud k tomu nedojde, v obou skupinách dochází k jakémusi „zavrnutí“ dobré spolupráce. Někteří studenti ani nepočítají s tím, že by jejich praxe probíhala dobře a „připravují“ se na to – „...no já jsem se už připravila na to, že tam nebudu moc přijímaná. Už s tím despektem - ježíš ty žákyně jsou tady - já jsem přeci v životě nebyla žákyně, já jsem byla buď sestra nebo studentka...“²¹ „...celkově můžu říct, že mě ta komunikace se sestrou nikdy nevyšla. Přišla mi nedostačující, pro ni obtěžující, pro mě to přišlo takový, že nejsou vůbec, no že jsou z toho špatný, že tam ta sestřička - studentka přijde, bude se jich ně něco ptát, bude chtít něco vidět, no to bylo trauma.“ Obě skupiny vnímají první kontakt a vzájemné seznámení jako klíčové. Z literatury víme, že první kontakt je skutečně velmi důležitý a „první setkání udává základní ladění pro pozdější pozitivní vztahy“ (76, s. 49). První dojmy jsou problematické v tom, že „že jsou odolné vůči změně: racionalizace je chrání před fakty, které by s nimi nebyly slučitelné“ (45, s. 68). Další významnou úlohu v prvním kontaktu hrají naše předsudky a stereotypy. „Stereotypy vznikají jako tendence přisuzovat jednotlivcům rysy, jež považujeme za charakteristické pro celou skupinu, k níž podle nás patří. Takový postoj ovšem vede k tomu, že přestáváme vnímat rozdíly mezi členy skupiny. Každý je

²¹ žáci – střední škola, studenti – vyšší a vysoká škola

předem nějak zaujatý, ale zřídka si to dokážeme skutečně uvědomit. Naše předsudky totiž bývají zčásti založeny na pravdě, a proto se snadno stanou obětí našich racionalizací a selektivní paměti“ (45, s. 69).

Obě skupiny předpokládají, že by prvotní iniciativu měla vyvinout druhá strana – „...přijdou tak nějak na tu praxi, aby se třeba představili. Jo vlastně z té party lidí když přijde třeba jedna a když přijde, tak za staniční sestrou, že tady mají být na praxi. Ostatní třeba seděj a koukaj jestli jim jako zadáme nějakou práci a kdyby se představili, tak už jako je máme v merku, kolik jich tam je, jak si je rozdělíme a co se bude dělat. A kdyby se vlastně po tom představení, měli zájem se zeptat, co se bude dělat, jako co, jak ten den probíhá, na každém oddělení probíhá jinak...“ Na dotaz jestli někde studenti zažili, že byli v kolektivu zdravotníků představeni nebo se jim někdo představil, odpovídali, že na standardních odděleních ne. Kde v tomto ohledu komunikace funguje, jsou centrální JIP²², kde nejen, že bývají studenti představeni, ale je jim přidělena zdravotní sestra, se kterou po dobu praxe (jedné směny) pracují – „...ke mně přišla sestřička o půl sedmé, řekla máme tady žákyně, takže Evo vy budete mít žákyni Helenu a takhle postel třeba tři, čtyři. Nebo jsou to ty dva boxy. Věděla jsem jak se jmenuje, byly jsme si představený, ale takhle konkrétně jsem to zažívala pouze na JIPu, u většiny standardů to prostě neexistovalo,“ „...stalo se to, že absolutně jsme je nezajímali v tom začátku, že by nás měly zapojit, to seznámení...“ Dochází tak k paradoxní situaci, že hned při první praxi, od které by se měly vzájemné vztahy a komunikace rozvíjet, ustrne spolupráce na určitém nezájmu na obou stranách. Tento bod je po vyjasnění rolí a vzájemných očekávání pravděpodobně nejdůležitější, co se týče další spolupráce studentů a zdravotních sester, zejména v nepřítomnosti odborné učitelky.

Poměrně kontrastně působí zážitky studentů ze zahraničních stáží, kde první, co je velmi oslovilo, bylo seznámení s kolektivem a včlenění do kolektivu. V našich podmínkách hovoříme spíše o seznámení s kolektivem sester, studenti se nezmiňovali o tom, že by byli někdy představeni lékařům. Zážitky ze stáží v Německu a Anglii zní poněkud jinak – „...jako student jsem se cítila dobře, starali se o mně, hrozně mě překvapil přístup primáře, lékařů, přišli představili se mi sami, že mě tam moc rádi viděj. To třeba tady u nás ani sestra se třeba nepředstavila, nebo doktor už vůbec ne...“

²² Jednotka intenzivní péče

V ideálním případě by studenti přišli na praxi, staniční sestra, která o nich ví, by je představila přítomným zdravotníkům na směně, studenty by jednotlivým sestřám přidělila a informovala je, o které pokoje pacientů se budou společně starat. Zdravotní sestra by si s přiděleným studentem nebo studenty vyslechla předání hlášení předchozí směny, informovala by studenty, jak bude směna probíhat, co budou dělat a společně by šli plnit ošetrovatelské úkony u přidělených pacientů.

Zvláštní situace nastává, kdy se studenty přichází na oddělení také odborná učitelka. Je obvyklé, že studenti jsou přiděleni na určité pokoje, tzn. také ke skupinovým sestřám, ale k vzájemnému, jmenovitému představení se zdravotními sestrami zpravidla nedochází. Ne vždy pak k představení dojde. V tomto případě působí odborná učitelka tak trochu jako „překážka“ bližšího kontaktu zdravotní sestry se studentem, protože se předpokládá, že studenti budou pracovat především s odbornou učitelkou a ne se zdravotní sestrou. Již jsem uvedla, že odborná učitelka rolí předpokládaného „prostředníka“ mezi studenty a zdravotními sestrami jejich vzájemnou spolupráci určitým způsobem brzdí, popřípadě přebírá roli zdravotních sester. S tím vyvstávají další problémy, kdy se odborné učitelky cítí být přetížené, protože nejsou schopny pracovat např. se sedmi studenty najednou a být přítomny u všech výkonů, které mají udělat. Pokud by byly účastníkům třídy známy jejich role a vzájemná očekávání a ráno by odborné učitelky zdravotním sestřám představily studenty, které jim na pokoje přidělují, nakolik by to změnilo vzájemnou spolupráci student – zdravotní sestra?

Podívejme se na představování z pohledu společenského chování. Vlastnímu představování by měl předcházet pozdrav. Zdravení samo o sobě nebylo předmětem zájmu při ohniskových skupinách, je tedy na účastnících, aby zpytovali svědomí, zda se zdraví. Zdravení a samozřejmě také představování mají svá pravidla. Zaměřme se na pravidla představování, která by měla být uplatněna při příchodu studentů na praxi. V minulosti bylo nepřipustné, aby se lidé představovali tzv. přímo, bez třetí osoby, která by je vzájemně představila. Dnes to možné je. Také platí tzv. „učitelská“ role, tedy že nadřízený představuje podřízeného, učitel žáka apod. Pokud přijdou studenti na oddělení s vyučující, měla by proto vyučující představit studenta zdravotní sestře, ke které ho přiděluje, a naopak. Pokud přichází studenti na praxi sami, bez odborné učitelky, měli by být představeni nadřízenou směnových zdravotních sester, staniční sestrou. Pokud na oddělení není staniční sestra přítomna, měla by se tohoto úkolu

ujmout její zástupkyně, která by měla být o studentech od své nadřízené informována. Pokud není ve chvíli příchodu studentů na oddělení přítomen žádný z nadřízených pracovníků zdravotních sester, je možné se představit přímo, tedy bez třetí osoby. Vzhledem k tomu, že studenti jsou svým způsobem „hosté“ na daném oddělení, měly by aktivitu – představení se, rozdělení studentů k jednotlivým zdravotním sestřím, seznámení s oddělením, jeho režimem, plánem daného dne, s pacienty apod., převzít aktivně zdravotní sestry.

Po příchodu studentů na oddělení není důležité jen vlastní seznámení s přítomným personálem, ale také jejich začlenění do týmu, který se pak společně stará o pacienty - „...*vlastně ty sestry nás nevzaly tak jako pod křídlo, aby nás jako vzaly s sebou nebo něco takovýho...*“, „...*kdežto na těch standardech jsme byli vpuštěný a já sama jsem se musela nějaký chytit a pokud jsem narazila na nějakou, který to nebylo recht, tak prostě celej ten den se vyvíjel dost negativně pro mě, že jsem byla úplně vyčerpaná, takže tam si myslím, že asi bylo na škodu, že tam chybí nějaká komunikace...*“ Studenti z Německa, kteří byli na stáži u nás, měli podobný názor a ze spolupráce se zdravotními sestrami byli zklamaní – „...*zklamání byli z toho, jak jsou studenti vyčlenění z kolektivu, jak na ně nikdo nemluví, to chování beze slov ale dávání najevo buď přehlížení a jednak dávání najevo že je tam nějaký cizí element...*“, „...*a další věc jsou vztahy na tom oddělení, tam je taky velký rozdíl v tom, když přijdou naši studenti, tak je skupina studentů, skupina sester a skupina doktorů. Kdežto v tom Německu tam všichni byli nadšení z toho, jaké jsou vztahy mezi doktory a sestrami, byli představení sestřím doktorům a i ti naši studenti, i když tam byli krátkou dobu, byli zavzati do kolektivu a jednalo se s nima, jako by byli součástí...*“ Studenti vidí i tuto fázi poměrně kriticky a s uvedeným „ideálním“ případem se setkávají spíše na centrálním JIP, nebo během zahraničních stáží – „...*je tady takovej velkej rozdíl v tom, že v tý Anglii nás všichni vzali tak nějak mezi sebe, byli přátelští, snažili se nám všechno ukázat, všechno nám vysvětlit...*“, „...*neexistuje, aby se student vyčleňoval, chodil někam jinam svačit. Chodí s tou svojí sestrou, když je čas svačiny...*“, „...*přístup doktorů, sester, nás nebrali jako nějakou nižší vrstvu jako u nás, tam (v Německu) opravdu všichni jsou na stejný úrovni...*“

Opět je nutné podotknout, že pokud zdravotní sestry neznají svou roli, nebyly s ní seznámeny, s nikým o ní nediskutovaly, těžko můžeme očekávat, že ji budou plnit.

V ohniskové skupině odborných učitelek byl tento problém řešen z jiného úhlu, a to, když přijdou se studenty na praxi a rozdělují studentům pokoje (tím je přiřazují také k určité sestře, která má na starost dané pokoje), tak jak na to zdravotní sestry reagují. Jedna z reakcí, která odrazuje od spolupráce odborné učitelky i studenty je verbální i neverbální vyjádření nějaké nelibosti, nezájmu či znechucení - „... *chceš studenta někomu přidělit a už udělá obličej a někdy i slovní komentář k tomu, „už zase a fakt dneska na něj nemám náladu, dej ho někomu jinému“.....*“ Mají zdravotní sestry zájem o to, abychom s nimi pracovali? S tím souvisí také jeden z aspektů, který odborné učitelky určily jako důležitý, a to personální složení zdravotních sester na směně - „...*nechci říkat, že jsou oddělení, kde je jen nepříjemná atmosféra, že tam člověk nerad chodí, ale že i na jednom oddělení to záleží taky na té směně, kdo se tam sejde se sester,*“ „...*sestra super, výborný, další směna už máte vyhlídnutý lidi, kterým nemůžu ty studenty dávat, protože by to bylo k ničemu, je to hrozně individuální, někde se to dá říct o celém oddělení...,*“ „...*jsou tam lidi se kterými se spolupracuje hůř a jsou lidi se kterými je výborná spolupráce, vnikající,*“ „...*záleží na tom jaké se tam sejdou sestry ve směně. Jsou fakt směny, který spolupracujou... .*“ Rozdíly v personálním obsazení směny vnímají i studenti a mají vytipované zdravotní sestry, se kterými chtějí pracovat a naopak – „...*pak spíš záleželo na směně hrozně. My jsme tam byli jen ty pondělky jenom a jako bylo to o směně. Jedna směna byla fajn, já jsem se tam těšila, viděla jsem ty sestry a říkala jsem si fajn...*“ I zdravotní sestry si uvědomují, že si je studenti „otipovávají“ a vybírají si, s kým chtějí nebo nechtějí pracovat. Pro ty, které se studenty rády pracují je to patrně velmi příjemné, když to student dá najevo, třeba tím, že se k dané sestře při další praxi hlásí a chce s ní pracovat – „...*je příjemný pro nás třeba, když ta dívka přijde další den a přijde a řekne „Verčo, já jsem s váma měla ty zadní pokoje – můžu zase být s vámi?“ I mě to potěší, že tý holce se vlastně dobře dělalo a děláme spolu dál.*“

Jedním z problémů „nepředstavování se“ je, že studenti, ale i odborné učitelky a zdravotní sestry vlastně neví, s kým pracují a koho v průběhu praxe či směny potkávají na oddělení – „...*tam na to byla nějaká ošetřovatelka nebo co to bylo za paní...,*“ někdy neví, na koho se obrátit a co po daném člověku může požadovat. Asi nejvíce problémů to způsobuje právě studentům, kteří oddělení a personál neznají, protože oddělení na kterých praktikují, v relativně krátkých časových úsecích střídají. Ne v každém zdravotnickém zařízení je personál odlišen barvou uniformy či barevným označením vizitky nebo jiným způsobem. Dochází tak k situacím, že studenti požadují úkon

spadající do kompetencí zdravotní sestry po sanitářce nebo ošetřovatelce. Ne každý takto oslovený pracovník uvede své pracovní zařazení na pravou míru a informaci předává dál nebo v horším případě požadovaný úkon udělá. S tím je spojeno riziko chyby a komplikací a zodpovědnost nese samozřejmě zdravotní sestra, která o provedeném výkonu vůbec nemusí vědět, nebo se o něm dozví poté, co byl proveden.

Znalost prostředí a význam osobních kontaktů

Patrně velký vliv na „vstup“ na oddělení, na spolupráci odborných učitelek se zdravotním personálem oddělení, ale také na spolupráci se studenty, má znalost prostředí, znalost personálu z předchozí zdravotnické praxe a osobní znalost s jednotlivými členy zdravotnického týmu. Znalost prostředí a odbornost učitelky hodnotí pozitivně i studenti - „...předně, aby mě znal, aby byl přirozená autorita na tom oddělení, aby bylo jasné, že nějakou praxi sám za sebe má a tudíž ví, co učí a k čemu to je...“ a je to také jeden z předpokladů dobré praxe mentora.

V ohniskové skupině odborných učitelek byly všechny účastnice s předchozí praxí zdravotní sestry na lůžkovém oddělení, jedna dokonce se stále trvajícím pracovním poměrem ve zdravotnickém zařízení, kam současně dochází se studenty na praxi. Tato odborná učitelka byla také nejméně kritická z celé skupiny odborných učitelek a v některých případech se stavěla na obranu zdravotních sester. Odborné učitelky potvrdily, že v případě, že znají provoz a personál oddělení, je spolupráce jiná – „... je to trochu jiný, že tam chodím sloužit, tak i ty co by se nesnažily se snažit, protože je jim to „blbý“ se nesnažit,“ „... na tom oddělení, kde člověka neznaj, tam je to jinačí, kdežto kde mě znali, tak ten přístup byl úplně jiný,“ „... když jseš jedna z nich, tak je to takový lepší...“ Jedním z důvodů, proč je to „lepší“ je zřejmě také povědomí zdravotnického personálu o odborné učitelce v roli zdravotní sestry, ví, co od ní mohou očekávat, možná více důvěřují jejím profesionálním schopnostem. Také pro odbornou učitelku je znalost prostředí určitým „uklidňujícím“ faktorem, ví, co se kdy děje a dělá, ví, na koho se obrátit, co od koho očekávat. Pocit určité jistoty jistě pozitivně ovlivňuje i vztah se studenty.

Vzájemná osobní znalost může, ale nemusí, ulehčovat řešení problémů, které při spolupráci vznikají. Ne vždy může být osobní znalost zdravotnického personálu výhodou, pokud nejsou vzájemné vztahy zdravé. Tato situace může vést k přehlížení některých problémů ve snaze „neohrozit“ vztahy se zdravotnickým personálem. Ať už

ze strany odborných učitelek nebo zdravotních sester pak může docházet k „zatajování“ problémů, které by se daly snadno řešit a spolupráce by mohla být efektivnější.

Roli ve vztahu zdravotních sester k odborným učitelkám hrají také předsudky o učitelské profesi v duchu citátu Woodyho Allena „kdo nic neumí, učí.“ Odborné učitelky vyjádřily despekt, který někdy ze strany zdravotních sester cítí „... *to jsou ty učitelky z té zdrávky a co ony můžou tak jako vědět,*“ „...*nejsem učitelka, protože jsem úplně levá, ale protože mi to šlo to dobře. Ale to můžu říkat, to tě musej znát na tom oddělení,*“ „... *já potkávám lidi, se kterýma jsem pracovala na tom původním oddělení a potkávám různě v nemocnici a taky se mi stalo, že ten postoj vůči mně, přesto že mě znali a pracovali jsme spolu, zaujímali jako to je ta úča a velice často jsem slyšela takový ‚proboha co je tam učíte ty studenty, oni jsou úplně blbí,‘ hodně často.*“

Management a atmosféra oddělení

Jako jeden z faktorů dobré spolupráce označily odborné učitelky schopný management oddělení. V podstatě se shodly na tvrzení, že „*jaká je staniční, takové je oddělení.*“ Jedna z odborných učitelek hodnotila spolupráci velmi pozitivně. Se svým názorem se tak trochu mezi ostatními účastníky v triádě vymykala. Mezi aspekty pozitivní spolupráce zařadila právě schopnou vrchní sestru, pak určitou vstřícnost nejen ve vzájemné spolupráci - „...*musím je strašně pochválit, strašně dobře se mi tam spolupracuje,*“ ale také dobré osobní vztahy se sestrami daného oddělení – „... *nabídli mi tykání a je tam taková přátelská atmosféra a chodí ke mně i na kafe domů,*“ „...*vyměňujeme si knížky.*“ Dalším aspektem, který hodnotila pozitivně jsou určité výhody pro studenty, které na jiných odděleních nejsou zcela obvyklé – „...*dokonce nám teď nabídli, že nám tam udělají speciální skříně pro studenty, že se tam můžeme i svlíkat, což se nikdy nestalo, že by tak oddělení chtělo, aby tam měli studenti pohodlí, abychom se měli kde nasvačit a kam si dát věci.*“

Odborné učitelky také konstatovaly, že záleží nejen na spolupráci se zdravotními sestrami, ale také na spolupráci s lékaři, v některých případech uváděly, že jim lékař „pomohl prosadit“ nějakou změnu např. v organizaci práce, ke které se zdravotní sestry stavěly odmítavě – „...*tam to bylo striktně daný, že do sedmi hodin pacienti musí být umytí, celkovou koupel, v sedm hodin jde vizita, musí mít převlečený postele, že jsem zjistila, v podstatě na těch pokojích nemáme šanci to udělat dobře, protože to v tom čase nejde, tak jsem to řekla, dostali jsme vynadáno, tak jsem řekla, proč musí být toaleta do*

sedmi, protože se to tady dělá. ' Já ,proč se to tady dělá, ' ,protože to tak chtějí doktoři. ' Tak jsem šla za doktorem, staničním, zeptala jsem se na to, on mi řekl, že mu do toho nic není, že kdy je pacient vykoupanej, je záležitost sester. Takže jsem měla ten argument tohoto doktora a nestálo nic v cestě.... "

Předávání informací

Během ohniskových skupin se diskutovalo také předávání hlášení při výměně směny a předávání informací v průběhu směny. V předávání informací byly důležité tři body – obsah informací, doba předání a nedostatek informací v průběhu směny.

Začněme předáním hlášení při výměně směny. Jsou to zpravidla první informace o pacientech, které studenti dostávají, pokud je ovšem dostanou. Ne vždy je totiž odborná praxe v souladu se směnným provozem na oddělení a studenti přicházejí v době, kdy už je hlášení předáno a předchozí směna z oddělení odešla. Stává se to zpravidla ráno, protože studentům začíná praxe v půl sedmé a na některých odděleních končí noční směna v šest – „*...tam totiž není čas na to, aby nám něco řekli, jo, protože když tam přijdeme, tak voni jsou prostě rozprchlí, nebo docházej, nebo si vařej kafe..., " „...takže my ty informace, než jdeme k tomu pacientovi, nezískáme. My ani nemůžeme se ptát co tomuhle pacientovi je, protože my nevíme, ke komu půjdem – to je takovej začarovanéj kruh – běžte zatím stlát, my vás potom dojdem nebo něco takovýho..., " „...většinou tam (během hlášení) nejsme, my tam chodíme pozdějš... .“ V tomto případě se studenti s noční směnou půl hodiny mívají a informace získávají již od nové směny, nikoliv však formou hlášení, ale zpravidla se student doptává na to, co potřebuje vědět. V některých případech studenti předávání hlášení stihnou, ale nejsou k němu jaksi přizváni – „*...ráno předání tím stylem jako, že si to říkají mezi s sebou nebo na kuchyňce, my nemáme ani přístup a pak chtěj, abysme k těm pacientům šli a něco dělali. A my nevíme ani co jim je, jestli můžou do koupelny, jestli můžou tohleto..., " „...že ty sestry si to předávají mezi sebou a většinou na těch standardech v soukromí mezi sebou, ne že by si staniční procházela pokoj po pokoji a dostala od každýho hlášení, je to takový jakoby ústní mezi s sebou....“ Na některých oddělení zdravotní sestry na příchod studentů čekají, což je efektivní jak pro studenty – slyší celé hlášení, tak pro zdravotní sestry, které nemusí informace opakovat – „*...na tý VIN 1 čekají až my přijdeme, já jsem tam teda dřív, ale oni čekají až do těch půl s tou předávkou..., " „...my přijdeme a normálně sestry předávají a my jsme při tom předávání..., " „...někde se to dělá tak, aby bylo sjednocený předávání..., " „...na gastru tedy, tam jsou naučený jako předávat, čekaj na***

nás do půl sedmý, než my tam přijdeme a pak tu půlhodinu do sedmi prostě předávaj. I tím, že říkaj u tohodu bude potřeba tohleto a támdleto, ale jinak jsem se prostě skoro nikde nesečkala, že by na nás čekali s nějakým předáním, protože si předávaj už po šesté hodině...,“ „...to jako na tom GASTRu, kde na nás čekaj a předaj to....“ Na některých odděleních dokonce neváhají předávat dvakrát – jednou mezi zdravotními sestrami a pak znovu studentům, po jejich příchodu – „...ráno já chodím dřív, na šestou a chodím předávat se sestrama a slyším celý hlášení, studenti přijdou na půl a znova se předává, to je trochu zmatečný pro sestry a obtěžující a strašně dlouho se předává. Oni předaj sobě, pak předává se studentama, až do tříčtvrtě skoro od šesti....“ Na některých zdravotnických školách vyřešili tento problém posunutím začátku praxe na šestou hodinu.

Pokud se tedy podaří, že studenti stihnou předávání hlášení, jsou informace, které dostávají o pacientech, dostačující? Co si zdravotní sestry vlastně předávaj? Co je pro ně důležité o pacientech vědět? Absolutní nespokojenost s obsahem předávaných informací vyjádřily odborné učitelky. Nejen, že se jim zdají nedostatečné, ale také devalvující pacienty a jsou neprofesionální – „...já bych řekla, co se týká předávání informací obecně, je ta spolupráce velice špatná, protože když přijdeme a přebíráme pacienty, tak studenti dostávají hrozně málo informací. Ještě to jsou informace, který toho člověka devalvujou v hodně případech a předávaj se ráno u toho pultu, tzn. že kdokoliv další může ty informace slyšet a ty informace se stane, že sestra přijde a řekne ‚tyhle pokoje, já ty lidi neznám, co vám mám o nich říkat‘ já na to ‚vy jste si je přece převzala, tak nám něco o nich řeknete,‘ tak vezme tu dokumentaci a přečte nám to, co bysme si stejně přečetli sami...,“ „...naprosto nedostatečně, neříkaj například pohybový režim, co ten člověk zvládá, komunikačně, jak se stravuje, prostě ty základní, neumí předávat základní informace...,“ „...já si myslím, že to není jenom předání sestra student, ale je to i předání sestra - sestra. A oni ještě o to víc ořežou informaci pro toho studenta a málokdy se ty sestry i mezi sebou předávaj služby, předávaj tak jak by měli. A u těch studentů je to myslím ještě horší...,“ „...na tom standardu právě ta předávka, a ještě někdy udělaj takový to ‚to znáš, pořád stejně,‘ říkám ‚ale my ne, my ho neznáme‘...,“ „...v těch informacích teda chybí jestli je pacient chodící, mobilita pacienta, to vůbec nikdy nezazní, vždycky říkaj dobrý dobrý, ale kdyby to bylo dobrý, tak tam ten pacient neleží...,“ „...já určitě řeknu, že to nálepkování funguje, hodně jsou takhle označování senioři jako ‚bába,‘ ‚dědek,‘ ‚zmatený, bláznivý,‘ a to jenom na základě dehydratace, protože mi přijde, že jsou spolupracující, bezproblémoví...“ Ani

studentům předávané informace nestačí – „...já vlastně vůbec jsem nevěděla a, b, c - l, 2, 3 no úplně – já to říkám hodně zmateně, ale já jsem nevěděla, jak se kdo jmenuje, kde leží, co mu je, jak k němu přistupovat, jakou celkovou hygienu, jak se může otáčet nebo nemůže a hrozně mě tohle chybělo, protože ze začátku se mi taky stalo, že jsem vůbec nevěděla o koho jde...“ „...ale myslím si, že tak chybí v podstatě to plánování úkonů na ten den, že to předávání třeba řekne má zlomeninu tohodle, dáte mu tohle a tím to končí. Ale že je tam třeba ještě dalších informací...“ „...informace o bezpečnosti pacienta, jestli je schopen se sám umýt, najíst, jaký třeba je, to se většinou ptám, ony nám to třeba zapomenou říct, já se jich pokaždý potom ptám...“ „...někde je to obráceně. Při předávání se řekne, co se má dělat, jak se monitoruje, jaký úkony se mají dělat, a ta diagnóza jakoby...“

Na to, co je pro zdravotní sestry důležité si předat, odpovídaly tak, že „...se řekne jako co je prioritní, na co se musíme zaměřit, co se zvládne po ránu a pak se to vlastně dělá postupem času...“

Také studenti předávají hlášení zdravotním sestřím, a to ve chvíli, kdy končí směnu a odcházejí z oddělení. Není pravidlem, že je to ve stejnou dobu, kdy se střídají směny zdravotních sester. Vzhledem k tomu, že studenti obvykle nepracují společně se zdravotními sestrami, je důležité, aby předali vše, co u pacientů udělali. Pokud se tak nestane, zdravotní sestra nemá o provedené práci žádné informace. Také se stává, že studenti hlášení zapomenou předat nebo předají jen část.

Informace, které si zdravotní sestry předávají během hlášení, jsou nezbytné, aby se všichni, kdo budou o pacienty pečovat, zorientovali v tom, jakou ošetrovatelskou péči poskytovat. V průběhu dne je pak důležité, aby se jednotliví členové zdravotnického týmu informovali o tom, co a u koho budou dělat nebo už udělali, zda bylo vše v pořádku nebo vyvstaly nějaké komplikace. Informují se o vyšetřeních, stavu pacienta a dalších, pro hladký průběh péče, důležitých věcech. Problém vzniká ve chvíli, kdy předávání dílčích informací vážně a obrazně řečeno „pravá ruka neví, co dělá levá.“ Nejmarkantnější je problém právě v přítomnosti studentů. Zdravotní sestry je spíše úkolují, než by s nimi pracovaly a nepovažují za nezbytné sdělovat jim všechny informace. Průběh praxe se tříští, studenti vykonávají spíše selektivně jednotlivé úkony než by poskytovali spolu se zdravotní sestrou komplexní ošetrovatelskou péči, chybí kontinuita a návaznost jednotlivých ošetrovatelských úkonů – „...sestra třeba tomu studentovi neřekne, že tam něco udělala na tom pokoji, že tam napsala něco a proč to

udělala..., „...pak jsou takový který jako udělaj a nic neřeknou...,“ „...třeba udělají výkon, protože to musí být rychle, rychle, takže ho jdou udělat sami a ani nám neřeknou, že ten výkon třeba udělali... .“ Opět narážíme na nevyjasněné role ve výukovém procesu studentů. Pokud by zdravotní sestry věděly, jak pracovat se studenty, respektive by prováděly vše se studentem, byl by počet nepředaných informací minimální.

Nedodržování ošetrovatelských standardů

Dostáváme se asi k nejkontroverznějšímu tématu, který byl během ohniskových skupin diskutován, a to ošetrovatelské standardy. Pokud jsme dosud zdravotní sestry a koneckonců i ostatní účastníky triády omlouvali za nefungující spolupráci nevyjasněnými rolami a očekáváními, u ošetrovatelských standardů tomu tak není. Téma nedodržování ošetrovatelských standardů nazývám kontroverzní proto, že jsem se nesešla v žádném zdravotnickém zařízení, které jsem navštívila nebo v něm pracovala s tím, že by se ošetrovatelské standardy dodržovaly. Také zdravotní sestry, se kterými jsem během své praxe zdravotní sestry a později odborné učitelky přišla do kontaktu, o porušování ošetrovatelských standardů ví, jsou si těchto přestupků vědomy, nicméně nedodržování postupů různými způsoby omlouvají. Hovořím o nepsaných ošetrovatelských standardech, tedy postupech, které se vyučují, a to proto, že vypracované procesní standardy nejsou běžným produktem zdravotnických zařízení. Dříve než se dostaneme k názorům účastníků ohniskových skupin, objasněme si některé pojmy. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality (23). V ošetrovatelství jsou známy **standardy zaměřené na strukturu**, tzv. manažerské standardy, které ošetřují kvalifikaci zdravotníků, celoživotní vzdělávání, kompetence, speciální kompetence, kvalifikační vzdělávání, atd. Jsou dané zákonem, vyhláškami nebo nařízením vlády nebo jako metodické opatření vydané ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Dalším typem standardů jsou **standardy zaměřené na proces**, tzv. procesní standardy. Tyto standardy se zaměřují na jednotlivé ošetrovatelské výkony, jejich popis a postup. Tvorba těchto standardů je v rukou každého zdravotnického zařízení. V rámci různých projektů byly vypracovány vzorové šablony, podle kterých mohou zdravotnická zařízení tvorbu standardů směřovat. Posledním typem jsou **standardy zaměřené na výsledek**, tzv. monitorovací standardy. Ty se zaměřují např. na hodnocení spokojenosti pacientů, personálu, výskyt dekubitů, pádů apod. (63).

My se dále zaměříme na **procesní standardy**, tedy ty, které nám stanovují, jak mají být jednotlivé ošetrovatelské výkony provedeny, a to tak, aby byla zajištěna

jednotná péče v určité kvalitě. Již jsme uvedli, že procesní standardy si vypracovává každé zdravotnické zařízení své. Pokud takto neučiní, domnívám se, že je nepsaným standardním postupem ten, který je vyučován na středních, vyšších a vysokých školách. Neexistence psaných procesních standardů ve zdravotnickém zařízení má samozřejmě svá úskalí. Provedení jednotlivých ošetrovatelských výkonů nemá sjednocený postup, není stanovena hranice minimální kvality, ve které musí být výkon proveden. Nejsou dána kontrolní kritéria, podle kterých by se dalo hodnotit, jak byl výkon proveden a zda nedošlo k pochybení. V praxi se setkáváme s tím, že každý má „svůj“ postup, který je více či méně chybný. Naopak, pokud jsou procesní standardy zpracovány, přináší to nejen možnost výkon hodnotit, jistotu pacientům i personálu, že postupují správně a výkon je proveden v ustálené kvalitě, ale navíc přináší zdravotním sestřám možnost nahlédnout, pokud ošetrovatelský postup zcela neznají. To se může stát při výkonech, které se provádějí méně často. Ošetrovatelské standardy mají velký význam také pro studenty, v podobě studijního materiálu. Nemělo by se jim stát, že se na různých odděleních setkají s tím, že bude jeden výkon prováděn různými způsoby.

V nemocnici, kde byl výzkum proveden, procesní standardy v podstatě neexistují. Můžeme se tam setkat s monitorovacími standardy (pády pacientů, dekubity, spokojenost pacientů), ale ne se standardy zaměřenými na popis jednotlivých ošetrovatelských výkonů a jejich postup. V praxi to samozřejmě činí velké potíže s dodržováním určité kvality.

Domnívám se, že nedodržování standardu je neprofesionální, ohrožující či traumatizující pacienta, ohrožující personál, a místo k rozvoji profesionálních kompetencí to vede k ustrnutí a stereotypní práci.

Podívejme se na to, jak „nedodržování“ ošetrovatelských standardů (opět připomínám – daných tím, co se učí ve škole, protože v nemocnici, kde byl výzkum proveden, nejsou zpracované), hodnotí studenti. Důležité je, že studenti přicházejí na praxi s naučeným postupem, respektujícím vývoj v ošetrovatelství, nicméně na odděleních se tyto postupy nedodržují a studenti jsou „přeučeni“ v duchu „u nás se to dělá takhle.“

Již jsme zmiňovali, že se odborná učitelka někdy snaží předejít kontaktu studenta se zdravotní sestrou právě proto, že ze strany zdravotních sester nejsou dodržovány ošetrovatelské standardy a studenti se tak učí postupy, které jsou více či méně chybné a neprofesionální – „...a když už náhodou nějaká sestra jde s tím studentem tak to nikdy neudělá tak, jak by to mělo být. Nepřipraví si pomůcky, nedodržují různé zásady,

bariérové ošetrovatelské techniky, vždycky tam jsou chyby. Takže ten student se neučí, tak jak by se učit měl...,“ „...na té vyšší to ti studenti chápou, už mají nějaké zkušenosti tak ví, že v teorii je to takhle a v praxi se to dělá jinak, ale tím jak mají některý ty zkušenosti tak mají spoustu zakódovaneých těch ne úplně správných návyků, protože když jim šestkrát sestra řekne ‚jděte tam a dej jim to do ruky‘ a tak šestkrát jdou a nesou si něco v ruce. Oni vědí, že mají mít emitku, ale ta sestra jim to takhle řekla...,“ „...ale jak začali chodit na brigády po špitálech, tam to dělaj takhle, nemůžeš jim vysvětlit, že je to špatně, že to tam tak dělaj, ale dělaj to špatně...“ Studenti jsou k porušování standardů také všímaví, někdy ale neodolají „zjednodušení“ postupu, někdy neodolají tlaku kolektivu zdravotních sester, kde jsou chybné stereotypy zafixovány. Dokonce jeden z důvodů, proč standardy začnou porušovat je lepší „zapadnutí“ do kolektivu zdravotních sester – „...zase na druhou stranu snáz zapadnou do kolektivu...,“ „...oni se podřídí právě, kamkoliv do kolektivu přijdou, zapadnou....“ Následkem je určitá bezmocnost odborných učitelek, které se dostávají se studenty do konfliktu – „...ale já s nima třeba hrozně bojuju, a na konci druhého ročníku to byly boje, protože oni mi stále argumentovali, že v praxi to ale tak není, já jsem argumentovala, dobře není, ale je to na úkor pacienta, je to pro pohodlí personálu, ale na úkor pacienta....“ V tomto ohledu nemají odborné učitelky ve zdravotních sestřích coby odbornících z oboru participujících na výuce žádnou podporu. Vraťme se k tomu, jak to vidí studenti – „...u převazu třeba, nepoužívání sterilních nástrojů, že sestra řekne to je dobrý...,“ „...no to, že sestra nemá vůbec rukavice. To je hrozně častý...,“ „...a to noční služba dala mezi ty papíry tabletky, první, další, druhá další, čtvrtá, takže mezi papírama (dokumentace HINZ) byly tabletky, naskládaný léky. Přísahám. Já když jsem to viděla. No takhle mezi papíry vám to zacvakly – chystalo se to na ráno, na večer, vždycky jenom takhle dopředu, abys to měla najednou, kdyby tě něco zdrželo. No a ještě právě, když jsem, jako že to takhle dělat nebudu, tak tam přišla ještě jedna, že prý má přijít výjimečně vizita, než byla naplánovaná. Tak ty léky takhle vzala a dala je do velký lžice, polívkový a takhle je dala první, druhý, třetí, čtvrtý – bez jména, bez ničeho...,“ „...vlastně jezdila tam s nějakým vozejkem s umyvadlami a vzala jeden pokoj celým umyvadlem...,“ „...žínky jsou prostě nastrkaný na topení, aby uschly, jenomže jak vím, že je to tadytoho a ne támhletoho. No, ale voni prostě je tam takhle sušej a pak je berou a zase někde jako cpou...“ Ještě horší jsou situace, kdy nejen, že není dodržen ošetrovatelský standard, ale studenti jsou zdravotní sestrou nuceni ho porušit – „...tak vona pak přišla, sundala mi celou rukavici. No normálně, jak jsem si sundala ten palec a hledala tam

žilu, tak vona přišla a sundala mi tu rukavici celou. Že prostě bez rukavic mám větší cit, že kdyby něco, tak nemám šanci potřísnit se krví...,“ „...ale taky se mi stalo, že jsem šla aplikovat intermuskulárku a tak jsem měla s sebou prostě dezinfekci, tampon, ale voni už dělaj to, že vstříknou dezinfekci už na sesterně a pak teprve jdou. Já jsem tam měla všechno, tácek, emitku a všechno a vona říkala ,tak tohleto si nevezmeš‘ a já říkám ,proč, něco mi chybí?‘ nebo něco takovýho. Vona mi dala prostě tu injekci, nastříkla ten tamponěk a běž. A já říkám, já jsem si to připravila a vona mi řekla ,běž‘ a zabouchla mi dveře od sesterny...,“ „...a přišla sestřička, dala mi takhle na ruku buničinu s lékama a běžte na dva tři a dejte to pani. Ted’ já nevěděla co to mám za léky, jak se jmenuje, abych si mohla zkontrolovat komu. A když jsem tam šla zmateně s takovým tím, jako já ale to potřebuju zkontrolovat, tak sem se tam vracela a vona ve dveřích dva, tři, jo a tak jsem zase byla za tu pitomou. Tak jsem tam poskakovala jako slepička a přitom jsem tam potřebovala jít do těch papírů – ne běžte to tam dát, tak jsem to tam šla dát, ale bylo mi to nepříjemný, měla jsem takovou nejistotu, že ted’ něco udělám a bude to špatně. A to nejde. A jak se to paní jmenuje a taky jak se to čísluje. Někdy se to čísluje od dveří, někdy od okna....“

A co na to zdravotní sestry? O tom, že ošetřovatelské standardy porušují vědí – „...my máme naučený takový ty věci, který by neměly být...“ Situace je dokonce taková, že „respektují“ to, že je studenti dodržují – „...my je taky necháváme samotný dělat tak, jak jsou naučený...,“ a dokonce v tom vidí pro ně jisté výhody – „...tak já si myslím, že je vlastně dobrý, že vlastně dodržujou ten postup, protože na každým oddělení je to úplně jiný. A kdyby se měly učit podle každýho oddělení tak v tom budou mít takovej hokej, že pak nezvládnou u těch zkoušek to udělat tak jak by měly...,“ „...snažíme se dodržovat to, jak jsou naučený, aby voni právě při těch zkouškách nebo čemkoli právě pracovali tak jak maj...,“ „...vono potom praxe je tak trošku o něčem jiným. Člověk je nechce zase zvrátit tak, že v praxi to budou dělat jinak...“ Dokonce to zdravotní sestry „neobtěžuje“ – „... nijak nás to nezatěžuje, aby to dělali nějak jinak...“ Když budeme pátrat, proč jsou ošetřovatelské standardy porušovány, většinou jde o zjednodušení, urychlí práci, někdy pohodlnost, lenost – podle toho, jak kdo to posuzuje – „...jako na zjednodušení práce, no...,“ „...i ta administrativa je – strašně jí přibejvá. Pořád zapisujete, dopisujete, každej co řekl, protože ted’ se množej neustále stížnosti lidí, že furt píšete, píšete a zas uniká něco a ten čas někde musíte nahnat...,“ „...já bych řekla, že je to pohodlnost sester...,“ „...studenti to vidí, z vyššího studia velice rychle a snadno přijmou ty vzorce, protože je to pro ně mnohem jednodušší...“

Reakce studentů na uvedenou praxi jsou dvě. Buď se přizpůsobí, to jsme již uvedli nebo se aktivně brání tím, že pracují tak, jak se postupy naučili ve škole – „...*dělám si to tak jak jsem byla zvyklá já...*“, „...*tak voni nás většinou nechaj dodržovat tadyty pravidla jak jsme naučený, i když se třeba u toho ksichtěj nebo něco takovýho...*“

Z ohniskových skupin vyplynuly dva důvody, které mohou vést k porušení standardů a toto porušení je omlouváno. Prvním důvodem jsou urgentní situace – „...*zase jsou situace, kdyby se asi třeba od toho standardu musí odbočit, protože ten pacient to vyžaduje nebo něco, je důležitý vždycky upozornit, proč se to udělalo jinak...*“, „...*může to být třeba nějaká urgentní situace, kdy není čas si připravovat pomůcky a musíš jednat, ale asi 99% různých výkonů odborných je prostor, aby se ty výkony prováděly dobře...*“, druhým důvodem, který uvedly odborné učitelky na obranu směnových zdravotních sester, je nedostatek pomůcek – „...*je to i tím, že ty oddělení nemají dostatek pomůcek...*“, „...*mě se stalo na jedný úrazovce, že měli tři emitní misky na celé oddělení. A když tam máš šest studentů, tak je to pak velkej problém, a i třeba na těch JIPech nemají dostatek stolečků, to jsou zase pádný argumenty od těch studentů, když jim řeknu připravte si někam pomůcky na pojízdný stoleček, tak oni nemají kam...*“, „...*takže to není jenom ze strany sester, ale také ty podmínky jsou zajištěny...*“

Bojovat proti porušování standardů je velmi náročné a zpravidla neprosaditelné. Jde o velmi zažitou a rozšířenou praxi. Patrně nejefektivnější by byla změna vycházející od samotných zdravotních sester. Jak je k tomu motivovat?

Podívejme se na to, jak to vypadá v Německu, kde to funguje – „...*hlavně tam funguje to, že ta učitelka dojde na tu praxi zkontrolovat a podívat se pokud není něco v pořádku, tak to není věc jenom tý studentky, ale i tý sestry která ji vede. Tak že tam neexistuje to co u nás, že by se výuka přizpůsobila praktikám na tom oddělení, ale všude se pracuje tak, jako se to učí ve škole při výuce. Když přijde učitelka a řekne, tenhle postup není správný, tak ta sestra přijme tu radu a to doporučení a začne dělat ten postup, jak má být, jak doporučí učitelka. Neexistuje, že by řekla, ale my to tady děláme takhle. I když to učíte jinak...*“, „...*obrovské rozdíly je ten, že se opravdu snaží sami ti studenti dodržovat ty postupy, ne jako ti naši, když tam není ta učitelka, tak oni lehce sklouznou, jak je vede ta sestra, která je nevede správně. Protože oni jsou opravdu vedeni jak ze školy, tak z toho pracoviště, že ty postupy dodržují, takže neexistuje, že by to udělali jinak. Automaticky dělají tak, jak to mají naučené ze školy. Další významná věc, nic nedávají do lůžka nemocnému, prostě si nachystají tak, aby měli okolo sebe, pracují v klidu, mnohem, sice mají na všechno více času, ale všechno dělají pečlivě, důkladně a*

v klidu...,“ „...když tam učitelka přijde a řekne, ten postup se dělá takhle, my ho učíme takhle, tak ta sestra se nestaví do opozice a poslechne tu učitelku...,“ „...já vidím přínosný pro toho pacienta, když se nespěchá. U nás se dělá všechno rychle rychle, pořád se spěchá. V tom je taky obrovské rozdíly. Oni jsou fakt vedení v tom, že u toho pacient pracují v klidu, pečlivě a pořádně a žádný pomůcky v lůžku...,“ „...a taky samozřejmě mají na všechno standardy a všechno dělají tak jak to mají....“ Musíme brát v úvahu, že zcela neznáme podmínky německých lůžkových oddělení. Každopádně dle studentů, kteří tam byli na stáži, netrpí nedostatkem pomůcek a času na pacienta. Otázkou zůstává, zda by u nás změna organizace práce pomohla k tomu, že by i naše zdravotní sestry měly na pacienty dostatek času a mohly u nich pracovat pomalu a v klidu. Ze zkušeností z Německa bychom si mohli vzít příklad.

Jak porušování standardů čelí odborné učitelky v našich podmínkách? „...když tam budu chodit a říkat to je špatně, to je špatně, to je špatně, tak budeme úplně neoblíbený. Takže se snažím jenom tou komunikací jaksi tu spolupráci nějak udržet, alespoň v té míře jak je. A docela se mi i povedlo to...,“ „...já se snažím komunikovat s těmi sestrami a tak jako neříkat jim ty chyby přímo, ale když je přistihnu, že přijdou za tím studentem a dají mu ty zkumavky a jehlu a řeknou ‚běž vodebrat na pětku,‘ tak třeba řeknu ‚sestři tak my půjdem, ale vezmeme si k tomu další pomůcky.‘ Čímž si říkám, že ji slušnou formou dávám na jevo, že takhle ne, že se to má dělat jinak....“

Co budeme dělat dál? Budeme to nadále tolerovat? Budeme čekat na to, až si pacienti budou více stěžovat? Nechceme být raději zdravotníky vědomými si svých chyb, které je na čase začít napravovat?

Neetické chování

Nevím, zda je horší nedodržování ošetřovatelských standardů a jejich vědomé porušování nebo neprofesionální, v mnoha případech neetické chování k pacientům, jejich devalvace ať v přímém kontaktu nebo při předávání informací o nich. O porušovaných ošetřovatelských standardech nemusí pacient nic vědět, pokud není z oboru, ovšem chování zdravotnického personálu je nepřehlédnutelné i pro úplného laika.

Zde si uvedme alespoň první dvě normy ošetřovatelského povolání (ostatní v příloze č. 4) spolu s některými dílčími normami:

Norma č. 1: Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

- Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetřování a zaznamenávání osobních údajů.
- Používá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžka a seznamu osob na ošetřovací jednotce.
- Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.
- Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
- Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

Norma č. 2: Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

- Používá poznatky přírodních, fyzikálních a behaviorálních věd k interakci s klientem (jedincem, skupinou, veřejností) jako jedinečnou lidskou bytostí (jedinečnými lidskými bytostmi) s jeho osobní hodnotou a důstojností.
- Zjišťuje okamžitě, dočasně i dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
- Zjišťuje reakce a odpovědi klienta na současné i potencionální zdravotní problémy (12).

Následující část textu je dokladem porušení nejen dvou uvedených etických norem v ošetrovatelském povolání (12, s. 32-36), ale také Etického kodexu sester vypracovaného Mezinárodní radou sester (66, s. 47-49). Člověk se zdráhá uvěřit, že by následující bylo v povolání, které symbolizuje pomoc, péči a podporu, možné. Následující citace snad ani nepotřebují další komentář – „...voni třeba ty paní daly oběd a vona jako nebyla soběstačná a přišly za půl hodinky – vy jste nic nesnědla. No a tak se nedivím, že nejí a nepije, když tam položej flašku a vona se nemůže hejbat...“, „...a když jí daly stravu, kterou vona nemohla prostě, a přišly sestry a ty ještě krmíš, jo? A já říkám, když chce, když má hlad a mám čas, tak proč ne jako? To ne, my už to vodnesem...“, „...to se taky stalo, že dostávaj dvě housky nebo kolik, tak jednu sebrali – ta dostane jenom jednu, ta je tlustá. Nebo jí seberou cukr...“, „...to se mi stalo taky, že jí vzaly jednu housku – ta to nesní. Ale ta paní, když jsem jí krmila, tak to snědla...“, „...a pití mají dva metry od postele, nechce pít, a pak, když ji to pak dáváme, tak pije

normálně, prostě ji to musí někdo dát, protože na to nedosáhne, nebo není schopna si to podat...,“ „...nebo co voni dělají za hnusy, třeba u toho krmení, jako vím, že některý lidi mají rádi to, že si vezmou kávu, tam si namáčí housku, jo ale před nima to děláte, prostě tak jako zeptat se, jestli to chtějí. Ale voni to dostanou do té sáčky, kávu tam nalejou, teď to tam promíchají a z toho to musí sát. Mohla by si kousnout a normálně zapít sama, než takovej hnus táhlejí, tak se nedivte, že to ty lidi nechtějí. A ještě než to těm lidem dájí, tak to namažou máslem, takže pijou i to máslo....“ V nedávné minulosti se v periodících i na internetu objevovaly články týkající se hladovění pacientů v nemocnici (44, 58). Měli autoři snad pravdu?

Všichni známe slovní spojení ‚slovo léčí.‘ L. Minibergerová hovoří o psychologickém a (ne)psychoterapeutickém přístupu k pacientovi. Do psychologického přístupu zahrnuje lidský ‚slušný‘ chování, respektování soukromí, ochranu intimity, akceptace studu pacientů. Jednoduše lidské zacházení s pacienty. Psychoterapeutický přístup navíc přispívá k záměru léčby. Vztah je založen na zájmu, respektu a spolupráci. Prostředkem jsou slova a specializované techniky. Opakem je nepsychoterapeutické chování zdravotníků, které pacienta zatěžuje, škodí mu, je nevhodné a nežádoucí. Nebývá záměrné a pro jeho omluvu mají zdravotníci ospravedlňující argumenty – nedostatek času, kompetencí nebo změna v chování pacienta. Patří tam neúplné informace, polopravdy a nepravdy, nepřátelské nebo přezíravé chování, odmítavé chování, nesdílnost a uzavřenost zdravotníka. Příčinou nepsychoterapeutického chování může být sám pacient, který se chová zvláště, neobvykle, je nám nesympatický. Může to být zdravotník, přece jen, každý jsme jiný. Mohou to být nevhodně zafixované postoje zdravotníka nebo pracoviště, nedostatek motivace pro tuto práci a v neposlední řadě také syndrom vyhoření. Uvádí také, že nepsychoterapeutické chování se vyskytuje především tam, kde převládá model péče zaměřený na zdravotníka a nemoc (funkční systém péče), ve kterém je zdravotník direktivní a jednoznačně pacienta vede. Alternativou je model zaměřený na pacienta, který vytváří základ právě pro psychoterapeutické chování zdravotníků (32, s. 16-17).

Uvedme si ještě další příklady lidské devalvace, neúcty k druhému, zesměšňování – „...třeba svlíknou celý povlečení z postele, nechají otevřené dveře, anebo taky jedna sestra otevřela dveře a křičela na pacienta – ježíš vy jste se zase po...l, no natrvdo to řekla. No na celej pokoj a bylo to slyšet i na druhý půlce oddělení. A ty lidi se stydějí a

nemůžou za to...“ „...říká jméno tý pacientky a –ježíši ta ještě neumřela? ...“ „...takový termíny jako ,ta babka na sedmičce celou noc bláznila‘ to je běžný. Nebo ,Šárinka, to je naše skokanka, ta nám skákala z vokna‘ ...“ „...ale umí to i naopak ty sestry, taky umí říkat ,to je naše Janinka, tohle je náš miláček‘ to je něco podobného....“

Studenti z Německa se o našich pacientech vyjádřili, jako o velmi trpělivých – „...a pak co upozorňovali, že se strašně málo mluví s pacientama. Doslova, že máme hodně trpělivý pacienty, že by si to v Německu žádný pacient líbit nenechal. Konkrétně na tom oddělení, kde jsem byla já, na těch JIPech to možná nebyla tak výrazný, ale určitě tam je velký rozdíl v tom chování, přístupu sester....“ V době výměnné stáže jiný přístup demonstrovali na našich odděleních a odborná učitelka, která je doprovázela jejich práci komentovala takto – „...takže se snažili studenti tady hodně jakoby vymýšlet pro ty lidi v dobrým slova smyslu, poloha, prostě takový to udělat jim opravdu dobře, že třeba jsme měli pacientku, která měla bolesti, prostě postupovat od těch nejjednodušších věcí až k farmakologický léčbě. Napolohovat, ošetřit lokálně, polohu, odvést pozornost a pak teda, když nic nepomůže, podat medikaci. Já jsem byla úplně unešená z toho postupu....“ Naši studenti, kteří byli naopak v Německu, si rovněž všimli vlastně asi nepřehlédnutelných rozdílů – „...sestry byly k pacientům hrozně příjemný, udělaly pro ně všechno, každou chvíli se ptali, jestli něco nepotřebujou, třeba pít, měli tam výběr z několika druhů pití, jestli něco nepotřebujou a ta sestra s něma na tom pokoji byla skoro pořád....“

Jistě nemůžeme paušalizovat a uvedená kritika se netýká všech zdravotních sester. Nicméně nejsou to případy ojedinělé. Co je příčinou takového chování? Skutečně jsou zdravotní sestry takové harpyje²³? Nejsou také obětí systému, který je přetěžuje, vyčerpává a neposkytuje kompenzaci např. v supervizi? Co všechno má podíl na demotivaci sester, v mnoha případech i syndromu vyhoření?

Reflexe a sebereflexe

Důležitou součástí praktické výuky je reflexe. Ve slovníku cizích slov je reflexe definována jako přemýšlení, přemítání, uvažování, rozjímání (21). Během reflexe se studenti (odborné učitelky, zdravotní sestry) vracejí k zajímavým momentům své praxe, k tomu, co se zdařilo nebo naopak, co by bylo možné ještě vylepšit. Během

²³ Zlé, kruté ženy (21)

reflexe lze vyjasňovat ošetrovatelské postupy, lze si „odložit,“ sdílet s ostatními své zkušenosti, vzájemně se podporovat.

Odborné učitelky uvedly, že se zpravidla snaží najít čas na konci směny (praxe), během kterého se studenty reflektují uplynulou práci. Vidí to jako nezbytnou část praxe, především k reflexi porušovaných ošetrovatelských standardů a hledání možností, jak pracovat jinak, lépe. Tyto aktivity jsou studenty vítány – „...že třeba jsme si s ní na 20 minut sedli a všichni jsme si popovídali o tom, co bylo na tý praxi, jakej jsme z toho měli pocit, čeho jsme se báli a ona to zase potom jako třeba příští, co by mohla udělat líp, že bychom to mohli udělat jako jinak a prostě domluvili jsme se mezi sebou prostě všichni....“ „...já to vždycky dělám tak, že máme sezení po praxi a rozebereme to tak, jak to má vypadat, ne tak jak to viděli, nebo spíš jim řeknu co tam byly za chyby a voni mi to řekli, jestli to viděli tu chybu....“ V případě, že odborná učitelka na praxi není, sdílí studenti své zkušenosti mezi sebou, protože „...někomu to přece musíte říct....“ Pokud není k reflexi prostor bezprostředně po praktické výuce, někteří vyučující otevrou diskusi ve škole, např. v předmětu komunikace, ošetrovatelství nebo v psychologii, kde studenti mohou reflektovat své zkušenosti z praxe. Otevření takové diskuse čistě záleží na vyučujícím, v učebních dokumentech to zařazeno není. Odborné učitelky se také vyjádřily k prostorám, kde mohou praxi reflektovat a hodnotit. Ne každé oddělení zpřístupňuje studentům seminární místnost, ve které by měli klid a soukromí – „...ten čas, ten si můžu udělat, ale není jaksi ta jídelna, která je otevřená a kdokoliv chodí okolo, takže se špatně mluví, protože člověk neví, kdo ho všechno poslouchá. Takže ty negativní věci na tom oddělení i ty studenti vědí a chtěla bych, aby mi to sdělovali, tak mi to v té otevřené jídelně neřeknou....“

Reflexe studentů se zdravotními sestrami není příliš obvyklá nebo častá. Dokonce u některých studentů vyvolala představa společné reflexe se zdravotní sestrou smích a vyjádření něčeho nepřijatelného. Více než o reflexi, jde spíše o zpětnou vazbu na spokojenost na oddělení. Tedy formu hodnocení. Iniciativa vychází hodně od staničních nebo vrchních sester a směřuje na odbornou učitelku – „...u mě to zase funguje tak, že oni za mnou přijdou, vrchní i staniční, jestli k tomu jejich nemám něco ještě jako já.....“ Směnové zdravotní sestry si pochvalují spíše náhodné diskuse se studenty, kdy se mohou dozvědět něco nového z ošetrovatelské praxe – „...třeba to, s tou bazální stimulací ..., vlastně voni nám ukázali ten smysl toho, co to vlastně je a my jsme to začali vobčas využívat a pak se člověk i zamyslí nad sebou....“ nebo jsou studenty

chváleny – „...je příjemný, když ty děvčata nás pochválej. Každá samozřejmě není z Ústí, dojíždějí, někde bydlí, někde třeba absolvovaly nějakou praxi, někde pracovaly a teď porovnávají a řeknou vám třeba, že tady se jim moc líbí díky vybavení, že i třeba jsme dobrou kolektiv, že jako je to tady těší...“ „...my za nima chodíme na tu seminárku, jestli tomu rozuměj, ...s téma pacientama a taky se ptáme jestli se jim u nás líbí, co by změnily, co se jim nelíbí – že bysme za každou chodily, to ne....“

Jedním z důvodů, proč studenti se zdravotními sestrami nereflektují svou praxi, je jejich nespokojenost např. s dodržováním standardů nebo chováním k pacientům. Domnívají se, že pokud by vyjádřili svou nespokojenost, zdravotní sestry by jim to „oplatily“ ve špatném hodnocení jejich odborné praxe – „...vím, že když nedržím v ruce hodnocení, nemám vlastně nárok, abych jí něco řekla, protože třeba na ... tam se nám to vybarvilo velice nádherně. Když jsme se jako něčím oponovali, ale nebylo to jako, že bysme řekli ne, my to neuděláme, ale tak jako prostě, že teď kon ne, že jako budeme dělat tohleto, plesk a měla jsem trojky. Za to, že jsem prostě neměla komunikaci v ošetrovatelském týmu...“ „...já mám za to, že to hodnocení vůbec neodpovídá těm možnostem toho člověka, protože spíš záleží na tom, jaké udělá ten člověk dojem...“

Tady se ukazuje, že jak ve zdravotnictví, tak ve školství, chybí supervize. Ať už je to supervize studentů, odborných učitelek a v neposlední řadě také zdravotních sester. Supervize by mohla pomoci při zvyšování kvality výuky, byla by jistě vhodnou podporou při zvládání stresových situací, které by z dlouhodobého hlediska mohly vést k syndromu vyhoření, mohla by pomoci vyjasnit a upevnit vztahy mezi vyučujícím, studentem a zdravotní sestrou, zlepšit jejich vzájemnou komunikaci, mohla by pomoci v jejich dalším profesionálním rozvoji.

Ve Velké Británii je zavedená tzv. klinická supervize, kdy zdravotní sestra superviduje klinickou práci jiné sestry. Problematika supervizí je zaměřená na ošetrovatelskou praxi. V roce 1997 Butterworth et al. zjistili, že sestry diskutují v rámci supervize širokou škálu problémů zaměřených na svoji praxi vč. následujícího:

- organizační a manažerské záležitosti,
- klinické záležitosti vč. učení se nových dovedností s odkazem na praxi,
- profesní rozvoj vč. přijímání rad týkajících se kariérního rozvoje,
- podpora vzdělávání často spojená se vzděláváním sester žákyň,
- budování důvěry - supervizor může supervidovanému pomáhat přizpůsobit se novým situacím a zkušenostem,

- mezilidské problémy mezi spojené s prací pod velkým tlakem, s prací v týmu a s organizačními problémy,
- osobní záležitosti – stres a jiné osobní těžkosti (51).

V současné době je supervize ve zdravotnictví a možná i ve školství nabízena, nicméně se jí účastní pouze více zasvěcené osoby. Proto stále zůstává spíše velkou neznámou.

Hodnocení studentů

Hodnocení praxe studentů bylo také tématem ohniskových skupin, a to zejména studentů a odborných učitelek. Hovořilo se o tom, jakým způsobem studenty hodnotit, aby bylo hodnocení vypovídající. Odborné učitelky hovořily o tom, co je pro ně při hodnocení důležité a kdy studenty hodnotí. Studenti se vyjadřovali k tomu, jak subjektivně hodnocení vnímají. Kritice podleho hodnocení, které vyhotovují zdravotní sestry.

Odborné učitelky hodnotí studenty zpravidla ústně, bezprostředně po nějaké ošetrovatelské aktivitě. Shodují se na tom, že okamžitá reflexe a hodnocení je pro studenta nejvýhodnější – „...já se snažím je hodnotit třeba po konkrétním výkonu, po konkrétní věci, říkám co bylo a nebylo dobře a vždycky shrnout práci studenta. Tzn. teď jsme chodili, měla jsem je krátce a vždycky jsem se snažila jim říct, jak jsem je viděla, jak pracovali, i pochválit je hned...“ „...po tom konkrétním výkonu rozeberem, dobře špatně atd....“ Kritéria hodnocení jsou pro odborné učitelky tato: komunikace, vztah k pacientovi, zručnost a znalost ošetrovatelských výkonů, propojování teorie s praxí, teoretický základ, určitá míra samostatnosti. V hodnocení kladou důraz na ocenění. Ocenění zařazují jako první, následuje rozbor toho, co by se dalo dělat jinak, lépe apod. Co se týče klíčových kompetencí stanovených v učebních dokumentech, nejsou nikde dále rozpracovány – chybí kritéria, jejich zvládnutí se ve většině případů nijak nedokumentuje, pouze se předpokládá, že je studentka po absolvování modulů zvládá. Studenti si nestanovují svůj plán osobního rozvoje, nikde nespecifikují, čeho by chtěli během praxe na daném oddělení dosáhnout. Nejsou určeny důkazy, jak kompetence a jejich kritéria doložit. Také dosažení některých kompetencí je záležitostí celoživotního vzdělávání a nelze jich dosáhnout v průběhu studia. Jak poznáme, že student splnil kompetence dané učebními dokumenty?

Vzhledem k tomu, že nejsou stanovena kritéria jednotlivých kompetencí, je hodnocení zejména pro zdravotní sestry obtížnou záležitostí. Hodnocení zdravotními sestrami komplikuje také fakt, že student není přiřazen k jedné zdravotní sestře na celou odbornou praxi, ale pouze na jednu směnu. Je pravidlem, že student pracuje každý den s jinou sestrou a žádná z nich nepozná studenta natolik dobře, aby mohla vyhotovit komplexnější hodnocení. Denní hodnocení zdravotní sestry studentům neposkytují ani nepíší. Studenti jsou nakonec za celou praxi hodnoceni zpravidla staniční sestrou, která je sice přítomna denně, ovšem se studenty nepracuje u lůžka nemocného a nemá od směnových sester ucelenější informace o jejich schopnostech a dovednostech. Hodnocení je pak většinou vágní, nevypovídá o dosažených profesionálních schopnostech studenta, popřípadě pokroku, kterého během praxe na daném oddělení dosáhl. V hodnocení zcela chybí konkrétní informace. Hodnocení vypadá např. takto: „...pracuje spolehlivě, hodnotím výborně. V jedné větě. To je hodnocení po měsíční praxi....“ Zcela opačnou zkušenost mají studenti ze stáže v Belgii, kde se setkali s hodnocením, které bylo až „nepříjemně“ podrobné. Zdravotní sestra tam má na starost během směny vždy jen jednoho studenta, kterého na konci směny písemně zhodnotí (co ten den viděl, udělal a jak si při tom počínal). Po ukončení praxe na oddělení, dílčí hodnocení shrnuje koordinátor praxe a vyžaduje vyjádření studenta. Hodnotí se sociální schopnosti, technické dovednosti a postoje (např. odpovědnost, přesnost, aktivita). Student sám hodnotí také cíle, které si stanovil před zahájením praxe (9, s.22). V Rakousku si studenti vedou portfolio, kde jsou mu sestrou mentorkou zapisovány splněné povinnosti. Ty jsou jasně definovány, v portfolio předtištěny, zdravotní sestra při splnění dopíše datum a svůj podpis.

Studenti jsou povinni si během studia vést tzv. deníky praxe. Obsah deníku však není dán, obsah je záležitostí studenta – „...dokládají deníky, které si vedou, já samozřejmě i chápu, že někdo umí líp psát a nevadí mu to, někdo má třeba problémy vyjadřovací, mě stačí, když to bude logicky v heslech, musí tam být zásadní věci. Takže tohle chceme po nich taky, aby dokazovali, co se na praxi naučili, občas se najde i student, který dokáže napsat, co viděl, co bylo špatně, co bylo dobře a stalo se mi i na záchránkách, že učí místní lékaři ze záchranky a že jsou schopni porovnat postupy. Učili jsme se takhle postup, teď jsme byli ve výjezdu, udělalo se tohle a my jsme se učili takovejhle postup. Jakoby jenom to zamyšlení nad tím, že je tam rozdíl a proč tam byl....“ Jedna z vyučujících, se kterou jsem hovořila, pro své studenty určila formu i obsah těchto deníků – jejich koncepce je srovnatelná s portfolioem studentek z Rakouska, do kterých

jsem měla možnost nahlédnout. Deníky, definované uvedenou odbornou učitelkou, obsahují: seznámení s předpisy, pravidla chování při odborné praxi, evidenci vybraných výkonů (studenti si sami zaznamenávají, kdy výkon viděli nebo prováděli), záznamy z praxí na jednotlivých odděleních (poznatky studentů, reflexe, hodnocení praxe na daném odd.), evidenci docházky a hodnocení studenta z každého oddělení. U hodnocení stanovila zdravotním sestřím kritéria, podle kterých mají studenta hodnotit: aktivitu, flexibilitu, vztah k práci, organizační schopnosti, zájem o problematiku, odbornou úroveň realizovaných ošetrovatelských postupů, schopnost hodnocení účinnosti ošetrovatelské péče, úroveň komunikace a spolupráce v ošetrovatelském týmu, vedení dokumentace, osobní úpravu, dodržování pracovní doby a vypracování uložených úkolů. Zdravotní sestry uvedené kritéria u studenta hodnotí v závěru praxe, hodnotí známkou s možností slovního komentáře. Této možnosti však nevyužívají. Studenti si mohou do tohoto deníku vkládat další zajímavé materiály, které během praktické výuky získají. Deník z každého ročníku/ semestru si vkládají do pořadačů a uchovávají. Tímto způsobem vedené deníky mě oslovily, jistě by stálo za úvahu používat tuto formu u všech studentů vyššího studia zdravotnických oborů s doplněním některých informací (např. cílů studia, kompetencemi, důkazů dobré praxe).

Organizace praxe a organizace práce na oddělení

Poslední téma, které vzešlo z ohniskových skupin jako důležité, je organizace práce a praxe a zavádění mentorek do praxe. Souhrn praxe a organizace práce jsme již diskutovali ve spojitosti předávání hlášení. Podívejme se na další organizační překážky, které znesnadňují praktickou výuku.

Za prvé je to počet studentů, kteří připadají na jednu odbornou učitelku nebo na jednu sestru. V Německu, Rakousku, Belgii a dalších je obvyklé, že během praktické výuky pracuje student se zdravotní sestrou nebo s mentorkou. Pracují společně, student vykonává jednotlivé ošetrovatelské výkony a zdravotní sestra na něj dohlíží. Na jednu zdravotní sestru nebo mentorku připadá jeden, maximálně dva studenti. Odborná učitelka dochází na kontroly probíhající praxe, ale se studenty u pacientů nepracuje. Dohlíží na správnost ošetrovatelských postupů, event. koriguje případné chyby. To umožňuje vysoce individualizovaný přístup, studentova praktická výuka je kontinuální, efektivní, a probíhá v relativním prostředí bezpečí. V našich podmínkách připadá na odbornou učitelku v průměru kolem 7 studentů, na jednu zdravotní sestru 2 – 4 studenti. Nevyhovuje to ani studentům – „...*přece jenom, jak jsme tady ve skupinkách na jednu*

učitelku tak se nedostaneme ke všem výkonům. Tady je problém, že je nás hodně ve skupině a nemůžeme dělat nic sami...,“ ani odborným učitelkám – „...ne jako my, že chodíme s velkou skupinou...,“ „...“, u zdravotních sester je to sporné, protože nepracují systémem uvedeným v souvislosti se zahraničím. Práci více zadávají, ale se studentem k výkonům nedocházejí. Snad kromě JIP, kde je jiná organizace práce, tak tam pak vychází jeden student na jednu sestru. Problémem také bývá, když se na oddělení sejdou studenti z více škol – střední, vyšší, vysoké. Počet studentů je pak pro výuku neúnosný a nepřehledný. Tam pak vážně organizace praxe na úrovni vedení oddělení a jednotlivých škol. K optimálnímu počtu studentů se zdravotní sestry vyjádřily takto – „...na každou sestru jeden....“ Musím souhlasit.

Druhá organizační překážka je rozložení praxe v týdnu. Zdravotní sestry si během ohniskových skupin stěžovaly, že pokud studenti chodí jen jeden den v týdnu, je pro ně náročné jim vysvětlovat a opakovat stále stejné věci dokola, protože během dalších dnů, které na praxi nejsou, informace zapomenou – „...nám taky chodí jeden den v týdnu, pak tam zase není nikdo, mě přijde, že chodí hrozně málo na tu praxi. Voni i když chodí po těch tejdnech, nám tam chodili v pondělí, tak voni za ten tejdén hrozně zapomenou, voni to vypustí z té hlavy a za ten tejdén jim to vlastně vysvětlujete znova....“ Vliv na to má jistě už zmiňovaný systém práce se studenty, ale také studenti samotní. Vypovídá to také možná o neefektivním způsobu výuky, možná o nedostatku vstupních informací atd.

Další překážkou, a tu jsme již diskutovali, je začátek praxe v půl sedmé, tedy půl hodiny poté, co končí noční směna (ne na každém oddělení nemocnice, kde výzkum proběhl) a skupinový systém na odděleních. Posunutí začátku praxe je spíše na vůli zdravotnické školy než zdravotnického zařízení.

Poslední organizační překážkou, která komplikuje průběh praktické výuky, je systém péče o pacienty. Kdysi zcela běžný a všude zavedený funkční systém péče²⁴ se s vývojem ošetrovatelství stal i u nás nevyhovujícím a byl postupně nahrazován především systémem skupinovým.²⁵ Úspěšnost zavedení skupinového systému (někde systému primární sestry) záleželo na mnoha faktorech. Např. způsob zavedení, motivace

²⁴ Zdravotní sestry mají rozdělené ošetrovatelské činnosti, které plní v rámci celého oddělení. Je to systém zaměřený na splnění ordinací lékaře a ošetrovatelských výkonů, nikoliv na pacienta

²⁵ Zdravotní sestra má přidělenou skupinu pacientů, o které se během směny stará. U těchto pacientů zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči. Je to systém zaměřený na pacienta (pokud jsou splněny i další podmínky tohoto přístupu)

zdravotních sester, personální obsazení oddělení atd. Každopádně ne vždy se tento systém ujal, řekla bych spíše, že z důvodu nedostatečného vyjasnění jeho přínosu, z nedostatečného prosazování, neochoty zdravotních sester měnit stávající systém, někde také z důvodu nesouhlasu lékařů. V dnešní době se můžeme na některých odděleních setkat se skupinovým systémem ‚na oko‘ nebo s jeho různými variacemi, které se výrazně odklánějí od původního konceptu. Studenti jsou ke skupinovému systému vedeni a pokud je zdravotnickým zařízením avizován, také ho při praktické výuce očekávají. Pokud tomu tak není, vyjadřují nespokojenost – „...*my jsme prostě tam byli jako pinpongový míčky, ne že budeme mít ten pokojovej systém – budeme se sestrou XY a pokoje třeba 1 – 6. Ne, budete prostě k ruce všem....*“ Tady se nám opět prolíná nepochopení role zdravotní sestry při výuce studenta a jeho pasování na ‚užitečného pomocníka.‘ Opět neodolám a uvedu zkušenosti studentů z výměnné stáže v Německu – „...*každá ta sestra měla jeden nebo dva pokoje a těm pacientům se celou tu službu věnovala. Tady mi to přijde takový i u nás, že se na to dost kašle. Jako ta péče o ty pacienty byla 100% lepší....*“ Tato pozitivní zkušenost vychází patrně také z lepšího personálního obsazení „...*maj tam taky víc personálu, takže měli hodně času na pacienta....*“

Zavedení mentorek do praxe

V teoretické části práce jsme diskutovali o mentorství. O mentorkách byla řeč i během ohniskových skupin zdravotních sester a odborných učitelek.

Odborné učitelky se domnívají, že pouhé zavedení mentorek, bez organizačních změn práce na oddělení i praxe studentů, ucelené koncepce mentorství ve zdravotnickém zařízení a bez dostatečného počtu mentorek, nebude mít význam – „...*taky je to otázka toho, že my jdeme na praxi na oddělení máme 6 – 8 studentů.... Když bude na oddělení jedna mentorka a bude mít těch šest studentů, tak se nic nevyřeší....*“ „...*ona dělá třeba na 0,4 úvazku mentorku a na 0,6 úvazku sestru. Tady ty mentorky to budou mít nanic, a už vidím ty obličejy, když řekne, no já každej čt, pá nemůžu být po noční, nemůžu mít denní... .*“ Berou v úvahu také to, že u nás nemá mentorství žádnou historii. Zvažovaly zcela jinou možnost, a to na místo mentorek obnovit prestiž tzv. školních stanic – „...*takže říkám historicky u nás ty mentorky ani ne, ale ta školní stanice, ta tradice školních stanic, kde všechno bylo tip top a všechno se dělalo, tak jak má, což se dneska na těch školních stanicích už se nedělá starosti s tím jestli to je jak má....*“

Zdravotní sestry o mentorkách a mentorství nemají příliš mnoho informací a tak jsou jejich představy o fungování mentorek na oddělení pochopitelně zkreslené. Jejich představa o fungování mentorky se v podstatě neliší od současné odborné učitelky. Také se objevil názor, že by byly přínosem, protože by jim ulevily od některé práce – dostáváme se opět k užitečným pomocníkům a rolím zdravotních sester v učebním procesu studentů.

Nezbývá než zopakovat, že pokud se dostatečně nepřipraví podmínky pro fungování mentorek, projekt jejich zavedení do praxe nemusí být úspěšný.

Stane se zázrak?

Na závěr všech tří ohniskových skupin byla položena ‚zázračná otázka.‘ Tzn. kdybyste zítra přišli na oddělení (na praxi), podle čeho poznáte, že se přes noc stal zázrak?

Odborné učitelky – „...že by se sestřičky ráno při předání usmívaly, pak by nám řekly spoustu informací, pak by si každá sestra vzala studenta a my jsme spolu na těch dvou pokojích, budeme spolu pracovat...“, „...bychom byli rovnocenní partneři (odborná učitelka – zdravotní sestra)...“, „...že by sestry začaly dodržovat standardy...“, „...předání a ty adekvátní informace o těch pacientech...“, „...studenti by nepobíhali celou praxi s hadrem a nedělali harmonogram...“, „...komunikace....“

Studenti – „...oddělení by bylo zavřené...“, „...kdybychom tak přišli, a voni by řekli, tak jak jste se měli – nebo vítáme vás tady...“, „...nebo třeba že bysme měli třeba vobědy...“, „...nebyla by taková absence...“, „...nebylo by to, že tam jako zadarmo děláme tu nejhorší práci...“

Zdravotní sestry – „...že by chtěli všichni (pracovat)...“, „...usmívali by se...“, „...aby třeba přišla a řekla, tak sestři dneska všechno budu dělat já...“, „...že by přišli a hrnuli se do práce vyloženě. Zeptali se, co teď budeme dělat – když spojíme všechno dohromady, tak sestřička by přišla s úsměvem, představila by se, řekla, dneska budu pracovat jenom já – to by byl zázrak...“, „...že by si oni hledali sami práci nějakou...abychom jim to nemuseli pořád říkat....“

7.1 Shrnutí poznatků z výzkumu, konfrontace stanovených hypotéz

Obecné hypotézy

Obě obecné hypotézy byly výzkumem potvrzeny.

Z analýzy evropských strategických dokumentů, české legislativy, učebních dokumentů a interních dokumentů školy vyplývá, že organizace praktické výuky je ve třech oblastech srovnání – vstupní předpoklady k přijetí, délka odborného studia, obsah studia - z pohledu evropské direktivy formálně v pořádku. Zcela nespĺňujeme požadavek na pedagogické vzdělání vyučujících na vyšší odborné škole zdravotnické, v naší legislativě není tento požadavek definován, a to ani u učitelů odborných předmětů, ani praktického vyučování.

Spolupráce v triádě je neuspokojivá, což provedený výzkum také potvrdil. Z výzkumu vyplynulo, že existují zásadní problémy při kontraktování praxe, a to zejména na úrovni směnových sester, které nemají vyjasněnou svou roli ve vzdělávacím procesu studentů. Tento problém je zřejmě klíčový, co se týče další spolupráce. Další problémy vyvstávají při prvním kontaktu studentů se zdravotnickým personálem na oddělení. Obojí – nevyjasněné role a první kontakt, mají zásadní význam pro další spolupráci a vztahy mezi zdravotní sestrou a studentem. Jedním z dalších souvisejících problémů je začlenění do kolektivu a vzájemné vyjádření zájmu o spolupráci, partnerství v triádě.

Co se týče organizace práce, vznikají problémy na úrovni managementu oddělení, personálního obsazení oddělení, zavedeného systému práce (funkční versus skupinový), zpracování procesních ošetrovatelských standardů a jejich dodržování, komunikace v týmu, materiálního vybavení oddělení. Zcela chybí možnost supervize pro zdravotní sestry.

Také problematika organizace praxí do jisté míry znesnadňuje spolupráci v triádě. Patří tam např. začátek praxe, počet studentů na jedné ošetrovací jednotce, připadajících na jednu zdravotní sestru, supervize studentů a v neposlední řadě jejich hodnocení.

Pracovní hypotézy

Studenti

Výzkumem se potvrdila hypotéza, že studenti během plnění ošetrovatelských činností kontaktují zdravotní sestru pouze v nepřítomnosti učitelky, jinak s ní nespolupracují. Potvrdila se také hypotéza, že studenti nemají jasně stanovené kompetence a kritéria, kterých mají během odborné praxe dosáhnout, nemají stanoveny důkazy dobré praxe.

Hypotéza, že studenti vnímají učitelku odborných předmětů jako prvek kontroly, nikoliv podpory, rozvoje a spolupráce, se nepotvrdila. Z výzkumu vzešel spíše opak – odborná učitelka je pro studenty oporou, prvkem podpory, ochrany. Také se ukázalo, že nejméně problému při spolupráci v triádě, je právě ve vztahu student – odborná učitelka. Rovněž se nepotvrdila hypotéza, že studenti nereflektují svou praktickou výuku a své potřeby dalšího rozvoje. K reflexi dochází po praktické výuce s odbornou učitelkou, vzájemně mezi studenty a s některými vyučujícími teoretických předmětů. To co reflexi schází, je jasně určený čas a frekvence. Chybí určité formální ošetření reflexe nebo oficiální zavedení supervize studentů, jako součásti praktické výuky.

Poslední hypotéza - studenti se zaměřují spíše na výkony a jejich bezchybné zvládnutí než na potřeby pacienta, nebyla během výzkumu ani potvrzena, ani vyvrácena. Během ohniskových skupin nebyla diskutována.

Učitelky

Zde se potvrdila hypotéza, že učitelka odborných předmětů raději zdravotní sestru do spolupráce se studentem nezapojuje, protože si je vědoma porušování ošetrovatelských standardů ze strany zdravotní sestry. Hypotéza, že učitelky odborných předmětů nemají jasně stanovená kritéria, podle kterých studenty hodnotí a hodnocení není rozvíjející, se potvrdila částečně. Oficiální kritéria hodnocení stanovená nejsou. Odborné učitelky si stanovují svá kritéria (např. vztah k pacientům, komunikace atd.), která nejsou ucelená a shodná ani v rámci školy. Zcela chybí rozpracování kompetencí o kritéria a důkazy, které jednotlivá kritéria dokládají.

Nepotvrdily se hypotézy, že učitelky odborných předmětů se zaměřují více na chyby než ošetrovatelské činnosti, které se daří, a že učitelky odborných předmětů nevytvářejí dostatečný prostor pro reflexi studentů, nevedou studenty k reflexi a sebereflexi. Odborné učitelky hodnotí studenty komplexně – tedy hovoří s nimi o tom co se daří, i o tom, v čem dělají chyby. Do hodnocení zařazují ocenění, které se snaží

studentům sdělovat jako první. Po praktické výuce si se studenty vymezují čas na reflexi, v denících praxe mají prostor k sebereflexi. Ta je dobrovolná a ne každý student ji skutečně písemně zaznamenává.

Zdravotní sestry

Hypotéza, že zdravotní sestry nemají jasně vymezenou roli ve vzdělávání studentů a neví, jak přesně se studenty spolupracovat, aby to bylo užitečné, se potvrdila v celé své šíři a ukázalo se, že jde o klíčový problém spolupráce v triádě. Potvrdily se také všechny ostatní hypotézy, že zdravotní sestry nemají dostatečné pedagogické vzdělání ani zkušenosti s výukou studentů, že využívají přítomnosti studentů k vlastní úlevě od práce, že nedodržují standardní ošetrovatelské postupy, nejsou dostatečně trpělivé při práci se studenty a výkon provedou raději samy v kratším čase, bez studenta a neinformují studenta o výkonech či událostech, které studentovi unikly.

Provedený výzkum potvrdil výsledky jiných výzkumů, které jsme již uvedli v teoretické části, v kapitole 1.2.5.3. Mentorství.

7.2 Sebereflexe výzkumníka

Je pro mě velkým zážitkem zpracovávat téma spolupráce studentů, zdravotních sester a odborných učitelek. Zejména proto, že spolupráci vnímám jako problémovou, mezi kolegyněmi se stále hovoří o různých obtížích praktické výuky, slyším kolem sebe mnoho kritických názorů na zdravotní sestry, ale i studenty a předpokládám, že i ve zdravotnických zařízeních jsou odborné učitelky a studenti podrobováni neformálnímu hodnocení. Od počátku výzkumu bylo pro mě téma spolupráce v triádě velmi lákavé, navázala jsem i na některé seminární práce zpracované během studia, které se této spolupráce týkaly.

Poměrně snadné podmínky pro zahájení výzkumu jsem měla na svém školním pracovišti, kde jsem se cítila velmi dobře a bezpečně a nedělalo mi problém oslovit své kolegyně a požádat je účast ve výzkumu. Obtížnější pro mě bylo kontaktování zdravotních sester a jejich „nalákání“ do fokusních skupin, obávala jsem se, že se nebudou chtít účastnit, zejména z důvodu nedostatku bezpečí (protože jsem výzkumník a účastník triády v jedné osobě), také ale z důvodu pracovního vytížení a prostého nezájmu zabývat se problematikou studentských praxí. Sama jsem se necítila při

kontaktování zdravotních sester příliš bezpečně, cítila jsem převahu jejich vlastního prostředí a převahu osmi zdravotních sester na jednoho výzkumníka. Z prvního osobního kontaktu se zdravotními sestrami jsem měla trochu rozpačité pocity, cítila jsem jejich obavy a nejistotu. Velmi mile mě překvapila jejich účast na ohniskových skupinách, kdy se dostavily v plném počtu, některé dokonce přišly ve svém osobním volnu nebo během dovolené. Jejich účast mi doslova vyrazila dech. Byť jsem sama zdravotní sestra, jsem velmi kritická ke svým kolegyním - zdravotním sestřím a to zejména posledních pět let, kdy působím na zdravotnické škole jako odborná učitelka. V úvodní části fokusní skupiny jsem měla potřebu vyjasnit svou vlastní roli ve výzkumu a také ubezpečit zdravotní sestry o anonymitě a „netrestání viníků“, pokud bude odhaleno nějaké neprofesionální chování. Zpětně si uvědomuji, že jsem ke zdravotním sestřím ve výzkumu přistupovala předpojatě, což mohlo ovlivnit můj pohled na získané výsledky a jejich interpretaci.

Ohnisková skupina zdravotních sester mě nicméně skutečně překvapila ve všech směrech. Všechny se zúčastnily, hovořily velmi otevřeně, a to i o vlastních profesních pochybeních a nedostacích. Byl to pro mě trochu políček za to, že jsem se dlouho neřívála na jejich práci také z jejich úhlu pohledu. Uvědomila jsem si některé dávno zapomenuté problémy zdravotních sester, které jsem sama v praxi směnové sestry prožívala, a které mi vadily. V těchto chvílích jsem měla pro jejich problémy a také chování velké pochopení. Domnívám se, že zde došlo k jisté korekci mé výchozí předpojatosti. Právě zde jsem si nejlépe uvědomila, jak jsou jednotliví účastníci triády vzájemně propojeni, a že řešení je nutné hledat ve zlepšení vzájemné interakce, nikoli v obvinování některé zúčastněné strany.

Také ohnisková skupina se studenty pro mě byla v jistých ohledech obtížná. V době, kdy jsem ohniskové skupiny organizovala, měli zkouškové období a shromáždit vybrané studenty bylo náročné. Stejně jako v předchozím případě jsem se obávala, zda budou otevřeně hovořit, když i já patřím do triády – jsem odborná učitelka. I z toho důvodu jsem oslovila především studenty, které jsem neučila. Ohnisková skupina studentů byla velmi emotivní a hodně kritická ke zdravotním sestřím. V této ohniskové skupině i ve skupině zdravotních sester působila trochu rozpaky kamera – i přes nahrávání bez obrazu, nicméně po zahájení ohniskových skupin byla kamera zapomenuta.

Každá fokusní skupina probíhala jinak, některé mé připravené otázky nebyly zodpovězeny, v ohniskové skupině odborných učitelek jsem měla potřebu občas vyjádřit svou zkušenost a názor na praktickou výuku. Zvláštní pro mě byl konfrontační náboj všech tří ohniskových skupin.

Pokud bych měla shrnout své výzkumné počínání – mám radost ze všech získaných dat, i těch nepříliš pozitivních, protože jsem získala informace, podle kterých se dají naplánovat změny ve vedení praxí studentů, mám v ruce informace, o které můžu plán opřít.

8 Návrh změn vedení praktické výuky na VOŠZ a SŠZ v Ústí nad Labem

Z provedeného výzkumu na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední škole zdravotnické v Ústí nad Labem a vybrané nemocnici, je zřejmé, že spolupráce v triádě je v mnohých směrech nefunkční. K tomu, aby byla výuka studentů efektivní a všichni tři účastníci triády ve vzájemné spolupráci spokojeni, je třeba udělat několik zásadních změn. Aby se změny ujaly, měly by být promyšlené, rozpracované a prodiskutované mezi oběma zařízeními. Nelze zavádět změnu pouze ze strany zdravotnické školy nebo zdravotnického zařízení. Takové změny by patrně byly bez většího efektu a s krátkou životností. Následující návrh je námětem k diskusi a impulsem pro iniciaci změn. Je postaven na provedeném výzkumu a je omezen na uvedenou školu a zdravotnické zařízení, kde byl proveden.

Změny bychom mohli rozčlenit do tří kategorií – změny na úrovni zdravotnického zařízení, na úrovni školy a společné aktivity vedoucí ke změně.

8.1 Společné aktivity vedoucí ke změně

Již jsme uvedli, že největší překážkou dobré spolupráce je patrně forma kontraktování o praxi. Na úrovni směnových zdravotních sester je podstatné vyjasnění jejich role ve výukovém procesu studentů. Zřejmě nestačí ošetřit praxi studentů na úrovni vedení obou organizací a pak se staniční sestrou, ale je potřeba zapojit především ty osoby, které se studenty během praxe mají bezprostředně spolupracovat – a to jsou směnové zdravotní sestry. Jak je motivovat?

Z výzkumu vyplývá, že by bylo vhodné:

- seznámit všechny participující subjekty s výsledky výzkumu a s navrhovaným postupem zavádění změn a nechat ho podrobit diskusi a připomínkám,
- upravit obsah dohody mezi staniční (pověřenou) sestrou a zdravotnickou školou, např. doplnit ji o vymezení role směnových sester, které mají během praktické výuky studentů zastávat,
- iniciovat setkání odborné učitelky praktikující na daném oddělení se směnovými zdravotními sestrami a staniční sestrou vždy před zahájením praktické výuky v daném školním roce. Během této schůzky by byly

směnové zdravotní sestry obeznámeny s obsahem dohody a jejich rolí v triádě, vzájemně by mohly být vyjasňována očekávání. Výsledkem by byl konsenzus ohledně spolupráce definované v dohodě. Směnovým zdravotním sestram by měla být zcela jasná jejich role i role ostatních v triádě a měly by znát očekávání odborných učitelek (zdravotnické školy) od jejich práce se studenty. Stejně tak obráceně – učitelky by měly dobře znát potřeby a očekávání sester. V rámci těchto setkání je vhodné dále:

- vyjasnit způsob vedení studentů – jedna zdravotní sestra pracuje s jedním studentem v průběhu celé směny, na studenta nedeleguje svou práci, zohledňuje výuku studenta (student není pomocná síla doplňující nedostatek personálu), nepožaduje rovnocenný výkon s jejím, nevysílá studenta k výkonům samotného a neúkoluje ho pouze pracemi nevyžadujícími dohled),
- seznámit zdravotní sestry s kompetencemi, kterých mají studenti dosáhnout, jejich kritérii a event. důkazy, kterými je mají doložit. Seznámit je s požadavky na obsah i rozsah hodnocení, které studentům poskytují, včetně jeho frekvence (ideální po každé ukončené směně studenta),
- objasnit úlohu odborné učitelky, která se zbaví role prostředníka mezi studentem a zdravotní sestrou, nebude nadále doplňujícím zdravotníkem za chybějící zdravotnický personál, ani „kontrolorem“ zdravotních sester,
- dohodnout pravidla prvního kontaktu – rituál vzájemného představení se, vyjasnění pravidel spolupráce,
- klást důraz na dodržování ošetrovatelských standardů, jako výsadního prostředku dobré praxe,
- konat další, upřesňující schůzky (např. čtvrtletně), které by zejména v počátcích změny, byly nutné,
- dosáhnout pozitivní motivace všech tří subjektů triády. Všem by měla být věnována pozornost, poskytována podpora, prostor pro vyjádření a aktivní zapojení se do procesu, ale také ocenění.

Bezpodmínečně nutná je informovanost nadřízených a získání jejich podpory pro realizaci takové změny.

8.2 Změny na úrovni školy

Organizace praxí do jisté míry také znesnadňuje spolupráci v triádě. Na základě výsledků výzkumu se nabízí následující řešení:

- iniciace změn v praktické výuce studentů VOŠZ i SŠZ v Ústí nad Labem, a zapojení všech odborných učitelek podílejících se na praktické výuce, stanovení si priorit a způsobu postupu,
- úpravě počtu a rozmístění studentů na ošetrovacích jednotkách tak, aby bylo možné přidělit zdravotní sestře vždy jen jednoho studenta,
- úpravě začátku praxe tak, aby se studenti nemíjeli s končící směnou zdravotních sester a mohli dostat ucelené informace o pacientech, to znamená, že jsou přítomni při předávání hlášení,
- sjednocení formy a obsahu deníků praxe – portfolií,
- vypracování kritérií kompetencí a způsobu jejich dokládání,
- (zavedení povinné supervize) určení délky a frekvence supervize studentů, kde by mohli své zkušenosti z praktické výuky reflektovat,
- seznámení studentů s organizací praxe a práce na odděleních s důrazem na roli v triádě a zdravotnickém týmu, roli odborných učitelek a zdravotních sester, aby věděli, co a od koho mohou očekávat,
- motivaci k systému péče zaměřené na pacienta, s odkazem na zahraniční zkušenosti některých z nich,
- vzniku systému hodnocení a oceňování ošetrovacích jednotek, kde studenti docházejí na praxi, s důrazem na spolupráci v triádě. Studenti i odborné učitelky by hodnotili úroveň spolupráce, ocenili by, co se daří a pojmenovali to, co by se dalo dělat jinak, lépe. S výsledky by byl seznámen management jednotlivých oddělení a hlavní sestra. Ocenění oddělení na úrovni nemocnice je zcela v rukou jejího managementu. Domnívám se, že by se tím posílila prestiž školních stanic.

8.3 Změny na úrovni zdravotnické organizace

Výše uvedené změny ve vedení praktické výuky budou jen s těžší efektivní, ne-li v mnoha ohledech nerealizovatelné bez toho, aby došlo ke změně také ve zdravotnickém zařízení, kam studenti na praxi docházejí. Z výzkumu vyplynulo, že by ve vybrané nemocnici (event. v dalších zdravotnických zařízeních, které navštěvují studenti naší školy), bylo třeba zavést následující změny:

- vypracování procesních ošetrovatelských standardů,
- zajištění dostatečného personálního obsazení,
- zajištění funkčnosti skupinového systému péče o nemocné pomocí ošetrovatelského procesu,
- materiální zajištění oddělení – dostatek běžných pomůcek (emitní misky, tácy, rukavice apod.), bez kterých nelze dodržet standardní postup,
- motivace směnových zdravotních sester k výuce studentů – vychovávají své budoucí kolegyně a kolegy,
- podpora dalšího vzdělávání zdravotních sester v mentorství,
- ocenění zdravotních sester – ocenění oddělení, kde je spolupráce v triádě hodnocena jako nejlepší (prestiž školícího pracoviště),
- v rámci celoživotního vzdělávání zajistit zdravotním sestřím supervizi, kde by mohly svou práci reflektovat.

Uvědomuji si, že iniciovat změny, zejména ve zdravotnickém zařízení, je z pozice řadového zaměstnance velmi těžké. Proto je důležité oslovit management, zejména staniční a vrchní sestry, které mohou změny zaštitit, podporovat a mnohé samy zrealizovat.

Zavedení změny, ať už bude jakákoliv, bude od všech účastníků, kteří by se na ni podíleli, vyžadovat nemalé úsilí a hodně času.

Závěr

V teoretické části práce jsem uvedla nejdůležitější evropské dokumenty, které měly vliv na transformaci českého zdravotnického školství, legislativní změny, které u nás již byly provedeny a diskutovala jejich soulad s evropskou direktivou. Cílem těchto dokumentů bylo sjednotit nebo upravit vzdělávací programy všeobecných sester a porodních asistentek tak, aby byly v jednotlivých zemích EU srovnatelné, ale také akceptovatelné pro možné uznávání kvalifikací a migraci sester v rámci zemí EU.

V současné době je vzdělávání všeobecných sester u nás, z pohledu evropské direktivy, po formální stránce v pořádku. Ze čtyř kritérií, která byla stanovena pro srovnávání vzdělávání všeobecných sester mezi jednotlivými státy EU, splňujeme celkem tři: vstupní předpoklady k přijetí - tedy ukončené středoškolské vzdělání a věk přijímaných studentů, délku odborného studia - studium trvajícím minimálně tři roky (u tohoto kritéria jsou významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi EU), obsah studia - požadavky na teoretickou i praktickou přípravu jsou zcela v souladu s požadavky EU včetně požadavku na výhradně odborné studium. U tohoto kritéria nespĺňujeme pouze požadavek na jednu úroveň kvalifikované sestry. Nesplnění tohoto požadavku není ve srovnání s jinými evropskými zeměmi – např. Holandskem a Finskem - ničím výjimečným. Aby byla možná prostupnost mezi oběma úrovněmi studia – tedy vyšším odborným a vysokoškolským – byl u nás v souladu s evropskou strategií zaveden modulový systém výuky a systém ETCS kreditů. To by mělo umožnit nejen prostupnost vyššího a vysokoškolského vzdělání, ale také usnadnit migraci zdravotních sester v rámci EU. Hodnocení pomocí ETCS kreditů však nebylo dosud na VOŠZ využíváno.

Poslední, čtvrté kritérium, které nespĺňujeme, je požadavek na pedagogické vzdělání nebo základy andragogického učení, a to jak u učitelů odborných předmětů, tak u učitelů praktického vyučování na vyšší odborné škole. Obecně dostupnost vysokoškolského vzdělání pro uvedené vyučující je velmi omezená, a to zejména pro učitele odborných předmětů (učitele teorie ošetrovatelství). Nedostačující je také pedagogické vzdělání zdravotních sester, které se podílejí na výuce studentů. A to u všech zdravotních sester, se kterými se může student setkat během praktické výuky – tedy sester s rozdílným prekvalifikačním vzděláním a kvalifikačním vzděláním získaným na středních, vyšších a vysokých školách. Pedagogické vzdělání sester je minimální nebo žádné, pro výuku studentů nevýznamné. Minimum pedagogického

vzdělání, které některé získaly, je zaměřené spíše na edukaci pacientů, zcela chybí znalost učení dospělých. S výjimkou mentorských kurzů téměř neexistují vzdělávací akce zaměřené na práci se studenty určené zdravotním sestram.

Jednou z možností, jak poskytnout studentům vedení odborníkem z praxe a současně někým, kdo je pedagogicky vzdělán, je zavedení mentorek. Evropské dokumenty určují mentora jako osobu zodpovědnou za dohled nad studenty, určují také požadavky na mentory. Ve prospěch mentorství hovoří také zkušenosti z jiných států EU. U nás je v současné době mentorek v praxi velmi málo, historicky nemají v našem zdravotnickém školství tradici a tak není jisté, zda bude jejich zavedení do praxe úspěšné. Nicméně je mentorství zahrnuto v nových učebních dokumentech jako jeden ze způsobů vedení studentů během praktické výuky.

Posledním tématem diskutovaným v teoretické části byly kompetence v ošetrovatelství. Ty jsou upraveny vyhláškou, nicméně nikde nejsou k těmto kompetencím stanovena kritéria a důkazy, která by jednotlivá kritéria dokazovala. V praxi to způsobuje potíže s hodnocením studentů, což doložil i provedený výzkum.

Z teoretické části práce vyplývá, že direktivu EU ve vzdělávání všeobecných sester v podstatě splňujeme, s výjimkou požadavku na pedagogické vzdělání odborných učitelek vyučujících na VOŠZ a požadavku na jednu úroveň kvalifikačního vzdělání sester.

V praktické části jsem se zabývala fungováním spolupráce v triádě student – zdravotní sestra – odborná učitelka. Mým cílem bylo spolupráci zmapovat a identifikovat problémové oblasti. Za stěžejní výzkumnou metodu jsem zvolila tři ohniskové skupiny – se studenty, zdravotními sestrami a odbornými učitelkami. Výsledky z ohniskových skupin potvrdily kvantitativní výzkumy provedené jinými autory, které jsem uvedla v teoretické části, ale především odhalily skutečně neutěšenou situaci ve fungování praktické výuky studentů. Projevy „nespolupráce“ v triádě jsou zatěžující pro všechny účastníky – vyhýbání se spolupráci, vzájemná nedůvěra, nedostatek ocenění a podpory, pochybné hodnocení založené spíše na dojmech (neexistující hodnotící kritéria), vážnutí komunikace a další.

Z výzkumu vyplynulo zásadní zjištění, že je zcela nevyjasněná role zdravotních sester ve vzdělávacím procesu studentů. Role sester není objasněna v kontraktu se školou, směnové zdravotní sestry dokonce ani obsah kontraktu neznají. Jejich role s nimi není diskutována a zdravotní sestry v podstatě neví, jak by měly se studenty

pracovat. Není jim objasněna ani role odborné učitelky. Dle názorů studentů i odborných učitelek je pro ně praxe studentů vítanou pomocí v přetížených provozech, čímž je potlačen skutečný smysl praxe studentů, tedy jejich výuka. Jsou zde nadřazeny potřeby zdravotních sester nad potřebami studentů.

Významnou úlohu ve spolupráci zdravotních sester se studenty hraje vyjádřený zájem studentů o obor a práci na oddělení. Zdravotní sestry se shodly, že pokud studenti svůj zájem dostatečně neprojeví, a neplní jejich požadavky, nemají o studenty zájem. Další problém vyplývající z neznalosti rolí jsou otázky odpovědnosti a rizika, spojené s vedením studentů. Studenti a odborné učitelky se vyjádřili, že na jedné straně zdravotní sestry studenty úkolují „neodbornými“ výkony, u kterých nemusí na studenta dohlížet a výkony, kde je dohled nutný provádějí raději samy. Dle studentů jim zdravotní sestry nedůvěřují nebo zpochybňují jejich práci i informace, které jim předávají o pacientech. Na straně druhé nechávají studenty samostatně provádět výkony, které vyžadují dohled.

Také role odborné učitelky není zcela jasná. Odborná učitelka má často roli prostředníka mezi studentem a zdravotní sestrou, někdy zcela přebírá roli zdravotní sestry v péči o pacienta i studenta a přistupuje na „pomáhání“ při zvládnutí nedostatečného personálního obsazení. Dle odborných učitelek je některé zdravotní sestry vnímají jako kontrolu, pro studenty bývá učitelka oporou, vzbuzuje v nich pocit jistoty. Zajímavé je zjištění, že všichni předpokládají, že ostatní v triádě vědí, co mají dělat, ale společně o tom nemluví. S nevyjasněnými rolemi úzce souvisí také nevyjasněná vzájemná očekávání.

Výzkumem bylo dále zjištěno, že po nevyjasněných rolích a vzájemných očekáváních hraje nejdůležitější roli první kontakt a představení se. Dále je důležité začlenění do pracovního týmu. Zdravotní sestry i studenti považují první kontakt a představení se za klíčový pro další spolupráci, obě strany předpokládají, že by iniciativu měla vyvinout druhá strana. Odborná učitelka působí tak trochu jako „překážka“ bližšího kontaktu zdravotní sestry se studentem, a to nejen během prvního kontaktu a seznamování, ale také v průběhu praxe. Pro studenty je významné také začlenění do týmu. Z výzkumu vyplynulo, že v praxi studenti stojí mimo pracovní tým, nejsou považováni za partnery. Tento názor verbalizovaly také odborné učitelky.

Další, na čem záleží kvalita spolupráce v triádě, je personální obsazení směny, znalost personálu a prostředí odbornou učitelkou a také schopný management oddělení.

V předávání informací byly důležité tři body – obsah informací, doba předání a nedostatek informací v průběhu směny. Studenti a odborné učitelky hodnotily obsah předávaných informací za nedostačující (a to během předávání hlášení i v průběhu směny), chybí jim informace orientované především na ošetrovatelskou péči, např. jak pacient jí, pohybuje se apod. Studenti i odborné učitelky také popisují informace přebírané od zdravotních sester jako devalvující pacienty. Velkým problémem je doba předání ranního hlášení, kdy studenti mívají noční směnu a informace od ní nedostanou. Některé jiné zdravotnické školy toto řešily posunutím začátku praktické výuky na šestou hodinu ranní.

V rámci výzkumu bylo také zjištěno porušování ošetrovatelských standardů ze strany zdravotních sester. Dle studentů i odborných učitelek nejsou vždy příkladem dobré praxe a studenti se učí některé chybné profesionální návyky, které si pak nesou s sebou do praxe. Porušení standardu se děje nejčastěji za účelem zjednodušení úkonu, urychlení práce a z pohodlnosti. Studentům umožňuje porušování standardů lépe zapadnout do kolektivu sester, někdy jsou k porušení standardu zdravotní sestrou donuceni. Zdravotní sestry si jsou této špatné praxe vědomy, ale u studentů dodržování ošetrovatelských standardů „tolerují.“ Důvodem nedodržení ošetrovatelského standardu někdy bývá nedostatek pomůcek na oddělení.

Jedním z nejzávažnějších problémů, který výzkum odhalil a studenti i odborné učitelky tento problém identifikovali, je neetické chování zdravotních sester k pacientům. Jde o chování zdravotníků, které pacienta zatěžuje, škodí mu, je nevhodné a nežádoucí.

Z výzkumu dále vyplynulo, že reflexe praktické výuky je studenty vítána. Odborné učitelky zpravidla vyhrazují na reflexi čas na konci směny (praxe). Pokud neproběhne reflexe s odbornou učitelkou, reflektují studenti praktickou výuku vzájemně mezi sebou. Někdy je praktická výuka reflektována v rámci vybraných teoretických předmětů (psychologie, komunikace). Se zdravotními sestrami studenti praxi reflektují zřídka. Jedním z důvodů je strach ze špatného hodnocení, v případě, že by reflektovali např. porušování ošetrovatelských standardů zdravotními sestrami. Pravidelná reflexe v podobě supervize pro jednotlivé účastníky triády není ve škole ani zdravotnickém zařízení, kde výzkum proběhl, zavedená.

Další problematickou částí spolupráce v triádě je hodnocení výkonu studentů během praktické výuky. Již jsem zmínila, že existují kompetence, ale bez kritérií a vhodných důkazů, které by kritéria dokládaly. Hodnocení je obtížné zejména pro

zdravotní sestry a hodnocení nemají vypovídající hodnotu. V hodnocení hraje úlohu také deník praxe, který není nijak specifikován a student si do něj píše, co sám uzná za vhodné, pokud formu a obsah nezadá odborná učitelka. Není to ovšem její povinnost.

Z organizace práce a praxe se jako problematické ukázalo nedodržování skupinového systému ošetrovatelské péče, počet studentů na jednu učitelku nebo zdravotní sestru, praxe probíhající jen jeden den v týdnu, míjení se studentů s končící směnou zdravotních sester.

Co se týče zavedení mentorek do praxe, zdravotní sestry mají o mentorkách nedostatek informací a zkreslenou představu o fungování mentorek v rámci oddělení. Odborné učitelky vidí šanci na změnu spíše v posilování prestiže školních stanic, než v zavádění u nás historicky nezakotveného mentorství.

Přestože praktická část vyzněla možná velmi kriticky vůči zdravotním sestřím, cílem výzkumu je hledání způsobů řešení, jak jednotlivé problémy řešit a dalším předejít.

V závěru práce jsem proto předložila návrh změn, které by mohly vést ke zlepšení spolupráce v triádě a ke spokojenosti všech tří stran triády. Zaměřuje se především na kvalitní kontraktování - úvodní i průběžné, řešení problematiky ošetrovatelských standardů a motivaci, nastavení kritérií pro hodnocení, úpravy počtu studentů na ošetrovací jednotce, začátku pracovní doby, zavedení supervize studentů. Na úrovni zdravotnické organizace jde především o organizační zajištění praktické výuky a vypracování a samozřejmě dodržování ošetrovatelských standardů. Významným krokem by bylo zavedení supervize pro zdravotní sestry. Domnívám se, že velmi zajímavým a oživujícím prvkem by mohlo být zavedení systému hodnocení a oceňování ošetrovacích jednotek studenty a odbornými učitelkami (spolupráce v triádě, dodržování ošetrovatelských standardů a etických norem), aby byla pozdvižena prestiž školní stanice. V součinnosti s managementem zdravotnické organizace by mohla být oceněná oddělení odměněna.

Je přirozené, že je v kolektivu mnoho různých osobností a nelze dosáhnout toho, že se všichni budou chovat a jednat stejně podle určitého vzoru, který by byl ideální pro všechny v triádě a orientovaný na pacienta. Nicméně fungující spolupráce vzájemně se podporující a podněcující, by měla jistě pozitivní vliv na osvojování a rozvíjení odborných kompetencí, reflexi a sebereflexi a další vzdělávání. Na základě vstupu do

EU jsme upravili legislativu ve zdravotnictví i ve školství a zavedli mnoho změn, dotýkajících se všech zdravotních sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví. Legislativní změny ovšem nestačí k tomu, abychom vychovávali skutečně odbornice ve svém oboru. Potřebujeme také vzdělané a motivované odborné učitelky, sestry školitelky, mentorky, které budou příkladem dobré praxe a budou ji šířit dál.

Seznam zkratk

DVS – Diplomovaná všeobecná sestra

ETCS – European Credit Transfer Systém

EU – Evropská unie

ICN – Internacional Council of Nurses (Mezinárodní rada sester

NCO NZO – Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařské zdravotnické obory

PSS – pomaturitní specializační studium

SŠZ – střední škola zdravotnická

SZO (World Healt Organization) – Světová zdravotnická organizace (WHO)

UK – Univerzita Karlova

VOŠ – vyšší odborná škola

VOŠZ – vyšší odborná škola zdravotnická

Literatura

1. AJGLOVÁ, J., MÜLLEROVÁ, N., RATISLAVOVÁ, K. *Sestra školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu*. Sestra. 2008, roč. 18, č. 2, str. 17-18. ISSN 1210-0404.
2. ANASTASSIADOU, H. *Mentorská činnost v klinické praxi*. Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství. Sborník příspěvků I.Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Opava, 2006. ISBN 80-7248-388-9.
3. BELL, C.R. *Managers as mentors: Building partnerships for learning*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc. 2002.
4. *Bílá kniha – národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. <http://www.msmt.cz/dokumenty/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelavani-v-ceske-republice-formuje-vladni-strategii-v-oblasti-vzdelavani-strategie-odrazi-celospolecenske-zajmy-a-dava-konkretni-podnety-k-praci-skol> [Online] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [Citace: 3. 1. 2007]
5. *Boloňský proces*. <http://www.bologna.msmt.cz/?id=BolognaProcess> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
6. CICHÁ, M. a kol. *Perspektivy dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků na pedagogických fakultách*. Dny Marty Staňkové III. Sborník z mezinárodní konference. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-434-2.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
8. DLOUHÁ, V. *Měsíční stáž českých studentek v rakouském Hall in Tirol*. Sestra. 2003, roč. 13, č. 6, str. 20. ISSN 1210-0404.
9. DOLEŽALOVÁ, P. *Tři měsíce v Arteveldehogeschool*. Sestra. 2005, roč. 15, č. 3, str. 22. ISSN 1210-0404.
10. *European agreement on the instruction and education of nurses*. Council of Europe, Strasbourg, 1967. www.conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Word/059.doc. [Online] [Citace: 3. 1. 2007]
11. *Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání – plnění cílů*. <http://www.bologna.msmt.cz/?id=KomunikeBergen> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
12. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Pomocný učební text. Brno: IDVPZ, 1997.
13. GRINDEL, C.,G. *Mentorship: A key to retention and recruitmnet*. Medsurg Nursing, 2004, roč. 1, č. 13, str. 36-37.
14. HANDEL, J.: *Kvalitativní výzkum*. Praha, Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

15. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
16. HUDÁČKOVÁ, A., SLOUPOVÁ, BÜRGEROVÁ, H. *Realizace praktické výuky v bakalářském studijním programu ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. http://www.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/q0512.pdf [Online] [Citace: 20. 1. 2008]
17. *Informace o studiu*. <http://tandem.adam.cz/section.php?seid=8> [Online] Koordinační centrum česko-německých výměn mládeže TANDEM [Citace: 20. 1. 2008]
18. JAROŠOVÁ, D., DUŠOVÁ, B. *Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*. <http://zsf.osu.cz/uom/index.php?kategorie=600&id=2112> [Online] Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Zdravotně sociální fakulta [Citace: 20. 1. 2008]
19. JIRKOVSKÝ, D., ARCHALOUSOVÁ, A. *Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii*. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, roč. 73, č. 1, str. 20.
20. KALÁTOVÁ, H. *Pracovní začátky v zahraničí*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 1, str. 51. ISSN 1801-1349.
21. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. ISBN 80-04-26059-4.
22. KOLÁČNÁ, T. *Zážitky z Anglie*. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, str. 8. ISSN 1210-0404.
23. *Koncepce ošetrovatelství*. <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=1254>. [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR, 6. 12. 2004. [Citace: 29. 8. 2006]
24. KOUKALOVÁ, A., ROŽŇÁKOVÁ, B., ZUŠČICH, O. *Zkušenosti mentorů FN Olomouc s vedením ošetrovatelské praxe studentů z EU*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 10, str. 403 - 406. ISSN 1801-1349.
25. KRAMÁŘOVÁ, S. *Profesní příprava ošetrovatelek v ČR a ve vybraných zemích EU*. Praha, 2006. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta..
26. KRAMÁŘOVÁ, S. *Profesní příprava ošetrovatelek v Rakousku*. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 10, str. 12. ISSN 1210-0404.
27. *Kurz pedagogické přípravy pro mentory klinicko-pedagogické praxe v ošetrovatelství*. <http://www.cdv.tul.cz/mod/book/print.php?id=41> [Online] Technická univerzita v Liberci, Centrum celoživotního vzdělávání [Citace: 20. 2. 2008]
28. *Lisabonská úmluva*. <http://www.bologna.msmt.cz/?id=LisbonConvention> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]

29. LYSÁKOVÁ, L. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, studijní oddělení. Dne 14.12.2007, 11:55 hod. Citováno dne 27.1.2007. Telefonická komunikace.
30. MACHÁLKOVÁ, L. *Jaký je vzdělávací program diplomované všeobecné sestry?* Sestra. 2005, roč. 15, č. 5, str. 5. ISSN 1210-0404.
31. MARKOVÁ, E. a kol. *Hodnocení odborné praxe studenty pomocí metody kvalitativního výzkumu. Dny Marty Staňkové IV. Vzdělávání sester a jeho proměny. Sborník z mezinárodní konference. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-7262-476-8.*
32. MINIBERGEROVÁ, L. *Nepsychoterapeutické chování zdravotníka ve vztahu k dekonkreci pacienta.* Sestra. 2008, roč. 18, č. 5, str. 16-17. ISSN 1210-0404.
33. *Ministerská konference WHO: Další postup po přijetí Mnichovské deklarace. Informační příručka k realizaci.* <http://www.mzcr.cz/data/c305/lib/dfinalnitext.rtf>. [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR. [Citace: 29. 8. 2006]
34. *Mentoring.* <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/mentoring> [Online] ABZ slovník cizích slov [Citace: 20. 8. 2007]
35. *Mnichovská deklarace.* <http://www.mzcr.cz/data/c305/lib/aMnichov1.rtf>. [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR. [Citace: 29. 8. 2006]
36. MORGAN, D.L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu.* Sdružení SCAN Tišnov Boskovice: Albert, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
37. MORTON-COOPER, A., PALMER, A. *Mentoring, preceptorship and clinical supervision.* Blackwell Publishing: Victoria, 2003.
38. *Na cestě k Evropskému prostoru vysokoškolského vzdělávání.* <http://www.bologna.msmt.cz/?id=KomunikePraha> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
39. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice.* Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2001. ISBN 80-211-0372-8.
40. *Nářízení vlády č. 463/ 2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.* <http://www.zakonycr.cz/seznamy/303-1995-Sb-narizeni-vlady-o-minimalni-mzde.html> [Online] [Citace: 8.1.2008]
41. NOVÁKOVÁ, J. a kol. *Edukační stáž v Maastrichtu.* Sestra. 2006, roč. 16, č. 12, str. 12. ISSN 1210-0404.
42. PATALIAH, B.,A. *Mentorship in Nursing.* Nursing Journal of India. Červen 2002. [Online] http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4036/is_200206/ai_n9120380 [Citace: 29. 8. 2007]
43. PELIKÁNOVÁ, M. *Problematika praktického vyučování v severských zemích.* Sestra. 2006, roč. 16, č. 1, str. 8. ISSN 1210-0404.

44. PETRÁŠOVÁ, L., KUBÁLKOVÁ, P. *Pacienti v nemocnicích nedobrovolně hladoví*. http://zpravy.idnes.cz/pacienti-v-nemocnicich-nedobrovolne-hladovi-fml-domaci.asp?c=A070910_202831_domaci_jba [Online] iDnes.cz [Citace: 9. 6. 2008]
45. PETTY, G. *Moderní vyučování*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-681-0.
46. PLÁŠILOVÁ, J. Karlova Univerzita v Praze, Filosofická fakulta, studijní oddělení. Dne 14.12.2007, 11:40 hod. Citováno dne 27.1.2007. Telefonická komunikace.
47. POHLOVÁ, Z. *Prestiž odborné učitelky, interpretace výzkumu*. Sestra. 2008, roč. 18, č. 1, str. 24 - 25. ISSN 1210-0404.
48. POSPÍŠILOVÁ, A., VRÁNOVÁ, V. *Mentor klinické praxe. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 10, str. 403 - 406. ISSN 1801-1349.
49. POSPÍŠILOVÁ, A., VRÁNOVÁ, V. *Praktická výuka vedená pomocí mentora klinické praxe. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 2, str. 29 - 31. ISSN 1801-1349.
50. POSPÍŠILOVÁ, A., VRÁNOVÁ, V. *Praktická výuka vedená pomocí mentora klinické praxe. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 3, str. 29 - 30. ISSN 1801-1349.
51. POWER, S. *Nursing Supervision*. Sage Publications, 1999.
52. *Program Zdraví 21*. http://www.mzcr.cz/data/c564/lib/zdravi_21_cil_10_21.rtf, http://www.mzcr.cz/data/c564/lib/zdravi_21_cil_1_9.rtf. [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR. [Citace: 29. 8. 2006]
53. *Realizace Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání*. <http://www.bologna.msmt.cz/?id=KomunikeBerlin> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
54. *Regulované profese*. <http://www.msmt.cz/eu/databaze-regulovanych-povolani-a-cinnosti-cr> [Online] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. [Citace: 29. 8. 2007]
55. ROUŠAROVÁ, J. *Účel a program vyšší ošetrovatelské školy*. Sborník jubilejního pracovního sjezdu diplomovaných sester v ČSR. 1974.
56. RULÁKOVÁ, K. *Proces výuky ošetrovatelství na klinických pracovištích v nových podmínkách*. České Budějovice, 2006. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
57. SITNÁ, D. *Jak se mají naše „zdrávky“*. Sestra. 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
58. SLADKÁ, J. *Hladoví nejen třetí svět*. http://www.zdrava-rodina.cz/med/med999/med999_22.html [Online] Medicína [Citace: 9.6.2008]

59. *Společná deklarace o harmonizaci výstavby Evropského systému vysokého školství ve spolupráci 4 ministrů - Francie, Německo, Itálie a Spojeného království.* <http://www.bologna.msmt.cz/?id=DeklaraceSorbonna> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
60. STAŇKOVÁ, M. *Vzdělávání sester v Evropské unii.* Sestra. 2000, roč. 10, č. 7, s. 21 - 23. ISSN 1210-0404.
61. *Směrnice Rady evropy 77/452/EHS ze dne 27. Června 1977 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči, obsahující opatření pro usnadnění účinného výkonu práva usazování a volného pohybu služeb.* <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0452:CS:HTML> [Online] EUR-Lex [Citace: 2. 12. 2007]
62. *Směrnice Rady evropy 77/453/EHS ze dne 27. Června 1977 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se činnosti zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči.* <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:CS:HTML> [Online] EUR-Lex [Citace: 2. 12. 2007]
63. *Standardy ošetřovatelské péče.* <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-oseetrovatelske-pece.html> [Online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008 [Citace: 8. 6. 2008]
64. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 1. a 2. Europe, WHO.* Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7.
65. STRAUSS, A. - CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice : Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
66. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN.* Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-392-9.
67. *Struktury systémů vzdělávání, odborné přípravy a vzdělávání dospělých v Evropě. Česká republika.* www.eurydice.org. [Online] Evropská komise, 2003. [Citace: 2. 12. 2007]
68. Světová zdravotnická organizace, oblastní úřadovna pro Evropu: *Standardy určené pro obory ošetřovatelství a porodní asistenci.* <http://www.mzcr.cz/data/c305/lib/binformaceEU.rtf>. [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR. [Citace: 29. 8. 2006]
69. *The role and education of nurses.* Council of Europe, Strasbourg, 1995. www.coe.int/t/e/social_cohesion/health/documentation/NURSES_role. [Online] [Citace: 3. 1. 2007]
70. TOPIČOVÁ, V. Karlova Univerzita v Praze, 1. lékařská fakulta, studijní oddělení. Dne 14.12.2007, 11:30 hod. Citováno dne 27.1.2007. Telefonická komunikace.

71. *Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world.* <http://www.bologna.msmt.cz/?id=KomunikeLondon> [Online] Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR [Citace: 20. 8. 2007]
72. *Učební dokumenty MZCR. Studijní obor 53-01-6 Všeobecná sestra.* Praha: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992.
73. *Učební dokumenty MŠMT. Studijní obor 53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra.* Praha : Národní ústav odborného vzdělávání, 2004.
74. *Učební dokumenty pro Vyšší zdravotnické školy. Studijní obor 53-51-7 Diplomovaná všeobecná sestra.* Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 1996.
75. *Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.* <http://www.upol.cz/fakulty/pdf/bakalarske-a-magisterske-studium/> [Online] Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta [Citace: 3. 1. 2007]
76. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat.* Praha : Slon, 2005. ISBN 80-86429-36-9.
77. *Usnesení vlády České republiky ze dne 30. října 2002 č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.* <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=564>. [Online] [Citace: 28. 12 2007.]
78. VACULÍKOVÁ, B., PINĎÁKOVÁ, V. *Studijní pobyt ve Finsku.* Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, str. 22. ISSN 1210-0404.
79. VESELÁ, J. *Evropa se snaží porovnávat kvalifikaci sester.* Bulletin odborového svazu zdravotní a sociální péče ČR. 2002, č. 2, str. 32-33.
80. VLASÁKOVÁ, D. *Dopad pozměněné legislativy v ošetrovatelské praxi ve vztahu k výkonu povolání všeobecné sestry.* www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=215&name=Dita%20Vlasáková%20-%20prezentace.ppt [Online] [Citace: 20. 1. 2008]
81. VRÁNOVÁ, V. *Mentor klinické praxe.* Diagnóza v ošetrovatelství. 2006, roč. 2, č. 1, str. 6-7. ISSN 1801-1349.
82. VRBA, M. *Role sestry v USA.* Sestra. 2006, roč. 16, č. 2, str. 19. ISSN 1210-0404.
83. *Vzdělávací program Diplomovaná všeobecná sestra 53-41-N/1. Žádost o akreditaci.* Interní materiál Vyšší odborné školy zdravotnické v Ústí nad Labem. 21.12.2007
84. *Vyhláška č. 10/2005 Sb., o vyšším odborném vzdělávání.* http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=103110&CAI=3342. [Online] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 11. 1 2005. [Citace: 29. 8. 2006]
85. *Vyhláška č. 39/ 2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.* http://www.sagit.cz/pages/zpravodajtxtanot.asp?cd=3&typ=r&zdroj=../_anotace/sb05039a [Online] [Citace: 8.1.2008]

86. Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. http://www.cszt.cz/96/423_znenie.htm [Online] [Citace: 8.1.2008]
87. Vyhláška 424/2004 kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6745_7228.html. [Online] Krajská centra primární péče, 30. 6. 2004 [Citace: 29. 8. 2006]
88. Vyhláška č. 470/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku (o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka). <http://www.lekarnici.cz/download/povinne-info/C05.HTM> [Online] [Citace: 8.1.2008]
89. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. <http://www.atre.cz/zakony/page0482.htm>. [Online] [Citace: 29. 8. 2006]
90. 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. Sestra, mimořádná příloha. Květen 2004, s. 2 – 30.
91. Zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=103001&CAI=3255. [Online] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 24. 9 2004. [Citace: 29. 8 2006.]
92. Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. <http://www.zuskomzaka.cz/zakony/563-2004-zakon-o-ped-pracovnicich.htm>. [Online] [Citace: 29. 8. 2006]
93. Žádost o prodloužení a rozšíření akreditace navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Učitelství zdravotnických předmětů. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, listopad 2006.

Přílohy

Příloha č. 1 - přehled vybraných mentorských kurzů

	název kurzu	délka kurzů, hodinové dotace					vstupní požadavky		ukončení
		délka kurzu	teorie	praxe	samostudium	konzultace	délka praxe	vzdělání	
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, LF Univerzita Palackého Olomouc	<i>Mentor klinické praxe</i>	neuvedeno	35 hod	50 hod	80 hod		1 rok	Mgr.	Zkouška z didaktiky klinické praxe
							2 roky	Bc.	
							3 roky	DiS.	
							5 let	SZŠ, PSS	
Zdravotně- sociální fakulta Ostravská univerzita	<i>Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence</i>	neuvedeno	60 hodin		70		1 rok	nespecifikováno	nespecifikováno
Ústav zdravotnických studií Univerzita Pardubice	<i>Program výuky školitelek</i>	1 semestr	90 hodin celkem				3 roky	Mgr., Bc., DiS., PSS	Písemný test z jednotlivých předmětů
Vysoká škola v Plzni, o.p.s.	<i>Sestra školitelka klinické praxe</i>	neuvedeno	60	32		8	3 roky	Mgr., Bc., DiS., PSS	Písemný test
CDV při Technické univerzitě v Liberci	<i>Kurz pedagogické přípravy pro mentory klinicko-pedagogické praxe v ošetřovatelství</i>	4 semestry	250 hodin teorie + praxe		300		3 roky	min SŠZ	Závěrečná zkouška

T: taky jsem se chtěla zeptat na informace, které předávají sestry studentům nebo vám, jestli to je dostačující, jestli vám to stačí nebo jestli se stává, a už to tu několikrát padlo, že sestra tam něco udělá a vlastně nikdo o tom neví, že to tam udělala, protože to nepředá. A ten student, který třeba je na jiném pokoji, nebo někam odběhnul a vrátí se, tak už vlastně tady o tom neví a ta informace prostě pro ně uteče

M: to se stává

EP: máš takový poctivky, který třeba tam nejsme nebo student svačí, je nějaký výkon ale my přijdem a ona řekne já nevím „paní Nováková na pokoji 5 musela jít na ultrazvuk nebyli jste tady, takže se za chvíli bude vracet nebo běžte si za ní nebo tak“, ale pak jsou takový který jako udělaj a nic neřeknou

S: jsou sestry, který přijdou a řeknou tohle to je třeba udělat, uděláte to vy nebo to mám udělat já? Domluvíme se jo. My teď nestíháme tohle, tak to udělejte vy. Nebo přijdou a řeknou, já vy jste byli pryč a my jsme nemohly na vás počkat, my jsme to udělaly. Jsou i takový, my na vás čekáme, bude výkon, zkuste si to udělat. Jak která sestra

ER: já bych řekla, co se týká předávání informací obecně, je ta spolupráce velice špatná, protože když přijdeme a přebíráme pacienty, tak studenti dostávají hrozně málo informací. Ještě to jsou informace, který toho člověka devalvují v hodně případech a předávají se ráno u toho pultu, tzn. že kdokoliv další může ty informace slyšet a ty informace se stane, že sestra přijde a řekne „tyhle pokoje, já ty lidi neznám, co vám mám o nich říkat“ já na to „vy jste si je přece převzala, tak nám něco o nich řeknete“, tak vezme tu dokumentaci a přečte nám to, co bysme si stejně přečetli sami. A ještě nám z toho přete jenom půlku a takový termíny jako „ta babka na sedmičce celou noc bláznila“ to je běžný. Nebo „Šárinka, to je naše skokanka, ta nám skákala z vokna“ a tímhle tím způsobem se informace předávají. Naprosto nedostatečně, neříkají například pohybový režim, co ten člověk zvládá, komunikačně, jak se stravuje, prostě ty základní, neumí předávat základní informace.

EP: já si myslím, že to není jenom předání sestra student, ale je to i předání sestra sestra. A oni ještě o to víc ořežou informaci pro toho studenta a málokdy se ty sestry i mezi sebou předávají služby, předávají tak jak by měli. A u těch studentů je to myslím ještě horší.

S: nechci to posuzovat, ale na těch JIpech si předávají pořádně a ten student je tu toho jak si sestry předávají pacienta. Takže ty informace důležitý většinou má, ale na tom standardu právě ta předávka, a ještě někdy udělají takový to „to znáš“ „pořád stejně“, říkám „ale my ne“, „ale my ho neznáme.“

EP: za těch 24 hod máš vždycky něco nového

M: my máme asi výhodu, že chodíme odpoledne, takže si ty pacienty připravíme, my s něma povídáme, takže viděj, jak komunikuje, jak chtěj. Je samozřejmé, že se za

těch 24 hod vždycky něco změní, ani ne 24. My jsme tam odpoledne, to je jedno. Ráno já chodím dřív, na šestou a chodím předávat se sestrama a slyším celý hlášení, studenti přijdou na půl a znova se předává, to je trochu zmatečný pro sestry a obtěžující a strašně dlouho se předává. Oni předají sobě, pak předává se studentama, až do třičtvrtě skoro od šesti, takže než se předají informace...

EP: někde se to dělá tak, že se to dělá tak, aby bylo sjednocený předávání

M: teďka třeba choděj holky se převlíkat na to CH1, tím, že nemusej do těch šaten, takže jsou tam dřív, můžou i třeba, když jsou v těch šatnách, tak než tam doleze, tak na nás čekali. Teď když už jsou na tom CH1. Tak se mi stalo, že už přijdou předat toho pacienta zároveň s tou sestrou. Když už tam jsou ve čtvrt, tak nekoukaj v tý místnosti, ale jsou si s náma poslechnout tu noční

S: to je nějaká organizační chyba, my přijdeme a normálně sestry předávají a ym jsme při tom předávání

M: ono mají do šesti do rána ne do půl sedmý službu, my si prostě ráno v šest předáme

EP: na některých zdrávkách mají posunutou praxi a chodí ne na půl sedmou, ale na šestou

M: na kolik se předává na ostatních odděleních, u nás se předává v těch šest do těch půl, než to všechno obejdeme, a pak přijdou studenti a začíná se v sedm nulanula.

S: NA tý VIN 1 čekají, až my přijdeme, já jsem tam teda dřív, ale oni čekají až do těch půl s tou předávkou.

M: to je ochota sester, jestli tam zůstanou o $\frac{3}{4}$ hod dýl

EP: někde dělají do sedmi

ER: někde dělaj od sedmi do sedmi

EP: nebo od šesti do sedmi

ER: na těch se dělá od šesti a tam se předává v šest a oni se někdy stává, že jdu prosit jestli nám někdo předá, že nemají ani zájem.....

M: na tý se něco předalo a teďka teda už všichni předávaj jako to, ale dřív když jsem chodila na praxe tak se třeba nepředávalo vůbec

T: co vám tam v těch informacích teda chybí

M: jestli je pacient chodící, mobilita pacienta, to vůbec nikdy nezazní, vždycky říkají dobrý dobrý, ale kdyby to bylo dobrý, tak tam ten pacient neleží. To je další informace, to nechápu, dobrý dobrý, všichni i jsou zdraví, všichni jsou v pohodě

S: ležák, ale pak když se mu přes ten den věnuješ, že je na to jídlo schopnej se posadit, sám se najíst, ale ty ho máš předanýho, že prostě nic

T: Kdybychom to vzali obecně, tak jaké máte zkušenosti s tím, když se jdete za sestrou se na něco zeptat?

S: No já jsem se už připravila na to, že tam nebudu moc přijímaná. Už s tím despektem - ježíš ty žákyně jsou tady - já jsem přeci v životě nebyla žákyně, já jsem byla buď sestra nebo studentka. Ale to se nedá, já už jsem to pak přijala, já jsem vždycky na tu praxi šla s tím, že to bude tvrdý a proto už jsem ta negativa nevnímala, úplně jsem potlačila tyhle konkrétní zkušenosti. Já už nejsem schopna teď říct něco konkrétního, možná že by se mi to vybavila až z nějakého vyprávění. Ale celkově můžu říct, že mě ta komunikace se sestrou nikdy nevyšla. Přišla mi nedostačující, pro ni obtěžující, pro mě to přišlo takový, že nejsou vůbec, no že jsou z toho špatný, že tam ta sestřička - studentka přijde, bude se jich ně něco ptát, bude chtít něco vidět, no to bylo trauma. Když jsem s ní chtěla jít tak vona, to jsem na ní viděla jak říká - no ty určitě víš jak se to dělá správně a teď mě budeš chtít chytat prostě, ale to nikdy tak nebylo. Voni si myslely, že jsme je tam přišli snad vizitírovat, že si snad budem zapisovat, co dělají špatně. Bylo třeba ošklivý, jak jsme se tam bavili s bakalářkami a bavili jsme se tak mezi sebou v šatně a já říkám, no voni vo vás nemluví nijak dobře, vždycky říkaj na rovinu, že hodně děláte špatně a nás zase, že chválily, no holky, vy DVS vy jste parádní, ale ty bakalářky. A bakalářkám zas říkaly, jo bakalářky, vy jste fakt dobrý, ale ty DVS to je hrůza - a prostě voni si asi neuvědomovaly, že si to řeknem mezi sebou, protože prostě studentky drží se studentkami.

S: No mladší sestry jsou ochotnější, jsou k nám jakoby v pohodě, jsme kluci.

S: To máte výhodu.

S: Myslím, že je to prostě tak.

T: Skočili jsme P. do řeči.

S: Záleží na té sestře, vzhledem k tomu, že ty mladší sestry jsou většinou ochotnější a ty, celkově jsou k nám v pohodě, a ty starší. No s těma staršíma, když se potřebuju zeptat, jdu raději za těma staršíma, ty jsou zkušenější a většinou i ochotnější pomoci i ukázat, protože ví, jak se to dělá. Kdežto ty mladší se to učí a nemají to ještě tak osvojený

S: zkušenost ze staršíma – oni nám asi záviděj, protože vědí, že je jednou nahradíme, ty nás tam prostě nechtěj -

T: Můžete to M. nějak konkretizovat na příkladu?

S: Já nevím, prostě, když tam přijdem, ta voni, já zas ty sestry – jsme pro ně jako přítěž a když za nima jdem, tak vždyť jste sestry, tak to snad musíme vědět, né. Na každým oddělení se to přitom dělá jinak. Jsme jim prostě na obtíž.

S: Vždycky jsem měla problém, když jsem byla vpuštěna na oddělení, ať se sami jako představíme, ať sami řeknem ... A přišlo mi, že bylo hodně na škodu a zažila jsem to pouze jedinkrát, jako pravidelnej přístup když jsem přišla na JIP. Tak dycky na začátku dne mě většinou přidělila do části toho centrálního JIPU a pak

ještě třeba, že budu spadat pod určitou sestřičku. A to je lepší, kdežto na těch standardech jsme byli vpuštěný a já sama jsem se musela nějaký chytit a pokud jsem narazila na nějakou, který to nebylo recht, tak prostě celej ten den se vyvíjen dost negativně pro mě, že jsem byla úplně vyčerpaná, takže tam si myslím, že asi bylo na škodu, že tam chybí nějaká komunikace, aby to vedení řeklo sestřím – budou k vám chodit sestřičky a třeba je ještě nějakým způsobem motivovaly, já nevím, třeba i finančně, aby si nás vzaly jako ten ještě další úkol a aby třeba byly..., zdržujou nás, nic neuměj, všechno vodneseme, už si nepamatujou, že taky studovaly a že byly taky ve stejný pozici, jako teďko my a už vypustily nějakou tu školu, všechno umí, všechno znaj. Ale voni ti řeknou, my jsme taky musely se vo to takhle postarat samy, no asi z toho důvodu, no. No, jo, ale dělat někomu něco, prostě oplácet mu – to není dobrý jako.

T: Co Š. se Š.?

S: Tak já jsem byla taky přesvědčená o tom, že když mám praxi, tak budu pomáhat, no já jsem dělala všechno tak jak se má, ale asi jsme je brzdili, všechno trvá moc dlouho, ony maj všechno za s sebou a my tam furt něco děláme a když už mi nějaká poradila, nějaká sestra řekla co se má, tak to byla neoblíbená. Protože když se s námi bavila, to se mi stalo na interně, tak už s námi nechtěly moc mluvit, protože my jsme se zeptali nejdřív jí a ať si jdeme proto za ní. No ženskej kolektiv, no.

T: Š.?

S: Tak to zase já dejme tomu, když jsem nějak přišla, to už bylo ve druháku, na týdljetý škole, tak to bylo spíš jako – tady máš a udělej. Já prostě jsem dostala všechno jakoby – ale jinak prostě jako koupelna, léky, infuse to prostě nikoho nezajímalo, jestli si za to nesu zodpovědnost já nebo ta sestra. Prostě jsem dostala papíry a udělej, zapiš no a pod to se podepiš. A prostě, když jsem pak jako přišla, už – je to hotový, aspoň? Nebo něco chybí, stihnem to do tý vizity nebo musíme tam jít nebo zvládneš to? Určitě to uděláš jako.

S: Proto já to nechápu.

S: Kór když ještě k tomu, my máme napsáno v těch papírech, který voni nám podepisujou, že máme mít určitou skupinu lidí – jeden, dva pokoje. Ne, to prostě neexistuje. Jen první den a to možná ráno, když je tam u toho staniční, tak jako aby to vypadalo, prostě zabouchnou se dveře vod kuchyňky a prostě všichni a my jsme tam ve dvou a máme celý oddělení. No, já jsem z toho byla úplně vyřízená a nevím.

S: Hlavně, že se nemáme za kým obrátit - je to tím, že tam máte přijít, představit se – já jsem žákyně – studentka této školy, teď tady budu 14 dní jako na praxi a máme mít tenhle systém ošetrovatelský péče, dva, tři pokoje a dostat nějakou sestru a k ní se obracet. Ale ne, že přijdu za sestrou, ona řekne to já nevím, tenhle pokoj já nemám, musíš za támhleťou sestřičkou – ta zas nemá čas – jdi za tamtou sestřičkou, ta to ví taky – je to takový zmatený všechno. A nehledě na to, že my když jsme byli na střední škole, tak jsme do tý dokumentace, mě se zdá psali stokrát víc než teď jako, jo. My pomalu ani do tý dokumentace nemáme čas se jako ani nahlídnout, nebo nám jí pomalu ani nechtějí dát. Ráno předání tím stylem

jako že si to říkají mezi s sebou nebo na kuchyňce, my nemáme ani přístup a pak chtěj, abysme k těm pacientům šli a něco dělali. A my nevíme ani co jim je, jestli můžou do koupelny, jestli můžou tohleto. Pak nakonec vám to přijde tak, že řeknete pacientovi – tak pojd'te, já s váma půjdu do koupelny a von vám řekne – já nemám nohu, že jo. Protože to je vo tom, že vo tom pacientovi nic nevíte - a pak jste tam za nějakýho vocasa, který se furt chodí ptát – a co mu je a jakou má diagnozu, jak je tady dlouho a tohleto jo. To je katastrofický.

T: To jsem se taky chtěla zeptat – jak vám sestry předávají informace o pacientech a jestli vám to stačí, co vám řeknou

S: Nejlepší to bylo na gastru tedy, tam jsou naučený jako předávat, čekaj na nás do půl 7 než my tam přijdeme a pak tu půlhodinu do 7 prostě předávaj. I tím, že říkal u tohodle bude potřeba tohleto a támhleto, ale jinak jsem se prostě skoro nikde nesetkala, že by na nás čekali s nějakým předáním, protože si předávaj už po 6 hodině, jo a ty nový tam přijdeme už a oni už kafíčko a už jsou na kuchyňce – jo tak támhle tam jděte ustlat a koupele a takový. Potom se rozběhne celý oddělení a pak už není čas jako se ptát – co je tadytomu co je támhle tomu, protože to zdržujete. Jo a pak se vás ten pacient zeptá a na co mám tady ten lék a proč ho mám a já nemůžu říct, já nevím proč ho máte, protože vlastně nevím co vám je. Vždycky – počkejte, já se vám zeptám.

T: Jak vám to, jak se cítíte T.?

S: No jako méněcenná, prostě hloupě si připadám. Poniženě. Von to ten pacient třeba tak nemyslí, ale já bych strašně ráda odpověděla, ale nevím to. Nechci říct – já nevím. Já vždycky řeknu já se zeptám a hned přijdu.

T: Já jsem viděla H., že s mohutně přikyvovala tomu, co říkala T.

S: No že se mi stalo to, že absolutně jsme je nezajímali v tom začátku, že by nás měly zapojit, to seznámení, ale byli jsme jim tam dobrý, že sotva jsem se objevila ve dveřích – no tak začněte stlát, začněte s těma hygienama a já vlastně vůbec jsem nevěděla a, b, c - 1, 2, 3 no úplně – já to říkám hodně zmateně, ale já jsem nevěděla, jak se kdo jmenuje, kde leží, co mu je, jak k němu přistupovat, jakou celkovou hygienu, jak se může otáčet nebo nemůže a hrozně mě tohle chybělo, protože ze začátku se mi taky stalo, že jsem vůbec nevěděla o koho jde a přišla sestřička, dala mi takhle na ruku buničinu s lékama a běžte na dva tři a dejte to pani. Teď já nevěděla co to mám za léky, jak se jmenuje, abych si mohla zkontrolovat komu. A když jsem tam šla zmateně s takovým tím, jako já ale to potřebuju zkontrolovat, tak sem se tam vracela a vona ve dveřích dva, tři, jo a tak jsem zase byla za tu pitomou. Tak jsem tam poskakovala jako slepičku a přitom jsem tam potřebovala jít do těch papírů – ne běžte to tam dát, tak jsem to tam šla dát, ale bylo mi to nepříjemný, měla jsem takovou nejistotu, že teď něco udělám a bude to špatně. A to nejde. A jak se to paní jmenuje a taky jak se to čísluje. Někdy se to čísluje od dveří, někdy od okna a tak jsem se naštěstí zeptala, tak ta prostřední postel a vona jo, no. Říkám to byl tedy ojedinělej případ, jo. A pak když jsem si sama nebylo jistá, pak už člověk získá takovou tu, sám sobě si musí věřit, tak jsem si řekla, já už se nebudu bát a jdu. Pak jsem byla za tu špatnou, která tam prostě jde hrabat do papírů a neposlechnu jí automaticky, ale jdu si to

sama vyhledat a napíšu si to teda na papírek, no byla to taková devalvace, prostě – jako že jsem ta za tu onuci, jako pinpongovej míček.

T: Co J. – přizvukovala

S: No, já jsem se vždycky na všechno zeptala, já jsem jako problémy s tímhle tím nikdy neměla.

S: Já teda taky ne. Pokaždý když jsem někam šel, tak jsem se šel ptát jaký dostanem pacienty, potom jsem se ptal co jim je a neměl jsem žádný potíže

T: A musel jste se H. zeptat, nebo jste ty informace dostal hned?

S: No já jsem takový, že když někam přijdu, tak se ptám, jestli dostanu nějakýho pacienta, s kým mám bejt, u koho mám bejt, já jsem fakt nějaký potíže neměl.

T: Kdybyste měly něco, co teď tady padlo, říct, co je největší problém v té spolupráci se studenty, v čem vidíte největší problém, co si myslíte, že by potřebovalo skutečně vylepšit?

ZS: Chování, chtění, taky trošku cítění pro tu práci, mít ten zájem

T: V té praxi byste si to představovaly jak – jak by to měli ti studenti projevít?

ZS: Tak třeba u nás, já musím říct, když je zrovna klid, je všechno udělaný, tak třeba voni i jdou za těma a hrajou si s nima sami od sebe a udělaj něco, co není taková odborná práce, ale těm lidem to pomůže. Takže taková trošičku jako samostatná vůle se zapojit do práce,. Která jako není až tak důležitá, ale

ZS: Anebo se aktivně ptát, že jo. Když zrovna nemaj co dělat, tak přijít a nepotřebujete něco, není třeba něco potřeba udělat

ZS: A hlavně se zeptat, třeba něco vysvětlit, třeba neukázaly nám to. To určitě, třeba když je čas, tak kdyby přišli, tak nikdo by jim neřek né, td se mi třeba nechce, určitě by jim to nikdo neřek.

ZS: Nebo když třeba zazvoněj ty lidi a voni když stojej u toho pokoje, a není to zrovna třeba jejich pokoj, tak tam nejdou. Nevím, ale je pravda, že to dělaj i ty sestřičky, který teďka ne, ale ten pokojový systém, který třeba maj delší dobu, tak prostě – dřív jsme byly prostě naučený všichni si pomáhat a vždycky když zazvonil jakýkoli pokoj, tak prostě jakákoli sestra tam šla, teďka prostě ty mladý, ty vědí, že 7 je tamtý, tak buď jí to neřeknou vůbec, že zvoní nějaká 7 anebo prostě tam zařvou přes celou chodbu

ZS: To není zrovna ten nejlepší systém, který jsme převzali, já si to teda myslím. Jednak nevíš vo těch dalších, jde doktor na nějaký konzílium a někdo řekne, já nevím, to nejsou mý pokoje a teď tam hledaj někoho, kdo by vám řek. My si teda vypomáháme vzájemně

ZS: U nás je teď právě moc mladejch sester a je tam pár těch mladších, který jsou tam takový 2 roky nejdýl a ty už si – to je večere na svých pokojích

ZS: My teda všechno děláme společně, večere, teploměry, všechno společně.

ZS: No my jsme právě dřív taky dělali.

ZS: To je věčnej blázelec a jsou z toho boje. A hlavně bych řekla, že začínaj bejt konflikty mezi námi. Jo prostě, víc mě nezajímá, starej se - dřív to takhle nebejvalo.

ZS: Hodně záleží jak na který sestře a to není problém týhlectý doby, to je už delší dobu - taky mi vyprávěl kamarád, ale už je to několik let zpátky, že měl s kolegyní noční a volal, že tam má zástavu a vona mu řekla já mám svačinu, to je tvůj pokoj – tak už nepracuje ta holka, ano. Ale to jsme taky odbočily hodně si myslím.

T: Ještě něco, co byste potřebovaly s těmi studenty tak nějak jako, aby bylo lepší?

ZS: Mě vlastně tak jako přijdou tak nějak na tu praxi, aby se třeba představili. Jo vlastně z tý party lidí když přijde třeba jedna a když přijde, tak za staniční sestrou, že tady mají být na praxi. Ostatní třeba seděj a koukaj jestli jim jako zadáme nějakou práci a kdyby se představili, tak už jako je máme v merku, kolik jich tam je, jak si je rozdělíme a co se bude dělat. A kdyby se vlastně po tom představení, měli zájem se zeptat, co se bude dělat, jako co, jak ten den probíhá, na každým oddělení probíhá jinak, že jo. My třeba nemáme ranní koupele, protože to nestíháme, máme ráno sály, takže to vlastně děláme během dopoledne, když je čas anebo odpoledne. Takže vlastně když se zeptá co se bude dít, tak aby zjistila celý ten harmonogram toho dne. Vlastně aby věděla, kdy může jít třeba na tu svačinu nebo že se domluvíme.

ZS: U nás jako by sem neměla nějaký takovýhle problémy s komunikací. Tam přišla holka a představila se, jsem třeba z vyššího nebo bakalářka a podle toho kolik těch holek bylo, tak jsme si je rozdělily. Já si myslím, že tady v tom u nás nebyl problém.

ZS: Ono záleží, kolik vlastně těch žákyň přijde, že jo. Když jich přijde 7 a většinou k nám teda choděj málokdy, přijdou většinou jeden den na 4 až 5 hodin, a přijde jich víc, tak třeba zbytek tejdne tam nemáme jedinou. Takže honem jim vymyslet nějakou práci, aby se vlastně zapojili všichni a vidíte vlastně vyloženě, kdo se zapojuje a kdo sedí, kdo se drží stranou.

ZS: my jsme třeba na praxi chodili jako víc, než voni choděj teďko. Nám taky, chodí jeden den v tejdnu, pak tam zase není nikdo, mě přijde, že chodí hrozně málo na tu praxi. Voni i když chodí po těch tejdnech, nám tam chodili v pondělí, tak voni i za ten tejdne hrozně zapomenou, voni to vypustí z tý hlavy a za ten tejdne jim to vlastně vysvětlujete znova.

ZS: My jsme zase měli jeden den v tejdnu a byli jsme rádi za to.

T: 4 dny v týdnu je tam teď máte?

ZS: ... a to se ještě snažíme jeden den obsadit bakalářkama.

T: Takže vy jste vlastně rádi, že je tam máte?

ZS: No, my jsme rádi

ZS: Jakmile zájem nemaj, tak je nemůžete k ničemu donutit, oni vám to snad budou sabotovat, aby se to ... furt je naháníte, furt je kontrolujete, to prostě ne. To pak nebaví ani ty sestry, ani je a spíš jsme všechny navzájem proti sobě. Nebo měsíční praxi a jdou – jsou tam lidi, který říkaj, že to stejně dělat nebudou.

ZS: ... my ty sestry fakt využijem hodně tam ..., hodně by se tam mohli i naučit, kdyby chtěli všude je musíte strkat, to je potom tragedie, no. Ale jestliže to funguje, jestliže maj zájem a chtěj a ptaj se a to, tak je to dobrý na vobou stranách.

ZS: Včera, bylo to včera, vid' tady žákyňka, někdy je klid a třeba dopoledne, kdy se nezastavíme. A takže jsme neměly ani pro ty žákyňky nějakou práci, vona tam ta jedna žákyňka si šla nějak zeptat, co by se mohlo tak jako dělat a staniční řekla, že by se mělo dělat a vona řekla, přeci si nebudeme hledat nějakou nesmyslnou

práci, jako je třeba utírání povrchů. No a takhle odpovídá naší staniční a potom šla za sestrou, kdo že to byl. A ta sestra na ní, že to byla naše vrchní jako staniční – a dopřic, já jsem byla na ní asi drzá. No a ta sestřička na to, ale kdyby to nebylo staniční, tak přece se nebude chovat jako k nám, jako k sestřím, tak koukala.

ZS: A přitom já jsem měla fakt velké rozsáhlé převaz, kdyby ... tak koukaj a nedutaj, voni se prostě zašily nějak, já je tam volala a nic, voni se vypařili a...

ZS: Vono to je prostě v nich, no. Kdyby chtěly, tak prostě by viděly. Proč by ta sestra vlastně ještě měla honit je ...

ZS: Vono to pak votráví doslova i nás, že pak máte ... no přesně pak nahánět ... tak vono to pak votráví ten nezáměr nebo když řeknou tuhle nesmyslnou práci dělat nebudem

ZS: Mě občas teda jako fascinovalo, my jsme se tam celý den nezastavily a pak přijdu teda na kuchyňku, jako že vi vezmu pití nebo aspoň kousnu si suchý housky, člověk má hlad, voni tam seděj, ani, nepustěj toho člověka ani – jako že ty židle jsou naše a se ráda rozdělím, ale v tu chvíli, kdy je člověk utahaněj, ulítaneěj, nenajedeneěj, tak prostě voni tak seděj a koukaj. A pijou a jedí – to člověku tak trošku, jo, popudí. Ale pak řeknu, no

T: **Takže chtění a zájem studentů s tím, že by přišli představili se, řekli si o práci, řekli si o nějaká informace – tohle je pro vás jakoby kritérium pro vás příjmeného studenta, jestli jsem tomu dobře rozuměla**

ZS: A aby si taky uvědomila, že ta práce té sestry, není jenom o odbornosti, ale že předtím je to ten ošetrovatelskej proces. Že do toho patří i ten úklid, čistý prostředí je základ no. To aby si uvědomily, že to není jen o tom, že se něco píchne a todleto.

ZS: ... a potom docházej k těm závěrům, že prostě to dělat nebudou, že jim to za to nestojí, takže ten zájem tam potom nejde probudit. Jako když jsou na tý praxi už s tím, že to není jejich povolání a hodně se zaměřujou na to, na tu dokumentaci, ... většinou je na tý praxi najdete s rozloženejma chorobopisama, když po nich chcete pracovat, tak jako že maj'úkol, že to musej dopsat ty papíry a pak jsou třeba schopný se tam i na hodinu zavřít a předstírat, že

Příloha č. 3a - Kategorizace - předávání hlášení, první třídění

		hlášení		
		pozit	negat	
studenti		Nejlepší to bylo na gastru tedy, tam jsou naučený jako předávat, čekají na nás do půl 7 než my tam přijdeme a pak tu půlhodinu do 7 prostě předávají. I tím, že říkal u tohohle bude potřeba tohleto a támhleto, ale jinak jsem se prostě skoro nikde nesetkala, že by na nás čekali s nějakým předáním, protože si předávají už po 6 hodině, jo a ty nový tam přijdeme už a oni už káfičko a už jsou na kuchyňce – jo tak támhle tam jdete ustlat a koupele a takový. Potom se rozběhne celý oddělení a pak už není čas jako se ptát – co je tadytému co je támhle tomu, protože to zdržujete. Jo a pak se vás ten pacient zeptá a na co mám tady ten lék a proč ho mám a já nemůžu říct, já nevím proč ho máte, protože vlastně nevím co vám je.		Ráno předání tím stylem jako že si to říkají mezi sebou nebo na kuchyňce, my nemáme ani přístup a pak chtějí, abysme k těm pacientům šli a něco dělali. A my nevíme ani co jim je, jestli můžou do koupelny, jestli můžou tohleto.
		Záleží na tom místě, kde to je a na těch standardech – většinou to předávají a ta diagnóza je postačující.		No jako méněcenná, prostě hloupě si připadám. Poniženě. Von to ten pacient třeba tak nemyslí, ale já bych strašně ráda odpověděla, ale nevím to. Nechci říct – já nevím. Já vždycky řeknu já se zeptám a hned přijdu.
		to jako na tom GASTRU, kde na nás čekají a předají to.		já vlastně vůbec jsem nevěděla a, b, c - 1, 2, 3 no úplně – já to říkám hodně zmateně, ale já jsem nevěděla, jak se kdo jmenuje, kde leží, co mu je, jak k němu přistupovat, jakou celkovou hygienu, jak se může otáčet nebo nemůže a hrozně mě tohle chybělo, protože ze začátku se mi taky stalo, že jsem vůbec nevěděla o koho jde
		nějaký to předání bylo. A když ne, tak jsem se třeba doptala, nebo zjistila		Ale myslím si, že tak chybí v podstatě to plánování úkonů na ten den, že to předávání třeba řekne má zlomeninu tohohle, dáte mu tohle a tím to končí. Ale že je tam třeba ještě dalších informací
		To podstatný jsem se dozvěděla		někde je to obráceně. Při předávání se řekne co se má dělat, jak se monitoruje, jaký úkony se mají dělat, a ta diagnóza jakoby
		takže paní učitelka se ptala spíš za mě, ale myslím si, že to hlavní řekli		informace o bezpečnosti pacienta, jestli je schopen se sám umýt, najíst, jaký třeba je To se většinou ptám, ony nám to třeba zapomenou říct, já se jich pokaždý potom ptám
				Tady jde vo to, že když my tam přijdeme na to oddělení, voni tam jako nejsou a připravují se na to, že půjdou na to oddělení, ale my jdeme zatím stlát a hned po nás něco chtějí – tam totiž není čas na to, aby nám něco řekli, jo, protože když tam přijdeme, tak voni jsou prostě rozprchlí, nebo docházejí, nebo si vařej káfe, je to takový.
				Takže my ty informace, než jdeme k tomu pacientovi, nezískáme. My ani nemůžeme se ptát co tomuhle pacientovi je, protože mi nevíme, ke komu půjdem – to je takovej začarovanéj kruh – běžte zatím stlát, my vás potom dojdeme nebo něco takovýho, voni tam samozřejmě nedojdou to je jasný, no
				Jako když jsme byli na střední, tak byla učitelka a to na nás čekali vždycky. Ale jak jsme na ty vyšší, tak si fakt nepamatuju, že bych fakt slyšela někdy předání i teď na tom – kdy jsem slyšela předání to bylo na tom GASTRU. Jinak jakoby tadyto, tadyto a . Jinak maximálně když už jsme se dostali nějaký ten pokoj, tak jsem se já aktivně šla doptat. Ale že by mi jako řekla, pojď já ti řeknu tohle a tohle, to vůbec.
				Že ty sestry si to předávají mezi sebou a většinou na těch standardech v soukromí mezi sebou, ne že by si staniční procházela pokoj po pokoji a dostala od každého hlášení, je to takový jakoby ústní mezi sebou
				No většinou tam nejsme, my tam chodíme pozdějš.
				No jako, že tam žádný předávání nebylo,protože vzhledem k tomu, tak jsme v podstatě to žádný předávání neměli,
				že máme nějaký to předání, tak třeba před tou koupelí nebo něco tadyto, tak říkáme, jak ta hygiena bude probíhat. Že na lůžku, že paní nechodí a já říkám, že v sedě – nevím, ale zkuste to teda. My jsme paní posadily, úplně v pohodě a já říkám, protože měla vlasy plný dredů
zdravotní sestry			Pak asi jedině, třeba teď jsme tam měli 7 žákyň, tak já si jdu třeba předávat službu. Kolikrát se nám stalo, že třeba nebyla předaná, člověk prostě tápe – bylo to daný, nebylo to daný, bylo to udělaný a ta sestra, když třeba má na starosti 3 pokoje nebo čtyry, tak vohlídá, pak je to trochu problém. No, tak asi předat taky šichtu, jako třeba toaleta byl tolik a tolik, byly podaný léky, inzulín dostal, kolik toho sněd, to třeba taky hodně pomůže – jestli ta jedna sestra by měla vohlídat, jak říkáte, jestli by to jako pomohlo já nvím 7 pokojů a ta sestra si jako v hlavě srovná, to já taky nevím, jestli je to dobrá věc. Nevím	
odborné učitelky		na těch JIPech si předávají pořádně a ten student je tu toho jak si sestry předávají pacienta. Takže ty informace důležitý většinou má		já bych řekla, co se týká předávání informací obecně, je ta spolupráce velice špatná, protože když přijdeme a přebíráme pacienty, tak studenti dostávají hrozně málo informací. Ještě to jsou informace, který toho člověka devalvují v hodně případech a předávají se ráno u toho pultu, tzn. že kdokoliv další může ty informace slyšet a ty informace se stane, že sestra přijde a řekne „tyhle pokoje, já ty lidi neznám, co vám mám o nich říkat“ já na to „vy jste si je přece převzala, tak nám něco o nich řeknete“, tak vezme tu dokumentaci a přečte nám to, co bysme si stejně přečetli sami.
		někde se to dělá tak, že se to dělá tak, aby bylo sjednocený předávání		Naprostě nedostatečně, neříkají například pohybový režim, co ten člověk zvládá, komunikačně, jak se stravuje, prostě ty základní, neumí předávat základní informace
		to je nějaká organizační chyba, my přijdeme a normálně sestry předávají a ym jsme při tom předávání		já si myslím, že to není jenom předání sestra student, ale je to i předání sestra sestra. A oni ještě o to víc ořežou informaci pro toho studenta a málokdy se ty sestry i mezi sebou předávají služby, předávají tak jak by měli. A u těch studentů je to myslím ještě horší.
		NA ty VIN 1 čekají až my přijdeme, já jsem tam teda dřív, ale oni čekají až do těch půl s tou předávkou.		na tom standardu právě ta předávka, a ještě někdy udělají takový to „to znáš“ „pořád stejně“, říkám „ale my ne“, „ale my ho neznáme
				Ráno já chodím dřív, na šestou a chodím předávat se sestrama a slyším celý hlášení, studenti přijdou na půl a znova se předává, to je trochu zmatečný pro sestry a obtěžující a strašně dlouho se předává. Oni předají sobě, pak předává se studentama, až do třičtvrtě skoro od šesti
				v těch informacích teda chybí jestli je pacient chodící, mobilita pacienta, to vůbec nikdy nezazní, vždycky říkají dobrý dobrý, ale kdyby to bylo dobrý, tak tam ten pacient neleží. To je další informace, to nechápu, dobrý dobrý, všichni i jsou zdraví, všichni jsou v pohodě
				ležák, ale pak když se mu přes ten den věnuješ, že je na to jídlo schopnej se posadit, sám se najíst, ale ty ho máš předanýho, že prostě nic
				já určitě řeknu, že to nálepkování funguje, hodně jsou takhle označování senioři „jako bába“ , „dědek“, „zmatený, bláznivý“, a to jenom na základě dehydratace, protože mi přijde, že jsou spolupracující, bezproblémoví

HLÁŠENÍ

	pozit	negat
Předávají s námi, počkají na nás	Nejllepší to bylo na gastru tedy, tam jsou naučený jako předávat, čekají na nás do půl 7 než my tam přijdeme a pak tu půlhodinu do 7 prostě předávají. I tím, že říkal u tohohle bude potřeba tohleto a támdleto,	Ráno předání tím stylem jako že si to říkají mezi sebou nebo na kuchyňce, my nemáme ani přístup a pak chtějí, abysme k těm pacientům šli a něco dělali. A my nevíme ani co jim je, jestli můžou do koupelny, jestli můžou tohleto.
	to jako na tom GASTRu, kde na nás čekají a předají to.	Že ty sestry si to předávají mezi sebou a většinou na těch standardech v soukromí mezi sebou, ne že by si staniční procházela pokoj po pokoji a dostala od každého hlášení, je to takový jakoby ústní mezi sebou
	na těch JIPech si předávají pořádně a ten student je tu toho jak si sestry předávají pacienta. Takže ty informace důležitý většinou má	Jako když jsme byli na střední, tak byla učitelka a to na nás čekali vždycky. Ale jak jsme na ty vyšší, tak si fakt nepamatuju, že bych fakt slyšela někdy předání i teď na tom – kdy jsem slyšela předání to bylo na tom GASTRu. Jinak jakoby tadyto, tadyto a . Jinak maximálně když už jsme se dostali nějaký ten pokoj, tak jsem se já aktivně šla doptat. Ale že by mi jako řekla, pojď já ti řeknu tohle a tohle, to vůbec.
	někde se to dělá tak, že se to dělá tak, aby bylo sjednocený předávání to je nějaká organizační chyba, my přijdeme a normálně sestry předávají a ym jsme při tom předávání	Tady jde vo to, že když my tam přijdeme na to oddělení, voni tam jako nejsou a připravují se na to, že půjdou na to oddělení, ale my jdeme zatím stlát a hned po nás něco chtějí – tam totiž není čas na to, aby nám něco řekli, jo, protože když tam přijdeme, tak voni jsou prostě rozprchlí, nebo docházejí, nebo si vařej kafe, je to takový.
	NA tý VIN 1 čekají až my přijdeme, já jsem tam teda dřív, ale oni čekají až do těch půl s tou předávkou.	No většinou tam nejsme, my tam chodíme pozdějš.
Informace jsou dostačující	Záleží na tom místě, kde to je a na těch standardech – většinou to předávání a ta diagnóza je postačující.	já vlastně vůbec jsem nevěděla a, b, c - 1, 2, 3 no úplně – já to říkám hodně zmateně, ale já jsem nevěděla, jak se kdo jmenuje, kde leží, co mu je, jak k němu přistupovat, jakou celkovou hygienu, jak se může otáčet nebo nemůže a hrozně mě tohle chybělo, protože ze začátku se mi taky stalo, že jsem vůbec nevěděla o koho jde
	takže paní učitelka se ptala spíš za mě, ale myslím si, že to hlavní řekli	Ale myslím si, že tak chybí v podstatě to plánování úkonů na ten den, že to předávání třeba řekne má zlomeninu tohohle, dáte mu tohle a tím to končí. Ale že je tam třeba ještě dalších informací
	nějaký to předání bylo. A když ne, tak jsem se třeba doptala, nebo zjistila	někde je to obráceně. Při předávání se řekne co se má dělat, jak se monitoruje, jaký úkony se mají dělat, a ta diagnóza jakoby
	To podstatný jsem se dozvěděla	informace o bezpečnosti pacienta, jestli je schopen se sám umýt, najíst, jaký třeba je To se většinou ptám, ony nám to třeba zapomenou říct, já se jich pokaždý potom ptám
STUDENTI		ležák, ale pak když se mu přes ten den věnuješ, že je na to jídlo schopnej se posadit, sám se najíst, ale ty ho máš předanýho, že prostě nic
		No jako méněcenná, prostě hloupě si připadám. Poniženě. Von to ten pacient třeba tak nemyslí, ale já bych strašně ráda odpověděla, ale nevíme to. Nechci říct – já nevíme. Já vždycky řeknu já se zeptám a hned přijdu.
		Takže my ty informace, než jdeme k tomu pacientovi, nezískáme. My ani nemůžeme se ptát co tomuhle pacientovi je, protože mi nevíme, ke komu půjdem – to je takovej začarovaný kruh – běžte zatím stlát, my vás potom dojdeme nebo něco takovýho, voni tam samozřejmě nedojdou to je jasný, no
		že máme nějaký to předání, tak třeba před tou koupelí nebo něco tadyto, tak říkáme, jak ta hygiena bude probíhat. Že na lůžku, že paní nechodí a já říkám, že v sedě – nevíme, ale zkuste to teda. My jsme paní posadily, úplně v pohodě a já říkám, protože měla vlasy plný dredů
		No jako, že tam žádný předávání nebylo,protože vzhledem k tomu, tak jsme v podstatě to žádný předávání neměli,
		já bych řekla, co se týká předávání informací obecně, je ta spolupráce velice špatná, protože když přijdeme a přebíráme pacienty, tak studenti dostávají hrozně málo informací. Ještě to jsou informace, který toho člověka devalvují v hodně případech a předávají se ráno u toho pultu, tzn. že kdokoliv další může ty informace slyšet a ty informace se stane, že sestra přijde a řekne „tyhle pokoje, já ty lidi neznám, co vám mám o nich říkat“ já na to „vy jste si je přece převzala, tak nám něco o nich řeknete“, tak vezme tu dokumentaci a přečte nám to, co bysme si stejně přečetli sami.
		Naprostě nedostatečně, neříkají například pohybový režim, co ten člověk zvládá, komunikačně, jak se stravuje, prostě ty základní, neumí předávat základní informace
		já si myslím, že to není jenom předání sestra student, ale je to i předání sestra sestra. A oni ještě o to víc ořežou informaci pro toho studenta a málokdy se ty sestry i mezi sebou předávají služby, předávají tak jak by měli. A u těch studentů je to myslím ještě horší.
		na tom standardu právě ta předávka, a ještě někdy udělají takový to „to znáš“ „pořád stejně“, říkám „ale my ne“, „ale my ho neznáme
		v těch informacích teda chybí jestli je pacient chodící, mobilita pacienta, to vůbec nikdy nezazní, vždycky říkají dobrý dobrý, ale kdyby to bylo dobrý, tak tam ten pacient neleží. To je další informace, to nechápu, dobrý dobrý, všichni i jsou zdraví, všichni jsou v pohodě
ZDRAVOTNÍ SESTRY		Pak asi jedině, třeba teď jsme tam měli 7 žákyň, tak já si jdu třeba předávat službu. Kolikrát se nám stalo, že třeba nebyla předaná, člověk prostě tápe – bylo to daný, nebylo to daný, bylo to udělaný a ta sestra, když třeba má na starosti 3 pokoje nebo čtyři, tak vohlídá, pak je to trochu problém. No, tak asi předat taky šichtu, jako třeba toaleta byl tolik a tolik, byly podaný léky, inzulin dostal, kolik toho sněd, to třeba taky hodně pomůže – jestli ta jedna sestra by měla vohlídat, jak říkáte, jestli by to jako pomohlo já nevím 7 pokojů a ta sestra si jako v hlavě srovná, to já taky nevím, jestli je to dobrá věc. Nevím
ODBORNÉ UČITELKY		

Příloha č. 4 – Etické normy v ošetrovatelském povolání z roku 1991

Norma 1

Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

- Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetřování a zaznamenávání osobních údajů.
- Používá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžka a seznamu osob na ošetrovací jednotce.
- Používá spolehlivé metody přivolání pomoci v případě potřeby.
- Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.
- Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
- Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

Norma 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

- Používá poznatky přírodních, fyzikálních a behaviorálních věd k interakci s klientem (jedincem, skupinou, veřejností) jako jedinečnou lidskou bytostí (jedinečnými lidskými bytostmi) s jeho osobní hodnotou a důstojností.
- Zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu a dělá příslušná fyzikální vyšetření za použití příslušných vhodných nástrojů, skríningu a hodnocení.
- Pořizuje záznam, který obsahuje všechny příslušné údaje o klientovi.
- Tento záznam musí být průkazný a použitelný i do budoucna.
- Zjišťuje okamžitě, dočasně i dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
- Zjišťuje reakce a odpovědi klienta na současné i potenciální zdravotní problémy.
- Zjišťuje jeho kulturní orientaci a přesvědčení, které ovlivní zdraví a zdravotní praktiky.
- Formuluje ošetrovatelskou diagnózu a stanoví plán ošetřování po konzultaci s klientem, a podle potřeby také konzultaci s ostatními odborníky.

Norma 3

Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. uzdravení z nemoci.

- Sbírá a využívá již získané údaje o nebezpečích, hrožících ze strany životního prostředí v nemocnicích, domácnostech i obcích.
- Zjišťuje aktuální a potenciální nebezpečí ohrožující udržení zdraví.
- Monitoruje rizikové životní prostředí.
- Učí personál praktiky, které minimalizují nebo vyloučují rizika ze strany životního prostředí, ohrožujícího zdraví.
- Zasahuje, aby minimalizovala nebo vyloučila rizika pro klienta ze strany životního prostředí.
- Poučuje klienty o změnách způsobu života, které minimalizují nebo vyloučují rizika ze strany životního prostředí.

Norma 4

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.

- Kriticky zkoumá a zpochybňuje akceptované modely praxe.
- Aplikuje nové poznatky tak, aby modifikovala a zlepšila akceptované způsoby praxe.
- Systematicky sbírá údaje, které se týkají problémů ošetrovatelství.
- Zjišťuje problémy klinického ošetrovatelství a využívá výzkumný proces, aby je pomáhala řešit.
- Používá a přistupuje k výzkumu tak, aby mohla přispívat k tvorbě nových poznatků v ošetrovatelské praxi.

Norma 5

Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění anebo přispěla k důstojnému umírání.

- Využívá získané údaje o fyziologických, psychologických reakcích pacientů na onemocnění k rozhodování při ošetrování.
- Formuluje plán řízení ošetrovatelské činnosti, který podporuje terapeutický režim a předchází komplikacím.
- Vykonává terapeutické zákroky, aby tím ulehčila tělesné a duševní uzdravení z onemocnění a předcházela komplikacím.
- Inicjuje neodkladné zákroky, aby ulehčila přežití a zotavení z choroby.
- Uspokojuje všechny biopsychosociální potřeby klienta, jak to vyžaduje jeho zdravotní stav.
- Vytváří fyzikální a psychologické prostředí, které přispívá uzdravení, získání zdraví nebo důstojnému umírání.
- Opakovaně hodnotí a stanovuje priority, vrací se ke stanovení nových cílů a revidování plánu ošetrovatelské péče.

Norma 6

Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.

- Využívá neuspokojené potřeby klienta k tomu, aby vytyčila cíle ošetrovatelské péče a plánovala ošetrovatelský proces.
- Předvídá výsledky ošetrování na základě reakcí klienta.
- Zaznamenává ošetrovatelské zákroky a reakce klienta systematickým a vyhodnotitelným způsobem.
- Stanovuje, zda existují měřitelné důkazy pro pokrok směrem k dosažení cílen.
- Reviduje a modifikuje plán ošetrovatelského procesu podle diskrepance mezi předpovědí a výsledkem.

Norma 7

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.

- Hodnotí připravenost klienta naučit se zručnosti v sebeobsluze.
- Učí klienta základní zručnost potřebnou pro to, aby se mohl sám o sebe postarat.
- Učí klienta odhalovat změny ve zdravotním stavu.
- Předem usměrňuje klienta v otázkách změny zdravotního stavu.

Norma 8

Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

- Sbírá základní údaje o zdravotním stavu a vývoji.
- Zjišťuje jemné a významné tělesné i psychické reakce na změny zdravotního stavu.
- Mění podle potřeby plán péče o klienta ve spolupráci s klientem a ostatními zdravotnickými odborníky.
- Zasahuje za účelem léčby tělesných a psychických reakcí do změn zdravotního stavu
- Monitoruje zdravotní stav po změnách.
- Koordinuje poskytování ošetrovatelské péče v případě, že se na ní podílejí i jiní zdravotničtí odborníci.

Norma 9

Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

- Rozšiřuje si svůj osobní všestranný rozhled tím, že vyhledává poznatky a kontakty s jinými profesionálními i kulturními skupinami.
- Zvyšuje svůj profesionální rozvoj využíváním všech možností kontinuálního vzdělávání.
- Zúčastňuje se akcí své profesionální organizace.
- Všechny nové poznatky aplikuje a využívá ve své ošetrovatelské praxi.

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetřovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.