

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Praktická výuka v 1. ročníku oboru Všeobecná sestra- první kontakt  
studenta s nemocnými**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.

Autor práce:

Barbora Němcová

2012

## **Abstract**

Nowadays, people interested in nursing career have been prepared for their profession only at higher schools or universities. Due to the requirement of a completed secondary education, the first-year of General Nursing study may enter only nursing school graduates or those with other secondary school education. This work is focused on graduates without secondary nursing education, specifically on practical training in the winter semester of the first year and the first contact of a student with sick persons. The purpose is to reveal the subjective feelings of students before upcoming professional nursing practice, the level of professional readiness, and then to map the areas of students' improvements.

In the empirical part of the thesis qualitative research in the form of interview technique, namely the interview method is used. Interviews were conducted with students before and after the practical training, and other research groups were formed by teachers of the subject Nursing procedures and mentor nurses from individual after-care departments. The research has shown that students have a vague idea of practical training, most of them described intense feelings of fear for various reasons, mainly due to the feeling of insufficient professional preparedness. In terms of communication, students reported impossibility of using the knowledge gained in the lessons of communication. The research results show the benefits of practical training in several areas, especially the manual dexterity improvement in nursing performances, improved communication skills and improved cooperation within the nursing team. As for negative experiences in connection with the nursing practice, the students mentioned a small number of theory lessons, a high number of students in individual departments and inadequate supervision over their activities in the absence of a mentor or a teacher.

Based on the results of the research, recommendations to increase the focus on the first contact of a student with the sick in communication lessons and to ensure adequate supervision of students in the absence of a teacher or a mentor nurse in the ward were suggested.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Praktická výuka v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra- první kontakt studenta s nemocnými jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 4. 2012

Podpis.....

**Poděkování:**

Děkuji PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D. za odborné vedení, profesionální přístup, cenné rady, čas a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Mé poděkování také patří studentům, vyučujícím ošetrovatelských postupů a sestřám mentorkám z oddělení následné péče za čas věnovaný rozhovorům potřebných pro zpracování bakalářské práce.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>3</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Historie ošetřovatelství.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Vzdělávání sester na počátku 20. století.....	5
1.1.2 Vzdělávání sester v období po druhé světové válce .....	6
<b>1.2 Vzdělávání sester v 21. století .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Cíle bakalářského studijního programu .....	8
<b>1.3 Teoretická příprava v prvním ročníku studijního oboru všeobecná sestra .....</b>	<b>8</b>
1.3.1 Komunikace v ošetřovatelství.....	9
1.3.2 Etika v ošetřovatelství.....	12
1.3.3 Filozofie ošetřovatelství.....	14
1.3.4 Osobnost a role sestry .....	14
1.3.5 Zdraví.....	16
1.3.6 Nemoc .....	17
1.3.7 Předmět ošetřovatelské postupy.....	17
1.3.8 Kompetence všeobecných sester .....	18
<b>1.4 Odborná praxe v zimním semestru prvního ročníku oboru všeobecná sestra</b>	<b>19</b>
<b>1.5 První kontakt s nemocným člověkem .....</b>	<b>21</b>
<b>2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Cíle práce .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>23</b>
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Použitá metoda .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumných souborů .....</b>	<b>25</b>

<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Výsledky rozhovorů se studenty před a po odborné praxi v zimním semestru</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Výsledky rozhovorů s vyučujícími ošetrovatelských postupů .....</b>	<b>45</b>
<b>4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami mentorkami .....</b>	<b>50</b>
<b>4.4 Kategorizace dat- studenti před odbornou praxí.....</b>	<b>56</b>
<b>4.5 Kategorizace dat- vyučující ošetrovatelských postupů .....</b>	<b>61</b>
<b>4.6 Kategorizace dat- sestry mentorky .....</b>	<b>63</b>
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>65</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
<b>7. SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>79</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>80</b>

## ÚVOD

Ošetřovatelství a sesterská profese vůbec zaznamenaly v posledních letech nemalé změny, které se mimo jiné týkaly i vzdělávání. Příprava jedinců na sesterské povolání je od roku 2004 uskutečňována pouze na vyšších či vysokých školách. V prvním ročníku oboru Všeobecná sestra se setkávají absolventi středních zdravotnických škol spolu se studenty s jakýmkoliv jiným středoškolským vzděláním. Tato bakalářská práce je zaměřena právě na jedince bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Konkrétně pojednává o praktické výuce v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra a o prvním kontaktu studenta s nemocnými. K volbě tohoto tématu jsem přistoupila z toho důvodu, abych zjistila, do jaké míry jsou studenti s odborným středoškolským vzděláním připraveni na své působení na odborné praxi v nemocničním prostředí.

Studenti se na odbornou praxi v zimním semestru připravují přibližně po dobu dvou měsíců a musejí se naučit nemalé množství odborných ošetřovatelských znalostí a dovedností. Obsahem práce je v podstatě vliv praktické výuky v zimním semestru prvního ročníku na rozvoj ošetřovatelských dovedností a profesionální růst studenta bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Smyslem výzkumu je zjistit, jaké subjektivní pocity a představy studenta se pojí s nadcházející odbornou praxí. Jaký je názor studenta na míru odborné připravenosti a to jak ve smyslu ošetřovatelských postupů, tak komunikačních dovedností. V souvislosti s komunikací, je jedním z cílů práce zjistit, zda mohou studenti využít znalosti získané v předmětu komunikace a to nejen při prvním kontaktu s nemocnými, ale po celou dobu jejich působení na oddělení. Pro lepší zmapování připravenosti studentů jsou do výzkumu zahrnuti i vyučující ošetřovatelských postupů a sestry mentorky z jednotlivých oddělení následné péče. Výzkum je taktéž orientován na celkové hodnocení a přínos odborné praxe, na oblasti zdokonalení studentů a v neposlední řadě na míru jejich začlenění do ošetřovatelského týmu.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Historie ošetřovatelství*

Počátky ošetřovatelství jsou spojeny s charitativní činností, kdy ošetřovatelská péče byla zaměřena především na uspokojování základních životních potřeb. Prostřednictvím řádových sester a bratrů u lůžka si církve udržovala dominantní postavení v poskytování opatrovnické péče. Řád maltézských rytířů, milosrdných bratrů, boromejky či alžbětinky patřily mezi řády, které zakládaly vedle svých klášterů první špitály. Tyto špitály poskytovaly nemocným, raněným a chudým příbytek, stravu a teplo. Opatrovnickou činnost ve špitálech vykonávaly osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání (9, 15).

Na území českých zemí je nejstarší zmínka o ošetřovatelském vzdělávání z roku 1620, kdy byla v Praze Na Františku otevřena nemocnice Milosrdných bratří, určená pro mužské pacienty. Při této nemocnici byla zřízená škola pro mnichy, která zajišťovala vzdělávání v opatrovnické činnosti. Z řádu milosrdných bratrů vyšel Václav Joachim Vrabec, který na lékařské fakultě prosazoval výuku opatrovníků. Přednášky byly v roce 1789 zastaveny dvorským dekretem (9, 15).

Ke změnám a zkvalitnění ošetřovatelské péče dochází během Krymské války, na čemž má největší zásluhu Florence Nightingalová. Florence Nightingalová usilovala o to, aby raněným a nemocným poskytovaly péči odborně připravené sestry, prakticky zručné a s dostatečnými teoretickými znalostmi. Je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství, kterému dala řád a na konci 19. století jej povýšila na profesi. Po návratu z Krymské války vypsala Florence Nightingalová národní sbírku a ze získaných finančních prostředků zřídila a 15. 6. 1860 otevřela první ošetřovatelskou školu při nemocnici svatého Tomáše v Londýně. Studium na této škole trvalo jeden rok a zahrnovalo teoretickou výuku a praxi v nemocnici pod vedením zkušené ošetřovatelky. Tento fakt se stal historickým mezníkem i ve vývoji českého ošetřovatelství (7, 9, 15).

V roce 1871 vznikl v Praze Ženský výrobní spolek český v čele s Karolínou Světlou, který se ve spolupráci se Spolkem lékařů českých podílel na organizaci



ošetřovatelské školy. V roce 1874 vznikla ošetřovatelská škola v Praze, vůbec první svého druhu na území Rakouska Uherska. Výuka byla bezplatná, teoretická i praktická a probíhala nepravidelně ve formě kurzů. Škola nabízela výuku moderního ošetřovatelství podle Florence Nightingalové, jejíž „Kniha o ošetřování nemocných“ byla roku 1874 přeložena do češtiny. Kurz byl zakončen zkouškou a absolventky obdržely diplom. Z několika různých příčin v roce 1881 činnost školy skončila a podle jejího vzoru byla o rok později založena ošetřovatelská škola ve Vídni (9, 13, 14, 15).

### ***1.1.1 Vzdělávání sester na počátku 20. století***

V roce 1914 vydalo rakouské ministerstvo vnitra nařízení o ošetřování nemocných provozovaného z povolání. Toto nařízení legalizovalo zřízení ošetřovatelských škol a rámcově stanovilo organizační strukturu a obsahovou náplň studia. Jednou ze zásad nařízení bylo, že ošetřovatelská škola může být zřízena jen při nemocnici, která žákyním zajišťovala praktickou výuku. Na odborné vzdělávání dohlížel vedoucí lékař nemocnice. V roce 1916 byla v Praze otevřena česká Státní ošetřovatelská škola. Podmínkou k přijetí bylo rakouské státní občanství, absolvování měšťanské školy, věk 18 - 30 let, mravní bezúhonnost a opravdový zájem o ošetřovatelství. Škola byla dvouletá, přednášky a praktická výuka byly pod vedením univerzitních profesorů. V prvním roce se převážně vyučovala teorie a druhý rok byl zaměřen na praktickou výuku na I. interní klinice ve Všeobecné nemocnici v Praze. Studium bylo zakončeno státní diplomovou zkouškou a složením slibu Florence Nightingalové. Již v tehdejších dobách bylo zdůrazněno, že na teoretické znalosti žákyň musí navazovat dostatek odborné praxe. Za tímto účelem byly povolány české kvalifikované sestry z Vídně a mezi nimi byla i Sylva Macharová, která se v roce 1923 stala ředitelkou této školy. První absolventky založily v roce 1921 spolek absolventek ošetřovatelské školy, který usiloval o prodloužení studia na tři roky, což by prohloubilo teoretickou i praktickou přípravu sester. V roce 1928 byl spolek přejmenován na Spolek diplomovaných sester a o pět let později byl přijat do Mezinárodní rady sester. Po mnoho let sehrávaly důležitou roli v podpoře ošetřovatelství Alice Masaryková a Hana Benešová. Alice Masaryková působila jako předsedkyně Československého červeného kříže a do Prahy pozvala americké ošetřovatelky, které u nás svými zkušenostmi zvýšily

úroveň výuky. Vytvořily novou koncepci výuky, do které zahrnuly historii a etiku ošetrovatelství, v praktické výuce kladly důraz na individuální přístup k nemocnému (2, 9).

Během první poloviny 20. století vznikaly školy převážně řádové, ale také docházelo k rozvoji specializačního vzdělávání, například pro porodní asistentky a dětské sestry. Na jaře 1935 se konala II. Odborná konference o odborném ošetrovatelském školství, kde se hodnotil stav vzdělávání sester a jednalo se o jeho další vývoj. Cílem jednání bylo sjednocení učebních osnov a učebnic pro české i německé školy (9, 15).

### ***1.1.2 Vzdělávání sester v období po druhé světové válce***

V Praze byla v roce 1946 otevřena Vyšší ošetrovatelská škola, která poskytovala vzdělání ve dvou oborech - v oboru řízení ošetrovatelské práce a v oboru pedagogickém. V roce 1948 byl vydán školský zákon, na jehož základě byl vytvořen jednotný systém obecného a odborného vzdělávání. Ošetrovatelské školy spadaly do systému vyšších odborných škol, které byly řízeny ministerstvem školství. Žáci byli přijímáni ke čtyřletému studiu po ukončení povinné školní docházky. Ministerstvo zdravotnictví převzalo ošetrovatelské školy do své správy v roce 1953. Došlo k přestavbě odborné výuky a vedle odborných předmětů se vyučovaly i předměty všeobecně vzdělávací. V nemocnicích vznikaly školní stanice, což pozitivně přispělo ke zkvalitnění praktické výuky. Čtyřleté studium bylo zakončené maturitní zkouškou, která měla praktickou a teoretickou část. Postupem času se v praxi ukázalo, že praktická výuka studentů je pro praxi nedostačující, a začalo se pomýšlet na vznik specializačních kurzů. V období socialismu se rozvoj vzdělávání zdravotních sester zpomalil a věková kategorie studentů se posunula na nejnižší hranici na světě. Hlavní náplní ošetrovatelské profese byla technika odborného ošetrovatelského výkonu. Role sestry byla především asistentská, sama sestra nemohla rozhodovat a nebyla akceptována jako rovnocenná členka zdravotnického týmu. Na vysokoškolské úrovni se zdravotní sestry začaly vzdělávat v roce 1960, konkrétně na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Jednalo se o studium ošetrovatelství při zaměstnání v aprobační kombinaci s psychologií a později

pedagogikou. Teprve o 20 let později začalo toto studium probíhat v denní pětileté formě. Bakalářské studium ošetrovatelství s navazujícím studiem magisterským se začalo rozvíjet v devadesátých letech dvacátého století. V tomto období také došlo k vymezení ošetrovatelského procesu jako metoda práce sestry a začal se používat pojem sesterská diagnóza jako závěr sesterského pozorování a úsudku (10, 14, 15, 16).

V šedesátých letech dvacátého století vytvořila Rada Evropy směrnici o jednotné kvalifikaci a vzdělávání sester, kterou postupně stvrdilo dvanáct zemí Evropské unie. Tuto směrnici doplňuje dokument Rady Evropy z roku 1995, ve kterém je podrobně rozpracovaný obsah studia a jednotlivých odborných předmětů. Cílem dokumentu bylo sjednotit vzdělávání sester, což umožňuje jejich volný pracovní pohyb v rámci Evropské unie (2, 5, 9).

### ***1.2 Vzdělávání sester v 21. století***

Na počátku 21. století došlo k významné změně ve vzdělávání všeobecných sester. V roce 2007 absolvovali na středních zdravotnických školách poslední studenti oboru všeobecná sestra, který byl následně nahrazen oborem zdravotnický asistent. Absolventi tohoto čtyřletého oboru s maturitou mohou vykonávat odbornou činnost pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením všeobecné sestry či lékaře. Mezi právní předpisy, které vymezují vzdělávání sester v České republice, patří zákon 96/2004 v platném znění 105/20011 o nelékařských zdravotnických povoláních §5 odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Dalším důležitým předpisem je vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. V současné době probíhá kvalifikační příprava všeobecných sester na vyšších odborných zdravotnických školách a na vysokých školách univerzitního či neuniverzitního typu. Na vysokých školách se jedná o bakalářský studijní program a na vyšších odborných zdravotnických školách se připravují diplomované všeobecné sestry, které mají po absolvování studia oprávnění užívat titul diplomovaný specialista. Ke studiu jsou na oba typy škol přijímáni uchazeči se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou. Středoškolské zdravotnické vzdělání není pro přijetí ke

studiu podmínkou. Standardní doba studia jsou tři roky s celkovou dotací 4600 hodin pro teoretickou výuku a praktické vyučování. Z celkového počtu hodin je pro praktickou výuku vymezeno minimálně 2300 a maximálně 3000 hodin (26, 30).

### ***1.2.1 Cíle bakalářského studijního programu***

Cílem bakalářského studijního programu je vzdělání a profesní kvalifikace zdravotnického pracovníka, který má oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle zákona 96/2004Sb – v platném znění 105/2011Sb. Vzdělání je poskytované ve vztahu k Evropské strategii Světové zdravotnické organizace o vzdělávání všeobecných sester. Absolventi tohoto studijního programu jsou schopni samostatně poskytovat ošetrovatelskou péči, která je orientovaná na individuální potřeby jednotlivců, rodin a komunit v nemoci i ve zdraví a to v souladu s přírodním a společenským prostředím ve kterém žijí. Cílem studia je, aby absolventi dokázali na základě svých teoretických znalostí a praktických dovedností zhodnotit aktuální zdravotní stav a potřeby člověka v různých věkových kategoriích a životních situacích. Absolventi jsou schopni samostatně rozhodovat v oblasti ošetrovatelské péče a svá rozhodnutí umějí obhájit a nést za ně osobní odpovědnost. Cíle studia týkající se rozvoje profese zahrnují přípravu takových absolventů, kteří na základě vědomostí, dovedností a sociální zralosti přispívají k profesionalizaci ošetrovatelství a zvyšují prestiž a postavení všeobecných sester ve společnosti. Absolventi bakalářského studijního programu jsou schopni v oblasti ošetrovatelství provádět vědecký výzkum a jeho výsledky aplikovat do praxe (3, 26, 30).

### ***1.3 Teoretická příprava v prvním ročníku studijního oboru všeobecná sestra***

Teoretická výuka je ta část výuky, při níž se v bakalářském studijním programu získávají vědomosti a profesionální dovednosti nezbytné pro plánování, poskytování a vyhodnocování zdravotnické péče a pro činnosti, které s touto zdravotnickou péčí souvisejí. Bakalářský studijní obor všeobecná sestra obsahuje teoretickou výuku poskytující znalosti v oborech, které tvoří základ pro poskytování všeobecné ošetrovatelské péče. Do výčtu základních oborů lze zařadit anatomii, fyziologii, patologii, mikrobiologii, biofyziku, biochemii, základy radiační ochrany, ochranu veřejného zdraví včetně epidemiologie, prevenci nemocí a jejich včasnou diagnostiku,

zdravotní výchovu ve farmakologii a základní znalosti zdravotnických prostředků. V rámci studijního oboru všeobecná sestra je obsažena teoretická výuka ošetřovatelství a klinických oborů. Konkrétně se jedná o historii ošetřovatelství, jeho charakter a etiku. V předmětu teorie ošetřovatelství se studenti seznamují s ošetřovatelstvím jakožto s moderní vědní disciplinou, která má svojí filozofii, metodologii, předmět zkoumání, hodnotový systém a standardní terminologii. K teoretické výuce ošetřovatelství patří i obecné zásady péče o zdraví, komunitní péče, ošetřovatelství ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům. Především jde o interní lékařství, chirurgické, pediatrické, péči o matku a novorozence, gynekologii, psychiatrii, péči o staré lidi a geriatrii, intenzivní péči, dietetiku a transfuzní lékařství. Nedílnou součástí teorie ošetřovatelství je předmět ošetřovatelský proces a potřeby člověka, který studenty obeznamuje s hlavními úkoly ošetřovatelské praxe, což je především rozpoznávání a uspokojování potřeb jedinců zdravých i nemocných a následné poskytování ošetřovatelské péče. Výuka je zaměřena i na reakce a projevy člověka s nedostatečně uspokojenými potřebami. Studenti v tomto předmětu procvičují jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu, aby jej následně dokázali aplikovat v praxi. Studenti se v teoretické přípravě vzdělávají i v sociálních a dalších souvisejících oborech, a to v základech sociologie, základech obecné a vývojové psychologie, základech pedagogiky, edukace, informatiky, statistiky a komunikace (23, 26).

### ***1.3.1 Komunikace v ošetřovatelství***

Předmět komunikace v ošetřovatelství je nedílnou součástí přípravy na první kontakt s nemocným člověkem, tvoří základ profesionálních znalostí a dovedností sestry při získávání důvěry pacienta a je koncipovaný jako teoreticko praktický. Důvěra mezi sestrou a pacientem je nezbytná pro poskytování další účinné a kvalitní péče o individuální potřeby nemocného. Studenti se učí komunikační techniky, které jsou velmi důležitou složkou zdravotnické profese, slouží k navázání a rozvíjení kontaktu, vedou k efektivní komunikaci, bez které není možné poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Studenti se nepřipravují pouze na komunikaci s pacientem, ale i s jeho rodinnými příslušníky či s ostatními kolegy v ošetřovatelském týmu (12, 17, 24).

Komunikace je sdělování informací či jejich vzájemná výměna prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Komunikační dovednosti jsou velmi důležitou složkou zdravotnické profese a tvoří základ ošetrovatelské péče. Existují dva druhy komunikace, díky kterým předáváme druhým osobám informace. Vyjadřujeme-li své pocity, motivy, cíle či hodnoty mluveným nebo psaným slovem, pak se jedná o komunikaci verbální. Aby bylo dosaženo efektivní komunikace, bez které není možné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, je nezbytné dodržovat jistá kritéria úspěšné verbální komunikace. Mezi tato kritéria patří srozumitelnost, tedy používání běžných a srozumitelných slov, snaha vyvarovat se odborným termínům a zkratkám. Hovořit zřetelně a pomalu, abychom co nejpřesněji vyjádřili to, co potřebujeme druhému sdělit. Důležité je správné načasování pro předávání informací a také se přijímajícímu umět přizpůsobit podle toho, jak reaguje. Sdělované informace musejí být důvěryhodné, věrohodnosti dosáhneme díky odborným znalostem dané problematiky. Na mluvené řeči můžeme hodnotit jak obsahovou, tak neobsahovou stránku řeči. Pod pojmem neobsahová stránka řeči rozumíme paralingvistické projevy, které mají na komunikaci velký vliv a díky jejím znalostem lze mnohdy hodnotit psychický a emocionální stav pacienta. Do paralingvistických prvků můžeme zařadit intenzitu, tón a barvu hlasu, délku hovoru, rychlost a chyby v řeči. Během komunikace nesmíme zapomenout na neverbální projevy, které se sestra musí naučit ovládat a mít je plně pod kontrolou (17, 24, 25, 29).

Nonverbální komunikace je druhým typem komunikace, jedná se o komunikaci, která nevyužívá slova, ale řeč vlastního těla. Sebeovládání a ovládání mimického svalstva nám do jisté míry umožňuje tento druh komunikace ovlivnit. Pomocí nonverbální komunikace dokážeme často lépe než slovy vyjádřit své emoce, postoje, nálady a mimo jiné i snahu o sblížení. Nonverbální komunikace má několik jednotlivých složek. Vizika neboli řeč očí je často prostředkem navázání prvního kontaktu. Lze hodnotit pohyby očí, sled pohledů, četnost mrkání či dobu výdrže pohledu. Pohled na pacienta z vyšší pozice u něho může vyvolávat submisivní pocity a při komunikaci s nemocným není tato pozice zcela vhodná. Studenti se v rámci komunikačních dovedností učí odhadovat emocionální rozpoložení nemocného podle

mimického výrazu ve tváři. Lidský obličej dokáže odrážet řadu emocionálních prožitků a psychický stav jedince. Tvář můžeme rozdělit na tři zóny, kdy platí, že na čele a pohybech obočí snadno rozpoznáme pocit překvapení. Mimické změny v oblasti očí a očních víček, mohou signalizovat strach, nejistotu a napětí. Naopak pocit radosti, štěstí a spokojenosti jsou často čitelné na spodní části obličeje (17, 24).

Kinetika je složka neverbální komunikace, která se zabývá chůzí, celkovým pohybem a držením těla člověka. Ze vzpřímeného postoje a energické chůze lze usuzovat na celkově momentální dobré rozpoložení a zdraví člověka. Oproti tomu chůze pomalá a shrbený postoj je projevem nemoci a nedobrého psychického stavu jedince.

Gestika je zaměřená na záměrné pohyby rukou, nohou i hlavy, které mají svůj určitý význam a jejich smyslem je vyjadřování emocí. Studenti se během přípravy na první kontakt s nemocným seznamují i se sdělováním pomocí doteků- haptika. Při poskytování ošetrovatelské péče je dotek nesmírně důležitý, ale ne vždy je pacientovi příjemný. Sestra musí mít stále na paměti, že je nutné, aby každý výkon byl doprovázený verbálním sdělením o tom, co právě dělá. Při jednotlivých výkonech se sestra ocitá v bezprostřední blízkosti nemocného.

Proxemika se zabývá jednotlivými zónami a vzdálenostmi mezi jedinci, přičemž nejbližší zónu pro nás představuje 15-30 cm. V této zóně se uskutečňuje haptický dotek a vstoupit do ní umožňujeme pouze našim nejbližším. Je-li tato zóna narušena osobou, která do ní nepatří, vede to k nepříjemným pocitům a ke snaze o únik z takového postavení. Osobní zóna je vzdálenost od 45 do 120 cm, narušení této vzdálenosti druhou osobou může být pro jedince značně nepříjemné a může vyvolávat negativní reakce. Během poskytování ošetrovatelské péče je intimní a osobní zóna často narušovaná a to může vést ke snížené schopnosti komunikovat. Klademe tedy důraz na to, aby dopředu poskytované informace byly v dostatečné prostorové konfiguraci. Studenti jsou vedeni k tomu, aby čas narušení osobní či intimní zóny byl omezen na minimum a po tomto nezbytně nutný čas žádáme po pacientovi pouze to, co souvisí s prováděným ošetrovatelským výkonem. Toto jednání má za následek dobrou

spolupráci a zmírnění napětí. Zóna, která navozuje lepší subjektivní pocit jistoty a bezpečí je sociální zóna, která je od 150 do 350 cm. Každá komunikace v jakékoliv zóně by měla být v co největším souladu, což znamená, že není vhodné stát nad ležícím nebo sedícím pacientem (28, 29).

Studenti se v předmětu komunikace ošetrovatelství seznamují také s překážkami, které mohou vést k neefektivní komunikaci. Takové okolnosti, které mají na komunikaci negativní dopad, se označují jako komunikační bariéry a dají se rozdělit do dvou hlavních skupin. První skupinou jsou bariéry interního charakteru, které odrážejí komunikační schopnosti jedince, jeho aktuální zdravotní stav a prožívání. Druhou skupinu tvoří externí bariéry, které souvisejí s prostředím. Do této skupiny lze zahrnout okolní hluk, vizuální rozptylování nebo vyrušování komunikace druhou osobou (6, 24, 25).

Komunikace je v podstatě formou poskytované ošetrovatelské péče, je nesmírně důležitá, a proto je nutná dostatečná odborná příprava studentů v tomto směru. Neméně důležité je i umění aktivního naslouchání. Nejde jen o poslech zvukových signálů, ale i o techniky, kdy se snažíme porozumět pocitům druhého a vcítit se do jeho situace, bez snahy hodnotit, co je a není správné. Před tím, než se studenti dostávají do přímého kontaktu s nemocným člověkem, musejí být obeznámeni s etickými principy chování a jednání sestry (12, 17, 25, 28).

### ***1.3.2 Etika v ošetrovatelství***

V teoretickém předmětu etika, jsou studenti seznamováni s etickými principy, které jsou začleněny v etickém kodexu nelékařského zdravotnického pracovníka. [Příloha 1] Předmět je zaměřený na etické otázky vykonávání ošetrovatelské profese a dotýká se i etických dilemat v jednání a chování zdravotnických profesionálů vůči pacientům. Smyslem vyučování etiky je nacházení a formulování vlastního etického východiska a schopnost obhájit si toto východisko. Etika jakožto věda o morálce zkoumá mravní chování jedince. V ošetrovatelství etiku definujeme jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího chování a jednání. Zahrnuje vše, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému. Léčba a blaho



pacientů jsou do značné míry závislé na morálce, na etickém a vědomí těch, kteří péči poskytují. Z toho vyplývá, že všechny mravní hodnoty by měly mít podporu v právu a každý zdravotník by se měl umět orientovat v právních i mravních normách. Sestra je osobně zodpovědná za své činy a za dodržování profesních závazků. Od sestry se žádá, aby vždy její jednání sloužilo zájmům a blahu pacienta a aby zajistila, že žádný čin nebo opomenutí v jejích kompetencích nemělo škodlivé důsledky ve smyslu zájmů a bezpečí pacientů. Předmětem ošetřovatelské etiky je vztah mezi sestrou, nemocným a ostatními spolupracovníky včetně lékařů. Tyto vztahy a postoje se projevují etickým chováním a komunikací. Mezi základní zdroje etického chování lze zařadit informovanost, zkušenost a schopnost tvořivé modelace. Jedním z hlavních úkolů etiky v ošetřovatelství je studium kvality interpersonálních vztahů na pracovišti. Dalším úkolem je analýza eticky komplikovaných situací a stanovení mravních norem profese (8, 16, 19).

V ošetřovatelství existují jisté etické principy. Jedním z těchto principů je autonomie, která nemocnému umožňuje jednat a rozhodovat se podle vlastních etických zásad a toto jeho jednání musí být respektováno. Dalším základním principem ošetřovatelské etiky je benefice neboli prospěšnost. Tento princip představuje pro sestry povinnost konat úkoly, které jsou nemocnému prospěšné a vyhýbat se působení škod. Sestra v novodobém ošetřovatelství působí i jako obhájkyň nemocného a jeho práv, proto by měla vždy plnit své závazky vůči pacientovi, což posiluje důvěryhodný vztah mezi pacientem a sestrou. Právě důvěryhodnost je jedním z dalších etických principů stejně jako spravedlnost. Sestra při poskytování péče musí být spravedlivá, a pokud mají nemocní ve věci zdraví podobné potřeby, měla by jim být poskytnuta stejná péče. Etický princip pravdomluvnosti představuje pro sestru závazek říkat druhým pravdu a vědomě je neklamat. Dnešní společnost vnímá sestru jako člověka, který pomáhá nemocným i zdravým lidem v situacích, kdy toho sám člověk není schopen. Tato skutečnost klade určité požadavky na chování a jednání sestry. Zdrojem etického chování a jednání sestry je filozofie holismu (8, 16, 19).

### ***1.3.3 Filozofie ošetřovatelství***

Filozofie je velmi obtížně definovatelná, avšak spojením překladu dvou řeckých slov *fillein-* milovat a *sofia-* moudrost, vzniká láska k moudrosti. Sami sobě klademe filozofické otázky v čase existencionální krize, kdy dochází k narušení řádu naší navyklé každodennosti. Když člověk prožívá utrpení a bolest nebo také pocity osamění, je jeho existence ohrožena na životě. Filozofie do značné míry ovlivňovala historický vývoj ošetřovatelství. Od osmdesátých let minulého století převládá v ošetřovatelství vliv humanistické filozofie s prvky holismu. Filozofie holismu je zdrojem etického chování a jednání sestry. Tento filozofický směr vychází z idealismu a jedná se o filozofii celistvosti. Termín holismus - z řeckého slova *holos*, což znamená celý nebo celek, zavedl ve dvacátých letech minulého století jihoafrický politik J. CH. Smuts ve své knize *Holismus a evoluce*. Holistická teorie nevnímá celek jen jako souhrn částí, ale tvrdí, že vlastnosti jednotlivých částí celku jsou podřazené vlastnostem celého systému. Jinými slovy lze říci, že porucha některé části celku vede k poruše celého systému. Z holistického pohledu je celek člověka, vyjádřen pěti částmi: biologickou, emocionální, sociální, kognitivní a duchovní. V ošetřovatelství holistickým přístupem rozumíme to, že jedince vnímáme jako bytost bio- psycho- sociální a spirituální. Studenti jsou během přípravy na odbornou praxi vedeni tak, aby si byli vědomi toho, že zdraví člověka zahrnuje celou jeho osobnost (7, 11, 22).

### ***1.3.4 Osobnost a role sestry***

Zdravotnické profese lze zařadit mezi náročná povolání. Nejedná se jen o náročnost fyzickou a psychickou, ale i náročnost z hlediska odborné přípravy. Od sestry se očekává, že ve vztahu k nemocným bude trpělivá, empatická a ohleduplná, zvládne práci s moderní technikou a administrativní výkony. Sestra provádí vysoce odborné výkony na specializovaných pracovištích a v neposlední řadě se vyrovnává s osobními problémy. Veškeré tyto požadavky vyžadují určité osobnostní předpoklady pro vykonávání zdravotnického povolání. Do těchto osobnostních předpokladů lze zahrnout především tvůrčí přístup zdravotníka s pohotovými reakcemi, klidné a vyrovnané vystupování s přiměřeným sebevědomím, určitý smysl pro humor, dostatečnou kritičnost a sebekritičnost. Dále je důležitý smysl pro povinnost a odpovědnost,

empatie, trpělivost a umění ovládat své emoce. Nemocný člověk by měl sestru vnímat jako důvěryhodnou osobu, k čemuž přispívá nejen její profesionální vystupování a kladný vztah k práci, ale i dostatečné odborné znalosti a estetický vzhled. Sestra musí být upravená, bez výrazných šperků a nápadného líčení. Čistý pracovní oděv, plní funkci ochrannou a zároveň estetickou, do jisté míry nám zevnějšek sestry podává informace o tom, jaká je. Souhra všech výše uvedených aspektů má vliv na kvalitu práce sestry. Nemocní by měli sestru vnímat jako člověka, který má pochopení pro jejich problémy a který je ochotně pomáhá řešit (1, 7, 18, 28).

Role sestry se mění a vyvíjí současně s rozvojem ošetrovatelství. Ve druhé polovině 19. století proniká do vzniklých nemocnic medicína a lékařská činnost. Lékař k vykonávání své profese potřeboval pomocníka, který byl schopen ošetřovat nemocné a zároveň dokázal komunikovat na odborné úrovni. Právě v těchto letech se formuje novodobá profese a role tehdy zdravotní sestry. Sestra byla vnímána jako členka zdravotnického týmu, která měla za úkol plnit příkazy lékaře a sama měla omezenou možnost samostatně rozhodovat. V době, kdy v medicíně převládalo přírodovědné pojetí zdraví a nemoci, byl nemocný vnímán jako pasivní prvek poskytované zdravotnické péče. Ošetřování nemocných se stávalo souhrnem jednotlivých výkonů a bylo zaměřeno na technickou stránku sesterské činnosti. Výuka na školách se zdravotnickým zaměřením byla taktéž více směřována na nácvik odborných technik než na péči o člověka s jeho bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami. V druhé polovině minulého století je základní funkce sestry spatřována v tom, že pomáhá zdravému i nemocnému jedinci a vykonává činnosti související s podporou a ochranou zdraví (1, 9, 28).

V současnosti do oboru ošetrovatelství pronikají poznatky společenských věd a to především psychologie, pedagogiky, sociologie a etiky. Sestra je více vnímána jako rovnocenná a samostatnější členka zdravotnického týmu, mění se její kompetence a tím i náplň sesterské práce. V moderním ošetrovatelství zastává sestra hned několik základních rolí. V první řadě jde o tradiční roli pečovatelky, která je spojena s poskytováním ošetrovatelské péče v nemocničním i terénním prostředí. Sestra

identifikuje ošetrovatelské problémy nemocného a plánuje jejich řešení. Dále sestra vystupuje jako edukátorka nemocného a jeho rodiny, čímž se podílí na upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti a prevenci poruch zdraví. Edukační činnost sestry pomáhá i dlouhodobě nemocným žít spokojený a soběstačný život díky nácvikům různých činností a potřebných praktických dovedností. Sestra koordinátorka, další sesterská role, která vystihuje plánování a realizaci ošetrovatelské péče, spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu a rodinou nemocného. Všeobecná sestra také působí jako asistent, což znamená, že se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Přípravuje nemocné na vyšetření, při kterých asistuje a plní ordinace lékaře. Sestra má možnost díky ošetrovatelskému procesu nemocného dobře poznat a v případě, že není schopen projevit své potřeby, pak sestra uplatňuje roli obhájce neboli advokáta nemocného. V této roli se sestra stává mluvčím nemocného člověka a podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty. K dobrému plnění sesterských rolí přispívá efektivní komunikace a důvěryhodný vztah mezi sestrou a nemocným. Důležitá je i příprava v oblasti obecné psychologie, která studentům poskytuje dostatek informací o osobnostních teoriích, psychických procesech, citových prožitcích a způsobech prožívání v období zdraví a nemoci (1, 18).

### **1.3.5 Zdraví**

Studenti si musejí uvědomit, že zdraví je nezbytným předpokladem k realizaci našich cílů. Pojetí zdraví se během staletí měnilo. Jednou z nejčastějších definic zdraví v současnosti je definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1947 „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Zacharová str. 15) V roce 1984 WHO vydala upravenou verzi definice zdraví, kde je zdraví chápáno jako dynamická skutečnost neboli proces, který se každým okamžikem mění v souvislosti se změnami prostředí a organismu. Zdraví je vnímáno jako pozitivní pojem, jehož součástí jsou individuální a sociální zdroje stejně jako fyzická kapacita organismu. Zdraví nám umožňuje naplňovat stanovené cíle a reagovat na okolní změny. Existuje mnoho vnitřních i vnějších faktorů, které naše zdraví ovlivňují. Pokud se cítíme zdraví, většinou nemáme potřebu podnikat konkrétní věci, které by naše zdraví upevňovaly, a dokážeme dobře snášet větší fyzickou či psychickou

zátěž. Je nezbytné, aby si lidé uvědomili, že je zdraví vzácné a že je v zájmu jedince i celé společnosti, abychom do zdraví jistým způsobem investovali. Úkolem sestry a tedy i studenta oboru všeobecná sestra je podpora zdraví a prevence vzniku chorob. Student musí umět motivovat jednotlivce, skupiny či rodinu k tomu, aby v případě potřeby dokázali změnit svůj životní styl. Sestra vede jedince k aktivním činům v souvislosti s prevencí a zachováním zdraví (6, 28).

### ***1.3.6 Nemoc***

Nemoc je stav, kdy je nějakým způsobem změněná či porušená stavba nebo funkce jednoho či více orgánů. Nemoc člověku přináší potíže a představuje pro něho náročnou životní situaci. V takovém stavu nejsou dostatečně uspokojeny veškeré bio-psycho- sociální a spirituální potřeby jedince. Při negativní změně zdravotního stavu jedince dochází ke změnám nejen biologickým, ale i psychickým a sociálním. Pacientem se stáváme náhle a nemoc pro nás představuje zátěž, na kterou každý člověk reaguje individuálně. Studenti jsou během teoretické výuky připravováni na to, že reakce pacienta na nemoc nemusí vždy být v souladu s jeho očekáváním. Postoj pacienta k vlastní nemoci je přísně individuální a má nemalý vliv na další průběh onemocnění a především léčby. Abychom mohli poskytovat dobrou a komplexní ošetrovatelskou péči, je nezbytné také pacienta vnímat komplexně jako osobnost s individuálními psychickými vlastnostmi a s určitou sociální rolí. Zdravotnický personál nesmí zapomínat na to, že jakékoliv ošetřování nemocného nebo jen samotná hospitalizace silně zasahuje do soukromí nemocného a to se může odrazit na chování, reakcích a emočním rozpoložení pacienta. Sestra si musí být vědoma toho, že průběh nemoci je ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, informovaností, zkušenostmi, obavami, dále rodinným zázemím, ale také poskytovanou péčí, personálem a spolupacienty. Zdravotnický personál musí k nemocnému přistupovat ohleduplně, taktně a šetrně s cílem zachovat sebeúctu pacienta (4, 6).

### ***1.3.7 Předmět ošetrovatelské postupy***

Mezi komplex základních odborných předmětů patří ošetrovatelské postupy, kde se studenti učí základní praktické dovednosti na základě teoretických znalostí, které jsou jim v tomto předmětu předávány. Během praktických seminářů studenti

zdokonalují své manuální dovednosti a dochází k osvojování technik jednotlivých odborných výkonů. Veškeré ošetrovatelské činnosti jsou studentům předávány ve shodě s aktuálními poznatky výzkumu v oboru ošetrovatelství a zřetel musí být brán i na nejnovější možné technické vymoženosti. Semináře k předmětu ošetrovatelské postupy probíhají v učebnách, které jsou k tomuto účelu uzpůsobené a patřičně vybavené zdravotnickými pomůckami, které se aktuálně využívají i v běžné ošetrovatelské praxi. Vyučující takto odborného předmětu musí splňovat požadavky na kvalifikaci pedagogického pracovníka, které vyplývají z vyhlášky č. 39/2005 Sb.[Příloha 2] Znamená to tedy, že pracovníci zajišťující výuku odborných předmětů jsou držiteli kvalifikace, k jejímuž dosažení program slouží. Vyučující mají minimálně dvouleté zkušenosti získané praxí, vyučují takovou specializovanou část odborné praxe, ve které spočívá jejich odbornost, a stále udržují své klinické kompetence. V neposlední řadě nesou odpovědnost za klinický dozor nad studenty během odborné praxe. Studenti jsou během praktických seminářů kladně motivováni k odborné praxi a jednotlivé výkony jsou vysvětlovány v souladu s holistickým pojetím ošetrovatelského procesu a poskytované ošetrovatelské péče (23, 26, 30).

### ***1.3.8 Kompetence všeobecných sester***

V době přípravy na sesterskou profesi jsou kompetence studentů výchovně vzdělávací cíle studijního programu. Zákon číslo 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. V dubnu roku 2011 byl výše uvedený zákon novelizován s cílem, aby tato novela přispěla mimo jiné i ke zvýšení samostatnosti a kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků a podpořila jejich stabilizaci ve zdravotnictví (23, 33).

Zdravotnický pracovník bez odborného dohledu poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odborné způsobilosti a v souladu s právními předpisy. Dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotní dokumentaci a v souladu s odbornou způsobilostí poskytuje informace. Podílí se na přípravě standardů, popřípadě na praktickém vyučování ve studijních oborech, které vedou k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Kompetence všeobecných sester jsou rozčleněny do

čtyř kategorií. Autonomní neboli nezávislé kompetence zahrnují uspokojování potřeb vzniklých v souvislosti s onemocněním. Sestra identifikuje potřeby pacientů, určuje vhodná opatření a sestavuje plán vhodných intervencí, které následně vykonává a na závěr vyhodnocuje jejich účinnost a modifikuje další ošetrovatelský plán. K nezávislým sesterským činnostem se řadí také podpora zdraví a prevence vzniku onemocnění, zdravotní výchova a poskytování informací. Závislé, tedy kooperativní kompetence sester jsou takové, že sestra respektuje role ostatních profesionálů při plnění odborných úkolů v multiprofesionálním týmu. Vyšetření a léčebná opatření indikovaná lékařem taktéž spadají do závislých kompetencí. Třetí a čtvrtou kategorií kompetencí všeobecných sester jsou kompetence, které se týkají výzkumu a vývoje a kompetence v oblasti řízení ošetrovatelské péče (26, 27).

#### ***1.4 Odborná praxe v zimním semestru prvního ročníku oboru všeobecná sestra***

Během zimního a letního semestru v prvním ročníku oboru všeobecná sestra studenti musejí absolvovat minimálně 740 hodin odborné praxe. Pracoviště, na kterém ošetrovatelská praxe probíhá, musí splňovat určité legislativní náležitosti, které jsou smluvně dané. Na klinických pracovištích je k dispozici mentor odborné praxe, veškeré pomůcky k provádění ošetrovatelských činností a místnost pro studenty určená k převlékání a odpočinku. Studenti před působením na jednotlivých pracovištích musejí být řádně proškoleni o bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, mít platné očkování proti hepatitidě typu B a zajištěné pojištění pro případ odpovědnosti za škodu vzniklou při výkonu odborné praxe. Po celý čas odborné praxe musí být student řádně ustrojený v čisté předepsané uniformě včetně bílých ponožek a pracovní obuvi. Student musí být neustále upravený a dbát na zásady ochrany vlastního zdraví, což zahrnuje řádnou úpravu vlasů, nehtů rukou, šperků a cenností. Odborná praxe studentům umožňuje aplikovat ve zdravotnických zařízeních své teoretické znalosti a praktické dovednosti, kterým se naučili během výuky teoreticko praktických disciplín. Ošetrovatelská praxe ve zdravotnickém zařízení dává studentům prostor zdokonalovat se ve zručnosti, vede k samostatnosti, odpovědnosti a práci v týmu. Studenti se učí komunikovat v ošetrovatelském týmu, s rodinnými příslušníky nemocných a zdokonalují své techniky k získávání informací. Cílem odborné praxe je zdokonalování edukačních činností

studentů, orientace v základní farmakoterapii, práce podle platných standardů, zvládnutí práce s přístrojovou technikou a v neposlední řadě zdokonalování sebereflexe. Na začátku každého dne si student stanoví nějaký osobní cíl a během dne se snaží vytyčeného cíle dosáhnout. Hodnocení, zda bylo cíle dosaženo, provádí student každý den formou sebereflexe a zpětné vazby od sestry mentorky. V přímé péči o pacienta uplatňují studenti znalosti z ošetrovatelského procesu a holistického přístupu k nemocným. Při vykonávání jednotlivých odborných výkonů postupují podle zásad protiepidemických opatření, se kterými se též seznámili během teoretické výuky. Studenti se také seznamují a učí se pracovat s ošetrovatelskou dokumentací a jsou řádně poučeni o povinné mlčenlivosti. Na odborné praxi jsou studenti vedeni odborným akademickým pracovníkem vysoké školy, nebo se studentům věnuje sestra mentorka-školicitelka odborné praxe [Příloha 3]. Úkolem sestry mentorky je aktivní vedení studentů, předávání odborných znalostí a dovedností, které však musejí být v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru ošetrovatelství. Mentorka spolupracuje s pracovníky fakulty, je povinna se stále vzdělávat v oboru, ve kterém působí a stejně tak i v pedagogice a teorii ošetrovatelství. Sestra mentorka ověřuje znalosti studentů a na jejich základě jim přiděluje vhodné pacientky. Dohlíží na vykonávání ošetrovatelské péče, provádí záznam o jednotlivých odborných výkonech a provádí hodnocení studentů. Závěrečné hodnocení od sestry mentorky má písemnou i slovní formu v podobě diskuse. Kromě ošetrovatelských intervencí se hodnotí například studentova dochvilnost, kritické myšlení, iniciativa, flexibilita, schopnost komunikace a také spolupráce nebo odpovědnost. K záznamu jednotlivých odborných výkonů slouží logbook, což je záznamník výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry. Tento záznamník připravuje vysoká škola a obsahuje souhrnné informace o přípravě a průběhu praktické výuky, sleduje jednotlivé kompetence a ošetrovatelské intervence, kterých by měl student dosáhnout v rámci studijního plánu. Záznamník slouží jako doklad o dosažených výkonech během praktické výuky, které vychází z kompetencí všeobecných sester. Student si provedené intervence vypisuje sám a následně je čitelným podpisem stvrdí pedagogický pracovník, mentor vysoké školy nebo registrovaná všeobecná sestra. Doporučená struktura záznamníku je uvedena v metodickém pokynu k vyhlášece



39/2005 Sb. [Příloha 4] Vysoká škola může rozsah záznamníku rozšířit, ale musí být zachován jeho minimální rámec (10, 26).

### ***1.5 První kontakt s nemocným člověkem***

Důležitou částí komunikace mezi sestrou a nemocným je první kontakt, při kterém se sestra snaží vyvolat příznivý první dojem. Sestra nemusí být ani příliš hovorná a nemocný si na ni utváří názor právě na základě prvního dojmu. Snaží se odhadnout, zda je rozčilená, nedůtklivá nebo naopak klidná, ochotná a spolehlivá. První dojem si o nás druzí vytvářejí během několika málo minut a utvořený dojem pak jen velmi obtížně mění. Sestra při prvním kontaktu vychází ze zdvořilosti a pravidel slušného chování, mnohdy nemůže očekávat stejný přístup ze strany nemocného, jelikož jeho chování bývá ovlivněno stresem, strachem či bolestí. Takové prožitky sestra může zmírnit vlídným úsměvem, který snižuje obavy a úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Vlídny úsměv má své nezastupitelné místo a při rozhovoru o nepříjemných záležitostech dodává komunikaci lidskou dimenzi. Úsměv však nesmí být příliš nucený, nadřazeně přezíravý nebo snad koketně vyzývavý. Sestra si musí uvědomovat aspekty verbální i neverbální komunikace a snažit se své chování regulovat a ovlivňovat, aby působila pozitivním prvním dojmem. V případě negativního prvního dojmu mohou vzniknout problémy ve vztahu mezi nemocným a sestrou, dochází k neefektivní komunikaci a tím i k nedostatečné spolupráci. První kontakt s nemocným člověkem bývá spojen s rozhovorem, jehož výsledkem by měla být spolupráce. Sestra projevuje nemocnému úctu tím, že jej vnímá jako rovnocenného partnera v rozhovoru. Jedním z cílů rozhovoru je získání pacientovy důvěry - sestra vlastním správným chováním přesvědčuje pacienta, že jí může plně důvěřovat. Během rozhovoru je nezbytné oboustranné naslouchání, protože dialog není jednostrannou záležitostí. Vytvoření přátelské atmosféry není jednoduché a vzniká vzájemným přijetím. Sestra by měla umět dovést rozhovor ke vzájemné kooperaci, a pokud se tato skutečnost nedaří, pak je potřeba taktně hledat příčiny a nemít strach tyto příčiny odstranit. Nemocný člověk může sestru během rozhovoru uvést do rozpaků svými dotazy týkajícími se citlivých témat jako je obava z dalšího průběhu onemocnění, obava změny tělesného vzhledu nebo obava ze smrti. V takto mnohdy obtížných situacích může sestra přejít

k vedení nedirektivního rozhovoru. V nedirektivním rozhovoru sestra nemocného povzbuzuje ke sdílnosti, nabízí mu svou přítomnost, ale neprosazuje své názory a nenabízí řešení. Sestra je empatická, ale i přes velkou míru empatie si zachovává odstup od duševních pochodů nemocného. Nemocnému dává najevo, že se nezajímá pouze o provedení odborných výkonů, ale že k němu má vztah jako k člověku (12, 18, 24).

## **2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit představy studenta s odborným středoškolským vzděláním o přístupu a jednání s nemocným člověkem před odbornou praxí v nemocnici.
2. Zjistit jak student bez předešlého zdravotnického vzdělání vnímá a hodnotí svůj první kontakt s nemocným člověkem.
3. Zmapovat názor studenta týkající se odborné připravenosti na první kontakt s nemocným.
4. Zjistit vliv praktické výuky na profesionální chování, jednání a komunikaci s nemocným člověkem.
5. Zjistit vliv výuky komunikace na komunikační dovednosti studenta při kontaktu s nemocným člověkem.
6. Zmapovat schopnost začlenit se do ošetrovatelského týmu během odborné praxe v zimním semestru
7. Zjistit názor studenta na odbornou praxi – sebehodnocení, ztotožnění se s rolí sestry, obava z poškození pacienta.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaké má student s odborným středoškolským vzděláním představy o přístupu, způsobu jednání a komunikaci s nemocným člověkem?
2. Jak student bez zdravotnického středoškolského vzdělání hodnotí a vnímá svůj první kontakt s nemocným člověkem?
3. Jaký má student názor na míru své odborné připravenosti na první kontakt s nemocným člověkem před a po odborné praxi v nemocničním zařízení?
4. Jaký vliv má praktická výuka na profesionální chování, jednání a komunikaci s nemocným?

5. Jaký vliv má výuka v předmětu komunikace na komunikační dovednosti studenta při kontaktu s nemocným člověkem?
6. Do jaké míry je student schopen se začlenit do ošetrovatelského týmu během odborné praxe v nemocničním zařízení?
7. Jaký je názor studenta na absolvovanou odbornou praxi v nemocnici? Do jaké míry se ztotožnil s rolí sestry a zda měl během odborné praxe obavu z poškození pacienta?

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Použitá metoda***

V empirické části práce bylo využito kvalitativního šetření. Sběr dat byl uskutečňován metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru v období od prosince 2011 do února 2012. Jednotlivé rozhovory byly realizovány se třemi skupinami respondentů. Jednalo o studenty prvního ročníku oboru Všeobecná sestra bez předchozího středoškolského zdravotnického vzdělání, kteří před odbornou praxí odpovídali na otázky zařazené do dvou hlavních okruhů [Příloha 5] a po absolvování odborné praxe odpovídali na otázky seskupené do třech okruhů [Příloha 6]. Druhou skupinu představovaly vyučující ošetrovatelských postupů, které odpovídaly v rozhovorech na dvanáct otázek [Příloha 7]. Třetí skupinu respondentů tvořily sestry mentorky z oddělení, kde studenti vykonávali odbornou praxi v zimním semestru, které v rozhovoru odpovídaly na dvanáct otázek [Příloha 8]. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem dotazovaných zaznamenávány na diktafon. Následně byly získané informace písemně zpracovány do jednotlivých kazuistik a vybraná data zařazena do kategorizačních tabulek.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumných souborů***

V bakalářské práci jsou zpracované informace získané z rozhovorů se třemi výzkumnými soubory. Prvním a nejdůležitějším souborem respondentů bylo pět studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří nemají středoškolské zdravotnické vzdělání. Druhou skupinu tvořily tři odborné vyučující teoreticko-praktického předmětu ošetrovatelské postupy. Posledním, tedy třetím výzkumným souborem byly čtyři sestry mentorky, které působí na odděleních Nemocnice České Budějovice a.s., kde probíhala v zimním semestru odborná praxe studentů z prvního ročníku oboru Všeobecná sestra.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky rozhovorů se studenty před a po odborné praxi v zimním semestru

#### Student 1- rozhovor před odbornou praxí

Studentka v červnu v loňském roce zakončila maturitní zkouškou studium na čtyřletém gymnáziu. Ke studiu oboru Všeobecná sestra ji přivedla zkušenost s péčí o postižené děti, se kterými v minulosti opakovaně spolupracovala. Sesterská profese na studentku působí lichotivě a zajímavě, v budoucnu by se této profesi ráda intenzivně věnovala.

Během rozhovoru před absolvováním odborné praxe se studentka vyjadřovala k mým otázkám, které se mimo jiné týkaly jejích představ a subjektivních pocitů souvisejících s nadcházející odbornou praxí. Představa o prostředí a činnosti studentky na oddělení následné péče nebyla zcela jasná, jelikož v minulosti neměla možnost podobné oddělení navštívit. Před nástupem na odbornou praxi se studentka domnívala, že ošetrovatelská péče bude zaměřena na uspokojování základních fyziologických potřeb nemocných seniorů, kteří budou v převážné většině upoutaní na lůžko. Myslela si, že během prvních dnů bude pracovat společně s některou kolegyní se zdravotnickým vzděláním nebo s vyučující, aby získala větší pocit jistoty při jednotlivých praktických výkonech.

V souvislosti se subjektivními pocity se studentka vyjadřovala v negativním i pozitivním smyslu. Uváděla, že nedovede přesně říci, zda převažuje pocit obavy a strachu nebo pocit nadšení a zvědavosti. Do pozitivních emocí by zařadila především zvědavost týkající se chodu oddělení, skladby pacientů a náplně práce. Studentka se těšila, že bude mít možnost aplikovat dosavadní dovednosti v praxi a následně zhodnotit, zda je teoretická příprava s praxí totožná. V neposlední řadě, by se ráda během svého působení na oddělení přesvědčila, do jaké míry bude manuálně zručná a zda bude se svou prací sama spokojená.

Největší strach se pojil s prvními dny a působením na oddělení, byly to hlavně obavy z neznámého prostředí, z kontaktu s nemocnými lidmi a hlavně z nedostatečných zkušeností s odbornými výkony. V rámci předmětu ošetrovatelské postupy měla možnost si jednotlivé výkony pouze vyzkoušet, nikoliv opakovaně procvičit. Tato skutečnost byla jednou z příčin, které se podílely na pocitu nedostatečné manuální zručnosti a na obavě z poškození pacienta. Studentka doufala, že některým výkonům bude moci zpočátku pouze přihlížet a až následně bude mít příležitost si je osobně vyzkoušet. Největší míra strachu se pojila s cévkováním, jelikož se studentka domnívala, že tento výkon se lze jen velmi obtížně naučit na plastovém modelu. V těsném období před nástupem na oddělení následné péče by sama studentka hodnotila míru svých dosavadních znalostí a dovedností číslem tři na stupnici od nuly do deseti. Přítomnost vyučujícího během prvních dnů na oddělení vnímá studentka jako výhodu, která zmírňuje obavy z možného pochybení během výkonů a případného poškození pacienta. O funkci sestry mentorky neměla před nástupem na odbornou praxi dostatek informací, nevěděla, kdo tuto funkci zastává a jaký je její smysl.

S pocitem strachu a nemalou mírou obav byla spojena i představa prvního kontaktu s nemocným. Studentka neměla jasnou představu o tom, jak by měla navazovat kontakt s pacientem. Obavy se týkaly především nedostatečné zpětné vazby ze strany pacienta a stejné pocity nejistoty vyvolávala i představa komunikace s negativistickým klientem, který by zaujímal odmítavý postoj k léčbě a hospitalizaci. Strach podněcovala i představa komunikace s pacientem v těžké životní situaci nebo konverzace na témata týkající se umírání a smrti. Studentce byla položena otázka, zda by mohla v takových situacích využít znalosti získané v předmětu komunikace. Podle jejího názoru nebylo cílem komunikace naučit studenty takovým komunikačním dovednostem, které by bylo možné ve výše uvedených situacích využít. Na otázku, jaké jsou podle jejího mínění tři nejdůležitější aspekty ve vztahu mezi sestrou a pacientem reagovala odpovědí: empatie, vzájemná důvěra a projevování zájmu o pacienta a jeho potřeby.

Obava komunikace nesouvisela pouze s navazováním kontaktu s nemocnými, ale také s ošetrovatelským personálem a lékaři. Studentka měla strach z přístupu sester a jejich chování ve dnech, kdy na pracovišti již nebude přítomen žádný z vyučujících. Domnívala se, že nezdravotnické středoškolské vzdělání pro ni bude značnou překážkou při začleňování do ošetrovatelského týmu.

### **Student 1- rozhovor po absolvování odborné praxe**

Druhý rozhovor probíhal s několikadenním odstupem po praktické výuce. Otázky byly zaměřeny na shodu představy studenta s realitou, na nově získané zkušenosti, na sebehodnocení v rámci zdokonalení ošetrovatelských dovedností a komunikace s nemocným. Byla zjišťována i míra začlenění do ošetrovatelského týmu a celkové pocity studenta související s prací na oddělení.

Studentka v rozhovoru přiznala, že se její představa se skutečností příliš neshodovala. Za nevýhodu uvedla skutečnost, že její první směna byla odpolední a tudíž nebyla seznámena s provozem oddělení ve stejné míře jako studenti, kteří měli ranní, kterým se věnovala vyučující nebo sestra mentorka. První den pozitivně vnímala přítomnost studentů z jiných škol nebo ročníků, kteří svou pomocí přispívali k lepší orientaci na oddělení. Především průběh prvních dnů se ve většině rozcházel s představami, které studentka měla. V souvislosti se skladbou pacientů ji překvapilo, že se v převážné většině nejednalo o ležící pacienty, a stejně tak byla mile překvapena i celkem příjemným prostředím.

Během prvního rozhovoru studentka nepředpokládala, že první kontakt s nemocným pro ni bude představovat takový pocit nejistoty, strachu a studu. Před samotným vstupem na pokoj narůstaly negativní emoce především z odmítnutí, obava z toho, že bude pacienty rušit v odpočinku, strach ze sníženého zájmu o navazování kontaktu se studenty. Nebyla si jistá tím, jaká slova bude při prvním kontaktu s nemocnými volit, aby žádného z pacientů neobtěžovala nebo svými slovy neurazila, snažila se zapůsobit příjemným prvním dojmem. Zpětně svůj první kontakt hodnotila kladně, nejprve se pacientům představila, podala jim informace o svém následujícím



působení na oddělení a zjišťovala, zda nepotřebují s něčím pomoci. V průběhu svého působení na oddělení bylo několik okamžiků, kdy nevěděla, jak na pacientova slova reagovat. Takové chvíle přicházely v těsném období před Vánocemi, kdy se pacienti studentce svěřovali se svými starostmi a s nedobrymi rodinnými vztahy. V takových situacích se snažila nemocným naslouchat, ale domnívala se, že na jejím chování byla patrná roztěkanost a nervozita. Vyjma těchto skutečností neměla s komunikací problémy, nevadilo jí držet pacienty za ruku a naslouchat jim. Právě v těchto okamžicích si začala uvědomovat i jinou roli sestry než jenom poskytování ošetrovatelské péče a uspokojování biologických potřeb nemocných. Přiznávala ale, že se nezdržovala na pokojích, kde byli pacienti se zhoršenou orientací, s nižší schopností komunikovat nebo nespolutracující nemocní. Na závěr odborné praxe zjistila, že si s některými pacienty vytvořila osobní vztah a že jí do jisté míry budou chybět a měla obavu, že sestry nebudou mít čas se těmto nemocným věnovat s takovou intenzitou jako studenti, kteří na oddělení působili. Studentka přehodnotila svůj prvotní předpoklad, kdy se domnívala, že největší problém pro ni budou představovat odborné ošetrovatelské výkony. Zpětně konstatovala, že první kontakt s nemocným v ní vzbuzoval naprosto jiný, silnější strach než se původně domnívala.

Výkony, z kterých měla nemalou obavu a myslela si, že jim bude z počátku jen přihlížet, vykonávala samostatně pod dohledem vyučující. Během celé odborné praxe si vyzkoušela převážnou část výkonů, které byly teoreticky probrané v hodinách ošetrovatelských postupů. V jednom případě odmítla cévkování ženy z důvodu obavy poškození pacientky a následně již neměla příležitost si jej vyzkoušet. V průběhu svého působení na oddělení zdokonalovala techniku provedení jednotlivých ošetrovatelských činností a tím se snižovala obava z poškození pacienta. Studentka zaznamenala vzestup sebejistoty nejen v ošetrovatelských postupech, ale i ve svém přístupu k nemocnému člověku a celkově ve svém chování a jednání s pacienty. V současnosti by své dovednosti na stupnici nula až deset ohodnotila číslem osm.

Spolupráce se sestrami na oddělení se odvíjela od individuálního přístupu sestry ke studentům. Během praxe několikrát zaznamenala i odmítavý postoj sestry k její

snaze o spolupráci. Podobné situace nenastávaly ve dnech, kdy na pracovišti byla společně se studenty vyučující, což nemůže říci o dnech, kdy se studenty pracovala sestra mentorka. Studentka si myslí, že mentorka měla po většinu dne práci s chodem oddělení a studentům se více věnovaly některé sestry a nižší zdravotnický personál. Především v případě odpoledních směn častokrát pomoc studentů využívaly sanitářky, což nehodnotila negativním způsobem, ale jako vhodné využití volného času. Záporně však studentka vnímala nedostatečný dohled sester nad činností studentů. Za nejhorší zkušenost považovala studentka opakované stížnosti pacientů na neochotu některých sester. Je nutné zdůraznit, že si také uvědomila, že některá tvrzení pacientů je nutné brát s určitou rezervou. V závěru odborné praxe označovala spolupráci se sestrami a začlenění do ošetrovatelského týmu za dostačující k zodpovědnému vykonávání ošetrovatelských činností.

Své působení na odborné praxi studentka hodnotila kladně, praxe ji obohatila v mnoha směrech. Nejvíce se zdokonalila v ošetrovatelských odborných činnostech, naučila se lépe jednat s nemocnými lidmi a zaznamenala i zlepšení komunikačních dovedností směrem k pacientům i sestram. Rozdíl v přístupu k její osobě jako ke studentce bez zdravotnického vzdělání vnímala jen v prvních dnech, ale v daleko menší míře než si původně představovala. Pokud by měla možnost něco na odborné praxi změnit, pak by snížila počet studentů na jednotlivých stanicích, což by vedlo k lepšímu začlenění do ošetrovatelského týmu a častějšímu procvičení jednotlivých výkonů.

## **Student 2- rozhovor před odbornou praxí**

Studentka č. 2 si na obor Všeobecná sestra podávala přihlášku s cílem věnovat se ošetrovatelství ve stomatologii, jelikož je absolventkou středoškolského oboru zubní technik. I přes předchozí zdravotnické vzdělání nemá žádné zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče, v minulosti neabsolvovala odbornou praxi na lůžkovém oddělení.

Prostředí oddělení následné péče přirovnávala k domovu pro seniory, kde budou maximálně dva až tři pacienti na pokoji s volným pohybovým režimem. Předpokládala, že v prvních dnech se bude seznamovat s denním režimem oddělení, s personálem a

pacienty. Studentka se domnívala, že zpočátku bude sledovat práci a techniku odborných výkonů ostatních studentů a následně si některé výkony vyzkouší samostatně.

U studentky v souvislosti s nadcházející praxí převažovaly pozitivní emoce. Na práci na oddělení se těšila, byla zvědavá na náplň práce a na denní režim oddělení, těšila se na komunikaci s pacienty i na odborné výkony, které bude mít možnost si vyzkoušet. Strach z jednotlivých výkonů neměla, jelikož si je všechny opakovaně vyzkoušela během ošetrovatelských postupů pod vedením vyučující nebo ve spolupráci s některým zdravotnickým asistentem ze skupiny. Počet vyučovacích hodin ošetrovatelských postupů hodnotila studentka jako nedostačující, protože vše se bralo velmi rychle a převážnou část učiva museli studenti předem nastudovat. Obavu měla z kontaktu se smrtí, protože nedokázala odhadnout, jak by takovou situaci zvládla, konkrétně pohled na zemřelého nebo péči o mrtvé tělo. Své dovednosti před nástupem na praxi ohodnotila na stupnici nula až deset číslem tři.

V prvním kontaktu s nemocným studentka neviděla problém. V minulosti nikdy s komunikací problém neměla a se seniory komunikuje ráda. Nemyslela si, že by na oddělení následné péče využila znalosti získané v předmětu komunikace, ale domnívala se, že když se bude k pacientům chovat slušně, nedojde k žádným konfliktům a naváže s nimi důvěrný vztah. Jako tři nejdůležitější aspekty při navazování profesionálního vztahu mezi sestrou a nemocným studentka uvedla kontakt, důvěru a oboustrannou toleranci.

Obavy studentky se nepojily ani se začleněním do ošetrovatelského týmu. V případě, že bude dobře spolupracovat se sestrami a plnit si řádně své pracovní povinnosti, by podle studentky neměl být se začleněním do týmu problém. Informace o sestře mentorce měla dostatečné, věděla, že tuto funkci zastává staniční sestra z oddělení, která na činnost studentů bude dohlížet v čase, kdy na oddělení již nebude přítomen vyučující.

## **Student 2- rozhovor po absolvování odborné praxe**

V tomto rozhovoru studentka označila své představy jako naprosto mylné. Realita se s představou rozcházela nejen v prostředí a hospitalizovaných pacientech, ale i v náplni pracovní činnosti během prvních dvou týdnů.

Vzhledem k tomu, že nikdy v minulosti neměla problém s komunikací, ji samotnou zaskočil pocit nejistoty, který vnímala, než vstoupila na pokoj pacientů. V prvním momentě nemohla najít slova a nevěděla, jak s nemocnými začít komunikovat. Otázka - jak se máte - jí nepřipadala příliš vhodná. Překvapil ji počet pacientů, kteří byli dlouhodobě ležící. Nevěděla, jak má komunikovat s pacienty, kteří nejsou plně orientovaní. Potíže s navazováním kontaktu v prvních dnech praxe přisoudila studentka svým nedostatečným zkušenostem v chování a jednání s nemocnými. Se svým přístupem zpočátku sama nebyla spokojená, ale během praxe se její přístup zlepšoval. S některými pacienty navázala důvěrnější vztah, více se zdržovala na jejich pokoji a naslouchala jim ve vánočním období, které na studentku působilo smutným dojmem. Ve spojitosti s vánočními svátky občas nastala situace, kdy také měla problém správně zareagovat na rodinné problémy, se kterými se někteří pacienti svěřovali.

První dva týdny vnímala studentka jako nejobtížnější nejen ve smyslu komunikace a jednání s pacienty, ale i ve spojitosti s ošetrovatelskými výkony. Domnívala se, že bude více zohledněn fakt, že patří ke studentům bez zdravotnického vzdělání, a tudíž bude mít možnost odborným výkonům nejprve přihlížet a vyzkoušet si je, až se sama bude cítit dostatečně připravená. Studentka zastávala názor, že byla nucená do výkonů, na které nebyla připravená, a měla strach z možných chyb a poškození pacienta. Pod vedením vyučující a sestry mentorky na oddělení postupně strach opadával a procvičila si většinu výkonů, které probírali v ošetrovatelských postupech. Nejednou byla překvapena, že se některé výkony v praxi provádějí jinak, než se učili v ošetrovatelských postupech.

Co se týká začlenění do ošetrovatelského týmu, pak podle slov studentky záleželo na právě sloužící sestře. Některá byla přístupnější a jiná si od studentů držela odstup, ale míru spolupráce označila jako dobrou.

Celkově odbornou praxi a její průběh hodnotila kladně, měla pocit, že ji tato zkušenost obohatila v mnoha směrech. V prvních dvou týdnech uvažovala o ukončení studia, protože nabyla dojmu, že ji vyučující nutí do výkonů, i když ona se na ně ještě necítila. Zpětně však přítomnost vyučujících a spolupráci se sestrou mentorkou vnímá velmi pozitivně. V přítomnosti vyučujícího si studentka vyzkoušela převážnou část výkonů a pracovalo se jí lépe, protože měla pocit větší jistoty a mírnějšího strachu z případné chyby. Na oddělení následné péče se naučila přistupovat k nemocným a lépe s nimi jednat, uvědomila si, jak důležité je v sesterské profesi umět naslouchat. Číslem sedm v závěru praxe ohodnotila své dovednosti. V případě, že by měla možnost změnit nějaké okolnosti týkající se odborné praxe, pak by snížila počet studentů na jednotlivých odděleních a nezdravotníkům by umožnila pozvolnější začleňování do odborných ošetrovatelských činností na počátku praxe.

### **Student 3- rozhovor před odbornou praxí**

Třetí studentka vystudovala gymnázium a v současné době studuje na Zdravotně sociální fakultě prvním rokem obor Všeobecná sestra a zároveň třetím rokem obor sociálního zaměření. S neúspěšným výsledkem absolvovala několik přijímacích řízení na lékařské fakulty. Pro studium všeobecné sestry se rozhodla, jelikož by se v budoucnu ráda věnovala zdravotně - sociálnímu oboru.

S péčí o nemocného člověka neměla studentka vůbec žádnou předchozí zkušenost ani z osobního života. Žádné oddělení následné péče v minulosti nikdy nenavštívila a s tím souvisela i její rozporuplná představa o nadcházející odborné praxi. Měla mnoho otázek, na které si nedovedla odpovědět. Například otázka prostředí - nevěděla, jak to na oddělení bude vypadat, nevěděla, jaké množství pacientů má na takovém oddělení očekávat, nedovedla si představit, v jakém zdravotním stavu budou hospitalizovaní pacienti. Z teoretické přípravy znala učebnicový model denního režimu

oddělení, ale nedokázala si představit, do jaké míry se bude shodovat s režimem na oddělení následné péče. Studentka předpokládala, že hlavní náplní práce bude především hygienická péče o nemocné.

Pocity z blížící se praxe byly smíšené, ale podle slov studentky rozhodně převažoval strach, který souvisel s nedostatečnou zkušeností v jednání s nemocnými lidmi. Studentka se bála prvního kontaktu s pacienty, ale i se sestrami. Největší pocit strachu byl spojen s výkonem různých ošetrovatelských činností. Obavy umocňovalo i odborné středoškolské vzdělání, díky kterému se cítila oproti ostatním studentům značně znevýhodněná. Z praxe měla nemalý strach, ale zároveň se na práci na oddělení těšila. Byla zvědavá, jak na ni bude působit práce s nemocnými lidmi, jaká bude shoda praxe s teoretickou výukou a jak dokáže překonat pocit strachu.

Při výuce ošetrovatelských postupů byla ve skupině jediná bez zdravotnického vzdělání a vyučující kladla důraz na to, aby si výkony přednostně vyzkoušela. I přes tuto skutečnost se necítila být dostatečně připravená pro výkon odborné praxe. Raději by šla na praxi až o něco později nebo by uvítala více hodin ošetrovatelských postupů. Domnívala se, že z důvodu nízké hodinové dotace předmětu si některé výkony nestačila dostatečně procvičit, jiné výkony se nepochybovaly vůbec s tím, že je většina studentů již zná a ostatní je mohou nastudovat v odborné literatuře. Na výuku ošetrovatelských postupů se musela připravovat předem, mnohdy nerozuměla odborným termínům, které byly pro ostatní známé. Jelikož si to situace vyžadovala, musela se naučit překonat stud a požádat o vysvětlení některých termínů či postupů. Před zahájením odborné praxe neměla studentka příliš sebedůvěry. Největší obavu vzbuzovala aplikace injekcí, měla strach, že díky nedostatečným zkušenostem bude pacientů při aplikaci injekcí působit větší bolest než ostatní sestry. Obávala se chybného provedení kteréhokoliv výkonu s následnou možností poškození nemocného. Na základě svých znalostí získaných během výuky hodnotila studentka míru svých dovedností na stupnici nula až deset číslem tři.

Při prvním kontaktu s nemocným studentka považovala za důležité nejprve se pacientům představit, být usměvavá a snažit se otevřeně komunikovat. Obavy souvisely

hlavně s nejistotou zpětné vazby, studentka si nedovedla představit, jak budou nemocní na její přítomnost reagovat, bála se případné nevrle nálady, kterou si v představách spojovala s mužskými pacienty. Strach měla z případného špatného podávání informací o výkonech, které bude nemocným provádět. Domnívala se, že bude mít problém se zvládnutím strachu, pacienti to vycítí z jejího jednání a v důsledku se to projeví na snížené důvěře mezi nemocnými a studentkou. V takovém případě by došlo k narušení důvěry, kterou spolu s empatií a otevřenou komunikací považovala za nejdůležitější aspekty ve vztahu sestry s pacientem. Studentka si nebyla vědoma možného využití znalostí získaných v předmětu komunikace, neboť si myslela, že tento předmět byl zaměřen spíše na přípravu komunikace před více lidmi.

Negativní emoce před odbornou praxí souvisely i se začleňováním do ošetrovatelského týmu. Předpokládala ale, že pokud se bude na oddělení chovat slušně, dovede správně jednat s pacienty a bude si plnit své povinnosti, pak by neměl se začleněním do kolektivu nastat problém. V případě jakéhokoliv konfliktu si byla vědoma přítomnosti sestry mentorky, věděla, že tuto funkci zastává staniční sestra, a v logbooku si nastudovala jaká je její funkce.

### **Student 3- rozhovor po absolvování odborné praxe**

Jelikož studentka neměla téměř žádnou představu o prostředí a jen mizivou zkušenost s odbornými výkony, byla vcelku zaskočena tím, že hned od prvního dne mohla vykonávat stejné činnosti jako studenti se zdravotnickým vzděláním. V prvních dnech byla velmi vděčná za přítomnost vyučující, která do jisté míry organizovala činnost studentů a kontrolovala připravené pomůcky k výkonům i jejich správnost provedení. Přítomnost vyučující na studentku působila uklidňujícím dojmem, zmírňovala obavy z možné chyby a poškození nemocného.

Před prvním kontaktem s nemocným měla dle současného názoru zbytečně velkou obavu. Před prvním vstupem na pokoj měla z kontaktu nepříjemný pocit, který rychle pominul, protože převážná část pacientů byla komunikujících a komunikativních, byli dle slov studentky otevření a dobře se s nimi spolupracovalo. Postupem času

nabýval vztah s některými pacienty na důvěře, často nemocným naslouchala, především v období Vánoc. Během praxe měla možnost se opakovaně přesvědčit, že muži v roli pacientů většinou nebývají nevrlí, jak se původně domnívala. Zjistila, že na aktuální náladu nemocných má vliv závažnost onemocnění a míra vyrovnanosti s ním, velký podíl na náladě má i rodinné zázemí. Studentka byla příjemně překvapena počtem návštěv, které za pacienty chodily. Pacienti tedy nebyli osamělí. V souvislosti s chováním a jednáním s nemocnými měla nepříjemné poznatky o některých sestřích, které nebyly ochotné, pacienti pak snadno nabývali dojmu, že je svými potřebami obtěžují. Ona sama přistupovala k nemocným ochotně, snažila se pátrat a plnit potřeby nemocných.

Za celé období strávené na oddělení následné péče si studentka vyzkoušela a opakovaně procvičila všechny výkony, které by měla znát z výuky ošetrovatelských postupů. Nové výkony zkoušet nechtěla, jelikož věděla, že nejsou v její kompetenci. Celkově poskytovanou péčí na oddělení, kde praxe probíhala, hodnotila jako velmi dobrou, neměla dojem, že by se nějakým způsobem šetřilo materiálem nebo prádlem. Rozdíl v postupech sester a studentů nebyl zásadní, spočíval v nekompletní přípravě pomůcek k některým výkonům v rámci urychlení a ulehčení práce sester. Aplikaci injekcí, ze které měla největší strach, označila po ukončení praxe jako výkon, který prováděla se zájmem a oblibou. S blížícím se koncem odborné praxe začínala mít dojem, že náplň práce je stále stejná a začala vnímat posun dovedností, ke kterým během působení na oddělení došlo. Své dovednosti po praxi hodnotila studentka na stupnici nula až deset číslem sedm.

Míra spolupráce a začlenění do ošetrovatelského týmu se odvíjely od jednotlivých sloužících sester. Některé byly ke studentům otevřenější, dávaly jim prostor ke zdokonalování v poskytování ošetrovatelské péče a upozorňovaly je na možné chyby. Jiné sestry o pomoc při své práci nestály, byly nedůvěřivé, ale takových byla menšina. V souvislosti s nedostatečnou spoluprací se sestrami došlo na pracovišti ke konfliktním situacím, které ve studentce zanechaly negativní zážitky, díky kterým



nemohla funkci mentorky označit za stoprocentně splňovanou. I přes některé nepříjemné zkušenosti míru začlenění do ošetrovatelského týmu označila jako dobrou.

Celkově hodnotila studentka praxi na oddělení následné péče jako velmi přínosnou, přesvědčila se o tom, že ve studiu chce pokračovat. Během praxe došlo ke zlepšení manuální zručnosti při ošetrovatelských dovednostech, zlepšení komunikace a navazování důvěrnějšího vztahu s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. Přesvědčila se, že naslouchání druhým je nezbytnou a nezastupitelnou součástí sesterské profese. Kdyby měla možnost zasáhnout do organizování odborné praxe, pak by snížila počet studentů v jednotlivých směnách na oddělení a zajistila by lepší dohled nad studenty v nepřítomnosti vyučujících.

#### **Student 4- rozhovor před odbornou praxí**

Studentka si z gymnázia podávala přihlášky na několik vysokých škol, volila takové obory, kam se nedělají přijímací zkoušky z matematických věd. V budoucnu by ráda pracovala s dětmi, ale nesplnila podmínky k přijetí na pedagogickou fakultu. K výběru oboru Všeobecná sestra přistoupila proto, že se domnívala, že po jeho absolvování by mohla pokračovat studiem zaměřeným na práci s dětmi. Dosud v životě neměla příležitost pečovat o nemocné, ani nenavštívila žádný domov pro seniory.

V představách studentky byla práce sester na oddělení následné péče zaměřena na uspokojování biologických potřeb a s tím souvisela i představa náplně práce studentů. Domnívala se, že bude především zajišťovat hygienu u nemocných upoutaných na lůžko, dopomáhat pacientům při poruše jejich soběstačnosti ať už při jídle, hygieně nebo v souvislosti se sníženou pohybovou aktivitou. O prostředí oddělení měla informace od některých zdravotnických asistentů, a tak doufala, že jí nebude příliš zaskočená.

Na odbornou praxi se studentka těšila, byla zvědavá, jak se pacienti na oddělení cítí, jak vnímají hospitalizaci, jak se sestry k nemocným chovají a zda i v praxi platí to, co se doposud naučila v teoretické výuce. Těšila se, že sama pozná, zda jí některé výkony nebudou činit potíže, byla zvědavá, jestli jí praxe obohatí i o jiné zkušenosti než

o zlepšení manuální zručnosti. Naproti pozitivním emocím vnímala studentka i strach, který převažoval a souvisel dle jejích slov téměř se vším. Měla strach z kontaktu s nemocnými, sestrami i lékaři, strach ze setkání se smrtí a pozůstalými zemřelé osoby a také obavu ze všech odborných výkonů.

Na semináře ošetrovatelských postupů se vždy snažila pečlivě připravovat, značná část učiva byla formou samostudia. V hodinách si téměř všechny výkony vyzkoušela minimálně dvakrát, ale v čase před praxí nedokázala ohodnotit vlastní šikovnost. Myslela si, že po teoretické stránce byla na práci na oddělení následné péče dostatečně připravená, ale i přesto považovala celkový počet seminářů ošetrovatelských postupů za nedostačující pro přípravu především studentů bez zdravotnického vzdělání. Neměla by odvahu asistovat při cévkování muže a podávat klyzma, tyto dva výkony by nejprve ráda viděla v praxi a až poté si je samostatně vyzkoušela. Do značné míry strach z těchto výkonů ovlivňoval studentčin stud. Měla obavu z toho, že díky velkému počtu studentů na oddělení nebude mít prostor vyzkoušet si všechny výkony, které by měla znát z postupů. Při výběru čísla od nuly do deseti, které by označovalo její dosavadní znalosti a dovednosti, studentka zvolila nulu.

Setkání s hospitalizovanými pacienty představovalo pro studentku naprosto novou zkušenost. Přesně si nedovedla představit, jak bude její první kontakt s nemocným vypadat. Bála se setkání s nemocným, který nebude nakloněn komunikaci se studenty, měla strach z možné nevrlosti obzvláště starších mužů, uvědomovala si svou nezkušenost v komunikaci s pacienty s těžkým dlouhodobým onemocněním v nelehké životní situaci- například rakovinné onemocnění. Studentka se obávala, že nebude znát odpovědi na případné dotazy pacientů související s jejími odbornými znalostmi, v takových situacích by mohla působit nedůvěryhodně. Byla si vědoma skutečnosti, že ke všem pacientům nelze přistupovat stejným způsobem a předpokládala, že se v rámci praxe naučí odhadnout povahu nemocného a tím i způsob, jak s ním jednat. V období před odbornou praxí nepředpokládala, že by nějakým způsobem mohla využít vědomosti získané v předmětu komunikace. Pocity nejistoty měla studentka i z neverbální komunikace, z které by mohli pacienti usuzovat na nedostatečné

zkušenosti. Nedokázala odhadnout, zda bude umět potlačit své neverbální projevy především z nelibých vjemů- například převazování proleženin. Před absolvováním odborné praxe neuměla studentka posoudit, jak na ni budou působit nelehké životní situace a aktuální potíže nemocných a jakým způsobem se s nimi bude vyrovnávat. Za tři nejdůležitější aspekty ve vztahu mezi sestrou a pacientem označila empatii, důvěru a naslouchání.

Z komunikace s personálem na oddělení měla studentka nedobry pocit, domnívala se, že odborné středoškolské vzdělání pro ni bude představovat překážku v začleňování do ošetrovatelského týmu. Z navazování kontaktu se sestrami měla strach, jelikož si myslela, že sestry, ani sestra mentorka nebudou mít čas se jí kvůli vlastním pracovním povinnostem dostatečně věnovat. Bála se, že jí sestry nenechají vyzkoušet všechny výkony na základě zjištění, že nemá středoškolské zdravotnické vzdělání. Studentka byla velmi ráda za přítomnost vyučující v prvních dnech odborné praxe, která by jí mohla pomoci získat jistější pocit ze svého působení na oddělení.

#### **Student 4- rozhovor po absolvování odborné praxe**

První den na oddělení následné péče byla studentka zaskočena počtem hospitalizovaných pacientů a nízkým počtem personálu ve službách. Prostředí si představovala modernější s lepším vybavením pro nemocné. Překvapilo ji, že od prvního dne měla možnost zapojit se do ošetrovatelské praxe a v této souvislosti oceňovala přítomnost vyučující, která na činnost studentů dohlížela.

Při prvním kontaktu s nemocným studentka jako nejtěžší vnímala vstup na pokoj - představit se a vysvětlit pacientům své působení na oddělení. V dané chvíli nedokázala posoudit, jaká bude reakce nemocných na její přítomnost, nevěděla, do jaké míry budou pacienti komunikativní. Strach a především ostych, který ji v této situaci ovládl, byl větší, než před odbornou praxí odhadovala. Následně po překonání strachu zjistila, že převážná část pacientů byla ochotná komunikovat a spolupracovat se studenty. Mnohdy nabývala dojmu, že byli pacienti za její přítomnost rádi, rádi si povídali a oceňovali, že jim někdo po delší čas naslouchá. Postupem času se nemocní začali svěřovat i

s osobnějším problémy převážně rodinného charakteru. Nárůst těchto potíží studentka pozorovala v období okolo Vánoc, kdy někteří pacienti byli zklamaní chováním svých dětí nebo jiných příbuzných. Studentka v takových chvílích několikrát váhala se svou reakcí, stejně jako v situacích, kdy někteří nemocní mluvili o své smrti a zbytečnosti své další existence. Studentka měla špatný pocit z toho, že i když si s pacienty delší čas o jejich problémech povídala, nedocházelo ke zmírnění jejich trápení a starostí. Z počátku praxe také pozorovala zhoršenou komunikaci při provádění ošetrovatelských činností či při odborných výkonech, protože se soustředila na samotný výkon a opomíjela nemocným podat o výkonu informace nebo s nimi během činnosti komunikovat.

Nejistota z odborných výkonů se postupně zmírňovala, převážnou část výkonů si poprvé vyzkoušela v prvních dvou týdnech, kdy se studenty byla na pracovišti vyučující. Nevyzkoušela si klyzma a asistenci cévkování muže, což byly výkony, ze kterých měla největší obavu. Značný problém pro studentku představovala ošetrovatelská dokumentace, často zapomínala zaznamenávat provedené ordinace. Měla možnost vyzkoušet si administrativní část příjmu pacienta, nezaznamenala však přílišnou shodu s tím, co se učili během teoretické přípravy. Stejně tak vnímala i nedostatečnou přípravu pomůcek sester k některým výkonům. Nepůsobilo na ni příjemně, když vnímala úsměvy sester jako reakci na připravené pomůcky na tácku. Z hlediska procvičování jednotlivých výkonů hodnotí jako nejlepší část praxe dny, kdy byla na oddělení vyučující, která studenty jistým způsobem vedla. Jako nejméně přínosnou část praxe hodnotila studentka odpolední směny, kdy nebyla na oddělení ani vyučující, ani sestra mentorka. Jelikož v odpoledních směnách byl čas vyhrazený pro návštěvy pacientů a na oddělení byl velký počet studentů, neměli příliš možností se realizovat. Přínosnější ve všech směrech byly pro studentku ranní směny.

Na otázku, jak by studentka ohodnotila své začlenění do ošetrovatelského týmu, se rozpovídala o velmi dobré zkušenosti s přijetím do kolektivu. Domnívala se, že přístup sester ke studentům byl přísně individuální. Podle jejího názoru je i pro sestry těžké, když se na jejich oddělení stále střídají noví studenti a ony si na ně musejí stále

znovu zvykat. Snažila se být co nejvíce nápomocná a sestřám ulehčit práci, ale násilně se nesnažila proniknout do jejich kolektivu jako někteří ostatní studenti.

Odbornou praxi hodnotila jako přínosnou ve více směrech. Za nejdůležitější považovala růst odborných dovedností, dostatečné procvičení většiny výkonů. Ověřila si, že práce sestry ji baví, ale také vnímala, že práce se seniory je velice obtížná a nejspíš by na takovém pracovišti v budoucnu trvale pracovat nechtěla. Obohatila i své komunikační dovednosti, v průběhu praxe dokázala lépe odhadnout nálady pacientů a přizpůsobit tomu své chování a jednání. V závěru praxe nabývala dojmu, že pracovní činnosti jsou jednotvárné a těšila se, až své znalosti obohatí a bude smět vykonávat i jiné odborné výkony. Číslem sedm by na stupnici nula až deset po ukončení odborné praxe ohodnotila své znalosti a dovednosti. V případě, že by měla možnost změnit něco na odborné praxi, pak by to byl počet studentů v jednotlivých směnách- především při odpolední. Za nejvíce negativní zážitek studentka považovala neochotné jednání některých sester a jejich minimální individuální přístup.

#### **Studen 5- rozhovor před odbornou praxí**

Studentka si z gymnázia podávala přihlášky na několik vysokých škol s různým zaměřením. S úspěšným výsledkem však absolvovala pouze přijímací zkoušky na obor Všeobecná sestra. Práce s lidmi ji baví, v budoucnu by se velmi ráda věnovala zooterapii. Dosud neměla ani minimální zkušenost s péčí o nemocné hospitalizované pacienty.

V období před absolvováním odborné praxe si neuměla představit, jak to na oddělení následné péče vypadá, protože v minulosti podobné pracoviště nikdy nenavštívila. Předpokládala, že značná část pacientů bude dlouhodobě ležících. Náplň práce studentů na oddělení spatřovala v uspokojování základních, biologických potřeb - hygiena, výživa, polohování. Studentka neměla jasnou představu o tom, jak na ni práce s nemocnými lidmi bude působit a jak moc ji bude naplňovat.

Dosud pro ni bylo mnoho věcí nových, z čehož pramenil strach z vlastního působení na oddělení. Nebyla si jistá vlastní odbornou připraveností, obava se vázala

jak ke kontaktu s pacienty, především muži, tak k odborným výkonům. Z praxe ale neměla pouze strach, jistým způsobem se do nemocnice těšila. Zajímalo ji, jak si bude počínat v jednotlivých činnostech, zda bude dostatečně šikovná a jestli nebude příliš pomalá. Těšila se i na spolupráci se sestrami a ostatními studenty, zajímalo ji, jak bude se svou prací spokojená a zda se naučené postupy shodují s postupy v praxi. Studentka konstatovala, že lehce u ní převažují spíše pozitivní pocity z nadcházející odborné praxe.

Studentka se v prvním společném rozhovoru domnívala, že zařazení odborné praxe do zimního semestru je velmi časně vzhledem k nízkému počtu hodin ošetrovatelských postupů a vysokému počtu studentů ve skupinách. Výkony probírané v rámci ošetrovatelských postupů si vyzkoušela pouze jednou a to hodnotila jako nedostačující. Předpokládala, že na praxi v nemocnici bude velmi nejistá, protože měla strach z možného poškození pacienta. Největší strach měla studentka z aplikace injekcí a z cévkování, bála se, že díky své nezkušenosti bude při výkonech pacientům působit větší bolest než zkušené sestry. Doufala, že během prvních dnů se bude moci na některé výkony dívat nebo u nich asistovat a až po několika dnech bude mít možnost je vyzkoušet. Před odbornou praxí hodnotila své dovednosti na stupnici od nuly do deseti, číslem tři.

Studentka se těšila na komunikaci se sestrami a s pacienty, se seniory komunikuje ráda a ráda jim naslouchá. Podle názoru studentky by mohl nastat problém v komunikaci se staršími muži, o kterých se domnívala, že se s hospitalizací vyrovnávají hůř než ženy. Těšila se, že bude moci pacienty držet za ruku a povídat si s nimi, onemocnění nevnímala jako možnou překážku komunikace. Jako tři zásadní aspekty ve vztahu mezi sestrou a nemocným uvedla na prvním místě důvěru a poté komunikaci a empatii. Předmět komunikace ji ve své teoretické části neobohatil ve smyslu přístupu k nemocným lidem. Semináře z komunikace působily na studentku velmi zajímavě a jistým způsobem obohatily její vědomosti, avšak nebyla si vědoma toho, jak by tyto získané vědomosti mohla využít na oddělení následné péče.

Na otázku, zda má studentka obavu ze začlenění do kolektivu sester, odpovídala v negativním smyslu. Myslela si, že nebude mít problém se spoluprací a začleněním do

ošetřovatelského týmu, sester se nebojí a podle jejích slov bývá v kolektivu oblíbená. Předpokládala, že pokud bude řádně plnit své povinnosti a aktivně si vyhledávat činnost, usnadní tak práci sester a ty nebudou mít důvod k negativnímu hodnocení její osoby.

### **Student 5- rozhovor po absolvování odborné praxi**

Ve druhém rozhovoru po absolvování odborné praxe studentka uváděla, že pro ni bylo zlomové období okolo Vánoc. V období před vánočními svátky neměla příliš dobrý pocit ze svých pracovních výkonů na oddělení. Především byla v prvních dnech překvapená tím, že neměla příležitost se více aklimatizovat a hned musela pečovat o pacienty a plnit všechny ordinace. Většinu činností dělala teprve podruhé a některé poprvé v životě, nebyla spokojená se svými výkony, vše jí trvalo dlouho. Jen upravit lůžko s pacientem představoval problém, často si navzájem pomáhali s ostatními studenty, což znamenalo značné urychlení. Pocit strachu z jednotlivých odborných výkonů zmírňovala přítomnost vyučující, která v prvních dnech dohlížela na provádění výkonů a postupem času vedla studenty k samostatnosti. Nejvíce výkonů si studentka vyzkoušela v době, kdy byla na pracovišti i vyučující. Naopak za méně přínosné považovala odpolední směny, kdy bylo méně práce a vzhledem k velkému počtu studentů neměli na oddělení příliš činnosti. Studentka uváděla, že v druhé polovině svého působení na oddělení začala získávat ve svých činnostech větší jistotu. Zjistila, že se manuálně zdokonalila, opadla obava z jednotlivých odborných výkonů. Pozorovala, že svou činnost je schopna lépe plánovat a určovat priority, uvědomovala si rostoucí samostatnost a díky těmto skutečnostem ve své práci viděla větší smysl a zálibení. Shodu mezi naučenými postupy a realitou vnímala ve většině činností, snad jen v některých případech si sestry nebraly veškeré pomůcky k výkonu s sebou k pacientovi. Dovednosti a získanou jistotu v jednotlivých výkonech studentka po odborné praxi ohodnotila na stupnici od nuly do deseti, číslem šest.

Otázky v druhém rozhovoru souvisely i s komunikací a navazováním kontaktu mezi pacienty a studentkou. Před přímým kontaktem s nemocným měla studentka najednou strach ze setkání, což původně nepředpokládala. Působilo na ni nové prostředí

a strach ze stavu pacientů, které dostala na starosti. Nedokázala odhadnout, jak na ně její přítomnost bude působit, zda budou nakloněni spolupráci a navazování nějakého kontaktu. Nejprve se pacientům představila, vysvětlila jim, jaký obor studuje a jaká je náplň její práce. V prvních dnech se komunikace omezovala pouze na informace o výkonech, studentka si svým chováním nebyla jistá a příliš kontakt nevyhledávala. Těžká komunikace byla dle studentky s některými nemocnými před Vánocemi, byli lítostiví a nesnadno se s nimi spolupracovalo. Tyto chvíle studentka vnímala s lítostí, ale právě v tomto období s některými pacienty navázala důvěrnější vztah. Často jim naslouchala a probírala s nimi jejich soukromé starosti, ale i příjemné vzpomínky. Tehdy si studentka uvědomila, že na praxi nešlo jen o uspokojování potřeb biologických, ale také psychických. Studentka přiznala, že mezi nemocnými byli pacienti, kteří jí byli bližší, a ve volném čase vyhledávala jejich společnost. Také se zmínila o tom, že její předpoklad o tom, že s muži bude navazovat kontakt hůř, byl značně mylný. Naopak se po praxi domnívala, že lépe se spolupracovalo s pacienty mužskými, kteří byli i komunikativnější.

Co se týká spolupráce s ošetrovatelským personálem, tak ji studentka hodnotila jako velmi dobrou. V některých dnech nabývala dojmu, že její praxi ovládá nižší zdravotnický personál, ale nepovažovala to za negativní zkušenost. Většinou měla volný čas a ráda ošetrovatelkám nebo sanitárkám pomohla, převážně v odpoledních směnách. Vzhledem ke skutečnosti, že se na oddělení střídá větší část studentů, tak si nebrala osobně přístup některých sester ke studentům a jejich činnostem, který nebyl příliš přátelský.

V první odborné praxi viděla studentka značný přínos. Získala větší sebejistotu, manuální zručnost, zlepšila své komunikační dovednosti, zdokonalila své chování, jednání a přístup k nemocnému. Do jisté míry se více ztotožnila s rolí sestry a více pochopila problematiku práce se seniory. V posledních dnech na oddělení následné péče cítila, že jí budou někteří pacienti chybět a i když byla z praxe fyzicky unavená, přiznala, že i sesterská pracovní činnost jí bude scházet. Na praxi byla spokojená, kdyby měla možnost něco změnit, pak by uvítala možnost dřívější návštěvy oddělení nejspíš



v podobě exkurze, aby někteří studenti nebyli v prvních dnech tolik překvapení. V druhé řadě by zredukovala počet studentů na jednotlivých stanicích, aby měli všichni dostatečnou příležitost vyzkoušet si všechny výkony. Má poslední otázka se týkala nejhoršího zážitku z působení na oddělení, za který studentka považuje nepřiměřené a neochotné chování některých sester.

#### **4.2 Výsledky rozhovorů s vyučujícími ošetrovatelských postupů**

Do druhého výzkumného souboru byly zařazené tři vyučující předmětu ošetrovatelské postupy, které ve svých skupinách připravovaly na odbornou praxi i studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Otázky, které jsem vyučujícím pokládala, souvisely s jejich osobní zkušeností s přípravou studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání v hodinách ošetrovatelských postupů, s jejich zájmem o výuku, mírou dovedností před nástupem na odbornou praxi a také s celkovým hodnocením výuky. Cílem rozhovorů s vyučujícími bylo zjistit, do jaké míry se jejich názory shodují s názory dotazovaných studentů.

##### **Vyučující 1**

Každoročně si vyučující ve své skupině zjišťuje množství studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání, ke kterým následně zaujímá individuálnější přístup. Soustředí se především na to, aby si tito studenti každý odborný výkon vyzkoušeli, a dává jim dostatečný prostor pro diskuzi nad nejasnostmi. Ze zkušenosti věděla, že z počátku mají studenti strach a stydí se na některé věci zeptat, proto se opakovanými dotazy snažila často přesvědčovat, zda výkladu dostatečně rozumí. Zájem studentů a aktivitu v hodině hodnotila vyučující kladně, udávala, že mnohdy má dojem, že se na semináře připravuje především pro ty, kteří nemají střední zdravotnickou školu. Zdravotničtí asistenti učivo probírané v zimním semestru znali ze střední školy, některé výkony si v rámci středoškolské praxe již vyzkoušeli, a proto neprojevovali takovou míru zájmu a aktivity jako studenti, pro které je vše nové a tím pádem zajímavější.

Před nástupem na odbornou praxi, měli vždy studenti příležitost si mimo vyučovací hodiny odborné výkony zopakovat v odborných učebnách. Dle vyučující studenti tuto možnost nevyužívají. Na stupnici od nuly do deseti vyučující hodnotila

ošetřovatelské znalosti a dovednosti studentů mezi dvojkou a trojkou, tedy číslem dva a půl. Toto hodnocení opodstatňovala myšlenkou, že některé výkony si opakovaně neprocvičí a do jisté míry jsou pak jejich výkony ovlivňované strachem z poškození pacienta. Podle vyučující jsou to právě odborné výkony, které u studentů vzbuzují největší míru strachu.

Co se týká prvního kontaktu s nemocnými, pak se vyučující domnívala, že studenti nejsou připraveni na komunikaci s těžce nemocnými lidmi v těžkých životních situacích a předpokládala komunikační obtíže v období Vánoc. Nevěděla, jaká je přesná náplň předmětu komunikace, ale dle jejího názoru není možné na takové situace studenty připravit. Takové rozhovory vnímá jako velmi obtížné a nestandardní i pro některé zkušené sestry. Vést takové rozhovory je dle vyučující možné až po několikaleté praxi a dlouholetých zkušenostech. V seminářích ošetřovatelských postupů se na komunikaci zaměřovala jen do jisté míry. Komunikace je omezená na dostatečnou informovanost pacienta o prováděných výkonech. Jako zcela novou zkušenost pro studenty bez zdravotnického vzdělání vnímala vyučující kontakt a komunikaci s personálem oddělení. Míru začlenění studenta do ošetřovatelského týmu označovala jako dobrou a ve velké míře závislou na ochotě sester mezi sebe studenty přijmout. Domnívala se, že k začlenění studentů do sesterského kolektivu a k dobré spolupráci dochází až od druhé poloviny praxe, neboť v prvních dnech jsou studenti pod vedením vyučující a nemají příliš možnost se do kolektivu začlenit.

První dotazovaná vyučující se domnívala, že studenti se v průběhu odborné praxe na oddělení následné péče v největší míře zdokonalí v technice ošetřovatelských postupů a v přístupu k nemocným lidem. Předpoklad posunu ošetřovatelských znalostí a dovedností byl nejmarkantnější a na stupnici od nuly do deseti by jej po odborné praxi hodnotila číslem sedm.

Vyučující také odpovídala na otázku, zda existuje nějaká skutečnost v souvislosti s ošetřovatelskými postupy a odbornou praxí, kterou by nějakým způsobem změnila. V první řadě by přivítala větší dotaci hodin ošetřovatelských postupů, čímž by se zajistila jistější připravenost studentů na činnost v nemocnici.

V rámci odborné praxe na oddělení by zdokonalila práci sester mentorek, neboť má zkušenost, že mentorky jakožto staniční sestry nemají dostatek času na vedení studentů v nepřítomnosti vyučujících. Rovněž v odpoledních směnách není dohled nad studenty zcela dobře zajištěný, jelikož staniční sestry, coby mentorky většinou pracují v ranních směnách. Tato skutečnost vede k faktu, že se mnohdy do role mentorek samy nominují některé z nižších zdravotnických pracovníků.

## **Vyučující 2**

Druhá dotazovaná vyučující si v první vyučovací hodině ošetrovatelských postupů zjišťovala počet studentů bez střední zdravotnické školy, protože se během výuky snažila na jejich přípravu více soustředit. Jelikož mají studenti nemalé množství samostudia, na začátku každého semináře se cíleně dotazovala, zda veškeré informace z odborné literatury byly dostatečně srozumitelné. V případě, že něčemu studenti nerozuměli, se pak snažila látku doplnit, má zkušenost s dobrou vzájemnou spoluprací mezi studenty. Zdravotničtí asistenti byli často nápomocni studentům bez zdravotnického vzdělání, ale již se setkala i s tím, že předávané informace nebyly úplně správné. V seminářích pozorovala vyšší zájem a aktivitu studentů nezdravotníků, což si vysvětlovala jejich prvním setkáním s odbornými výkony a ošetrovatelskou péčí vůbec.

Vyučující v rozhovoru připouštěla, že vzhledem k nízkému počtu hodin ošetrovatelských postupů docházelo k situaci, kdy si všichni studenti bez předchozího zdravotnického vzdělání nevyzkoušeli všechny odborné výkony. Na základě této zkušenosti hodnotila vyučující odborné znalosti a dovednosti studentů mezi číslem nula a jedna na stupnici od nuly do deseti. Domnívala se, že právě nedostatečná zkušenost byla příčinou obav a strachu, který měli studenti před nástupem na oddělení. Avšak za největší míru strachu na odborné praxi uváděla vyučující první kontakt studenta s hospitalizovanými pacienty. Právě na první kontakt jsou studenti připravováni minimálně, předmět komunikace není zcela zaměřen tímto směrem a jeho cílem není naučit studenty komunikovat s nemocnými například v terminálním stádiu. Vyučující zastávala názor, že takovým komunikačním dovednostem se sestry učí během životní praxe a ne všechny jsou schopné komunikovat s těžce nemocným pacientem kupříkladu

na téma umírání a smrt. V seminářích ošetrovatelských postupů měla vyučující snahu přimět studenty alespoň k minimální komunikaci. Některým činilo potíže komunikovat s modelem člověka, jiní se styděli před ostatními, ale vždy na studenty apelovala, aby pacientovi podávali informace o prováděném výkonu.

V průběhu odborné praxe na oddělení následné péče se studenti setkávali s různými pacienty, někteří byli imobilní, někteří byli v těžké životní situaci a obzvlášť v období Vánoc mohli studenti pozorovat problém v komunikaci s pacienty. Vyučující se domnívala, že studenti postupně získávali zkušenosti, zlepšovali svůj přístup k nemocným a s některými navázali důvěrnější vztah. Výhodu praxe spatřovala dotazovaná vyučující v její délce, neboť studenti měli možnost se dostatečně seznámit s oddělením, s pacienty a personálem. Během svého působení na oddělení se studenti zdokonalili v jednání a komunikaci s nemocnými. Právě komunikační dovednosti a především odborné výkony označovala vyučující za oblasti nejvyššího zlepšení, toto mínění vedlo k hodnocení ošetrovatelských dovedností studentů po odborné praxi číslem šest na stupnici od nuly do deseti.

V prvních dnech jsou na oddělení se studenty vyučující, které dohlížely na činnost studentů. Vedly je k odborným výkonům a dohlížely na jejich správné provedení, což dotazovaná uváděla jako velkou výhodu právě pro studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Na druhé straně si však byla vědoma toho, že přítomnost vyučující může mít za následek nedostatečnou komunikaci studentů s personálem oddělení a začlenění studenta do ošetrovatelského týmu pak může být obtížnější. Podle názoru dotazované vyučující se studenti do kolektivu sester začleňují lépe v čase, kdy jsou na oddělení pouze pod vedením samotných sester či sestry mentorky. Spolupráce se sestrami je tedy pro studenty z počátku obtížnější, ale v závěru praxe se dostává na dobrou úroveň. Co se týká sestry mentorky, pak vyučující uváděla, že s jejich činností nemá příliš dobrou zkušenost. Negativně vnímala fakt, že tuto funkci zastávají staniční sestry, které mají práci se samotným chodem oddělení a pracují pouze v režimu ranních směn. V odpoledních směnách, pak nejsou studenti dostatečně vedeni, ani kontrolováni ve svých činnostech.

Kdyby měla vyučující tu možnost, pak by změnila počet vyučujících hodin ošetrovatelských postupů, před odbornou praxí by studenty více seznámila s prací s logbookem, která bývá často studenty uváděna zpočátku jako obtížná a později jako zbytečná. Jistou změnu by zaměřila i na již zmiňované mentorky, aby zajistila dostatečný dohled nad studenty v ranních i odpoledních směnách.

### **Vyučující 3**

Poslední z dotazovaných vyučujících taktéž uváděla, že má informace o počtu studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání ve skupině, kterou vyučuje ošetrovatelské postupy. Podobně jako předchozí vyučující se na ně snažila více zaměřovat, bylo pro ni jakousi prioritou, aby vysvětlované učivo pochopili právě oni a měli zároveň dostatek možností si jednotlivé odborné výkony vyzkoušet. Protože pro tyto studenty bylo učivo nové, a v jistém smyslu atraktivnější, projevovali o něj větší zájem a v seminářích byli aktivnější než zdravotničtí asistenti. Před prvním vstupem na oddělení následné péče, kde probíhala odborná praxe studentů, hodnotila jejich znalosti a dovednosti od nuly do deseti číslem pět. Předpokládala, že činnosti a působení na oddělení je posune minimálně o tři stupně - tedy na stupeň číslo osm.

Ohledně prvního kontaktu s nemocným se vyučující vyjadřovala rozpačitě. Vzhledem k nulové zkušenosti s nemocničním prostředím a hospitalizovanými pacienty usuzovala na obtížnost studentovy situace. První kontakt, potažmo komunikaci s hospitalizovanými pacienty uvedla vyučující jako největší příčinu vyvolávající strach studenta. Zároveň si vyučující uvědomovala obtížnost komunikace s dlouhodobě nemocnými klienty a nepředpokládala, že by vyučovaný předmět komunikace studenty o takové komunikační dovednosti obohatil. Dle jejího názoru se komunikace u sester zdokonaluje v průběhu celoživotní praxe a není možné ji naučit během jednoho semestru do takové míry, aby byla dostatečně efektivní. Na seminářích ošetrovatelských postupů se snažila vést studenty ke komunikaci s nemocnými například při ranní hygieně a v každém případě se zaměřovala na podávání informací nemocnému o prováděných výkonech.

Především v přístupu k hospitalizovanému pacientovi, v dostatečném procvičení a zdokonalení techniky odborných výkonů vnímala vyučující největší přínos odborné praxe pro studenty. Kladně hodnotila přítomnost vyučujícího v prvních týdnech praxe, která na studenty působí uklidňujícím dojmem a snižuje jejich obavy z možného pochybení a poškození pacienta. Stejným způsobem vnímala i působení sestry mentorky, která podle dotazované zastává stejnou funkci jako vyučující. S kvalitní spoluprací s personálem oddělení souvisí dle vyučující i míra začlenění studenta do ošetrovatelského týmu, o kterém se domnívala, že se postupně během praxe vyvíjí a je velmi individuální. Některým sestrám na oddělení může činit problém přijímat do svého kolektivu stále nové studenty a na základě toho se pak mohou jevit jako nepříjemné a neochotné spolupracovat se studenty.

Na možnost navrhnout nějaké změny v souvislosti s ošetrovatelskými postupy nebo odbornou praxí reagovala vyučující pouze jedním návrhem, který se týkal zvýšení počtu hodin ošetrovatelských postupů.

#### ***4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami mentorkami***

Čtyři sestry mentorky z oddělení následné péče, kde studenti absolvovali v zimním semestru odbornou praxi, tvořily třetí výzkumný soubor. Rozhovory s mentorkami daných oddělení byly zaměřené na jejich názor a zkušenosti s odbornými znalostmi a dovednostmi studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání, na jejich komunikační dovednosti, na první kontakt s nemocnými a v neposlední řadě i na míru začlenění studentů do ošetrovatelského týmu. Cílem rozhovorů bylo zjistit, do jaké míry se shoduje mínění mentorek s názory studentů i vyučujících ošetrovatelských postupů.

##### **Sestra mentorka 1**

Informace o studentech, kteří nemají střední zdravotnickou školu, získala sestra mentorka od vyučující na oddělení v zahajovacím dni odborné praxe. O těchto studentech postupně informovala i ostatní sestry z oddělení. K takovým studentům se snažila zaujmout individuálnější přístup a zaměřovala na ně i větší míru dohledu v době, kdy nebyli na pracovišti vyučující. Spoluprací s těmito studenty hodnotila mentorka

lépe než se zdravotnickými asistenty. Většinou vykazovali větší míru zodpovědnosti, měli větší snahu se zapojit do veškerých činností, lépe přijímali rady sester a případná upozornění na některou chybu. Znalosti studentů bez zdravotnického vzdělání hodnotila jako dostatečné, ale dovednosti neměli dostatečně procvičené. V začátku praxe označovala sestra mentorka míru dovedností a znalostí číslem dvě na stupnici od nuly do deseti. Domnívala se, že největší strach měli studenti z prvního kontaktu s nemocnými. Díky nedostatečným zkušenostem měli studenti strach i ze vstupu na pokoj a následného představení se nemocným. Přístup a jednání s nemocnými byl individuální a částečně se podle názoru mentorky odvíjel od povahy studenta a zpětné vazby pacientů. V průběhu praxe docházelo ke zdokonalování komunikačních dovedností, studenti se zdržovali na pokojích s nemocnými, naslouchali jim a v mnoha případech navázali s některým z pacientů důvěrnější vztah. Sestra mentorka konstatovala, že na pokojích, kde jsou pacienti nekomunikující, neorientovaní či odmítaví, tak tam se studenti příliš nezdržovali. Tuto skutečnost přisuzovala nedostatečným zkušenostem s komunikací s takovými klienty, takové komunikaci se dle mentorky nelze naučit během výuky, ale pouze několikaletou praxí.

Sestra mentorka zastávala názor, že studenti se po dobu praxe zdokonalili v oblasti jednání s nemocnými a především v technice provádění odborných výkonů. Dovednosti po odborné praxi u studentů nezdravotníků hodnotila číslem sedm a stejně tak by hodnotila i zdravotnické asistenty, kteří na oddělení taktéž absolvovali odbornou praxi. Nejvíce možností k procvičení jednotlivých výkonů se studentům naskytovalo v ranních směnách. Na odpolední službě bývalo takových možností méně a studenti svůj čas věnovali komunikaci s nemocnými nebo pomáhali ošetřovatelkám v jejich činnosti. V odpoledních směnách se dle slov mentorky projevila nevýhoda velkého počtu studentů na oddělení, následkem byl studenty vnímaný nedostatek pracovní činnosti. Počet studentů na oddělení je to jediné, co by v souvislosti s odbornou praxí měnila.

V závěru se sestra mentorka rozpovídala o míře začlenění studentů do ošetřovatelského týmu. Začlenění jednotlivých studentů označovala jako velmi

individuální, domnívala se však, že lépe se spolupracuje a navazuje kontakt se studenty bez zdravotnického vzdělání. Sestra mentorky se setkala s tím, že profesionální chování nezdravotníků bylo v závěru praxe na vyšší úrovni než u některých zdravotnických studentů. Uváděla, že některé sestry z oddělení nemají přílišnou snahu se nějakým způsobem angažovat v práci se studenty, což jim začlenění značně znesnadňuje. I přesto by míru začlenění a kvalitu spolupráce sester a studentů nezdravotníků označila za velmi dobrou.

### **Sestra mentorka 2**

Rovněž druhá dotazovaná sestra mentorka měla informace o studentech, kteří studují bez předchozího středoškolského vzdělání. K takovým studentům spolu s ostatními sestrami zaujímaly v prvních dnech praxe mírně odlišný přístup, než k zdravotnickým asistentům. V prvé řadě se jim snažily více věnovat a upozorňovaly je, že v případě nějaké nejasnosti je nutné, aby se ptali sloužících sester a neprováděli výkony, kterými si nejsou jisti. S nezdravotníky spolupracovala dotazovaná mentorka velmi ráda, jelikož se zájmem sledovala, jak se postupně v činnostech zdokonalovali. Zastávala názor, že v závěru praxe nebyl patrný rozdíl v ošetrovatelských činnostech a v jednání s nemocnými mezi studenty nezdravotníky a zdravotnickými asistenty.

Mentorka označila za největší příčinu strachu u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání odborné výkony a jejich ošetrovatelské znalosti a dovednosti označovala na stupnici od nuly do desítky číslem tři. V průběhu působení studentů na oddělení následné péče bylo jasně viditelné postupné zvyšování sebejistoty a manuální zručnosti studentů při provádění jednotlivých výkonů. V závěru praxe mentorka hodnotila jejich dovednosti číslem osm. Sestra mentorka nepozorovala pouze rozvoj v oblasti praktických výkonů, ale rovněž komunikačních dovedností. V počátcích odborné praxe vnímala u studentů ostych a obavu z kontaktu s nemocnými, který se postupem času ztrácel. Ostych studentů opadával a často docházelo k navazování důvěrnějších vztahů mezi některými studenty a pacienty. Mentorka zaznamenala nedostatečné zkušenosti studentů v oblasti komunikace s pacienty v psychické nepohodě či s nemocnými, kteří zaujímali negativní postoj k léčbě. Komunikace



takového typu je dle dotazované mentorky psychicky náročná a sama o sobě složitá i pro zkušené sestry. Tento nedostatek považovala u studentů za přirozený a pochopitelný. Stejně jako komunikace s nemocnými se během odborné praxe kladným směrem vyvíjela i komunikace s personálem oddělení, což přispívalo k lepšímu začleňování studentů do ošetrovatelského týmu. Míra začlenění a spolupráce sester se studenty bez zdravotnické střední školy byla mnohdy na vyšší úrovni než se zdravotnickými asistenty a mentorka ji označovala jako velmi dobrou.

Podle mínění sestry mentorky docházelo během první odborné praxe u studentů k profesionálnímu růstu v mnoha směrech. Bezpochyby to byly odborné výkony, což studenti nejspíš vnímali v největší míře. Z pohledu mentorky, se však ztotožňovali se sesterskými rolemi, zkvalitňovali své komunikační dovednosti, stejně jako jednání a chování k nemocným. Právě tyto aspekty považovala mentorka za největší přínos odborné praxe. Za méně přínosné označovala odpolední směny, kdy jsou návštěvní hodiny, odborných výkonů se provádí méně než ve směnách ranních a studenti nabývali dojmu, že pro ně na oddělení není dostatek pracovní činností. Spolupráce se studenty byla od druhé poloviny praxe na velmi dobré úrovni a mentorka uváděla, že nezaznamenala rozdíl v úrovni poskytované péče mezi nezdravotníky a zdravotnickými asistenty. Lépe však popisovala spolupráci s nezdravotníky stejně jako jejich lepší přístup a především jednání s pacienty.

### **Sestra mentorka 3**

Stejně jako předchozí dvě dotazované sestry mentorky, měla i třetí mentorka informace o studentech, kteří budou na oddělení vykonávat praxi a nemají střední zdravotnickou školu. Mentorka uváděla, že na spolupráci s takovými studenty se velmi těšila, neboť má tu zkušenost, že se s nimi často spolupracuje lépe než se studenty s již ukončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním. Lepší spolupráci přisuzovala i větší míře obav, kterou studenti nezdravotníci z počátku praxe vnímali, popisovala je jako studenty tvárnější, zodpovědnější, aktivnější s touhou maximum věcí poznat a osobně si vyzkoušet. Jejich míra počátečních dovedností není podle mentorky na vysoké úrovni narozdíl od jejich teoretických znalostí. Na základě těchto osobních

poznatků hodnotila sestra mentorka dovedností a znalostí studentů číslem dvě na pomyslné číselné škále od nuly do deseti.

Podle názoru mentorky je pro studenty v prvních dnech praxe velkým přínosem přítomnost vyučující, která je jim oporou a jakýmsi poradcem. Jako pozitivní následek přítomnosti vyučující na oddělení uváděla mentorka značné snížení strachu studentů z celkového působení na oddělení. Domnívala se, že největší obavy měli studenti právě v prvních dvou týdnech praxe a to především z možného poškození pacienta.

Co se týká komunikačních dovedností studentů, tak v tomto ohledu pozorovala mentorka u studentů výrazný posun. V souvislosti s komunikací s nemocnými uváděla nespornou výhodu v délce praxe, která studentům umožnila klienty lépe poznat a případně s některými navázat osobnější vztah. V prvních dnech pozorovala u studentů komunikaci omezenou pouze na podávání informací ohledně právě prováděných nebo plánovaných výkonů. V období vánočních svátků začala vnímat zdokonalení komunikačních dovedností a naslouchání nemocným, i když občas měli studenti problém na některé vypravování nemocných reagovat. Podobně se podle mentorky vyvíjel i vztah mezi studenty a personálem. První dva týdny se převážně studenti soustředili na spolupráci s vyučující a na správné provedení veškerých výkonů. Ve chvílích, kdy se na oddělení začali cítit sebejistěji, zlepšila se i komunikace a spolupráce se sestrami. Začlenění do ošetrovatelského týmu hodnotila dotazovaná mentorka jako značně individuální a to jak ze strany sester, tak ze strany studentů, ale v závěru by ho označila jako dobré.

Za největší přínos pro studenty mentorka uvedla zdokonalení komunikačních dovedností, přístup a jednání s nemocnými. Odborné výkony si studenti dostatečně procvičili a míru dovedností by na závěr praxe označila číslem osm. Přesto se ale sestra mentorka domnívala, že větším přínosem je pro studenty zdokonalení komunikace především s dlouhodobě hospitalizovanými seniory, která má jistá specifika. Jako negativum odborné praxe vnímala mentorka nadměrný počet studentů na oddělení, jelikož díky tomu docházelo k situacím, kdy byli studenti využíváni jako pomocní pracovníci ošetrovatelek. Podle názoru sestry mentorky je ve větší skupině studentů na

oddělení obtížnější zajistit individuální přístup a dohled sloužících sester nad studenty. Celkově byla s pracovními výkony studentů spokojená, velmi ji zaujalo rychlé zdokonalování studentů bez zdravotnického vzdělání, které, jak sama uvedla, by v pracovní činnosti na konci praxe nerozeznala od jejich kolegů, zdravotnických asistentů.

#### **Sestra mentorka 4**

Při prvním kontaktu se studenty, kteří budou na oddělení vykonávat odbornou praxi, si i čtvrtá dotazovaná sestra mentorka zjišťovala, kteří z nich neabsolvovali obor zdravotnický asistent. V prvních dnech se dostávala do kontaktu se studenty v menší míře, protože převážně spolupracovali s vyučující. Na začátku praxe jejich znalosti a dovednosti hodnotila číslem tři a to proto, že byla přesvědčená o dostatečných teoretických znalostech, ale minimálních zkušenostech. Pro nezdravotníky byly první dny na oddělení obtížné, mentorka uváděla jako jednu z příčin obtížnosti strach z kontaktu s nemocnými a obavu z poškození pacienta. Nicméně míru jejich zájmu označovala vyšší úrovní než u zdravotnických asistentů. Tento jev si vysvětlovala tím, že nezdravotníci se na oddělení dostávají poprvé, vše pro ně bylo nové, chtěli se všechno naučit a nejspíš se také chtěli vyrovnat kolegům s již zdravotnickým vzděláním. Také spolupráci se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání označovala jako lepší. Tito studenti na mentorku působili spolehlivějším dojmem, byli důslednější ve svých činnostech, respektovali připomínky sester a lépe snášeli kritiku.

Stejně jako růst manuální zručnosti jednotlivých odborných výkonů, zaznamenávala sestra mentorka také zlepšování komunikačních dovedností studentů ve vztahu k pacientům i k sestřám. Během prvních dvou týdnů se studenti postupně zbavovali ostychu a částečně strachu, což jim následně umožnilo lépe přistupovat a jednat s nemocnými lidmi. Na zdokonalování komunikace měla dle mentorky také vliv celková doba praxe, která přispívala k lepšímu poznání jednotlivých pacientů a v některých případech i k navázání osobnějšího vztahu. Začlenění studentů do ošetrovatelského kolektivu a jejich schopnost spolupracovat v týmu označila sestra mentorka jako dobré. V průběhu působení studentů na oddělení zaznamenala pouze

jeden komunikační problém v případě kontaktu studenta s agresivním pacientem. Mentorka je přesvědčená, že na takové situace nemohou být studenti během zimního semestru připraveni a ani v nejmenším to nepovažovala za chybu.

Sestra mentorka uváděla, že studenti měli možnost na oddělení poznat multioborovou spolupráci v ošetrovatelství a zdokonalit komunikační dovednosti. Největším přínosem je podle mínění mentorky zdokonalení manuální zručnosti tedy opakované procvičování odborných výkonů. Na základě této zkušenosti hodnotila dovednosti studentů na konci odborné praxe číslem sedm. Za negativní přínos pro studenty označila mentorka skutečnost, že na oddělení následné péče studenti vidí jen minimální nebo žádné zlepšení stavu pacienta, což může na některé studenty působit demotivujícím způsobem. V posledních dnech absolvované odborné praxe dotazovaná sestra mentorka nepozorovala rozdíl v úrovni provedení odborných výkonů mezi zdravotnickými asistenty a studenty bez střední zdravotnické školy. Avšak lépe by hodnotila přístup a spolupráci nezdravotníků.

#### **4.4 Kategorizace dat- studenti před odbornou praxí**

**Tabulka č. 1 Subjektivní pocity studenta před odbornou praxí**

POCITY	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
<b>Pozitivní</b>		X			X	<b>2</b>
<b>Negativní</b>			X	X		<b>2</b>
<b>Nedovede zhodnotit</b>	X					<b>1</b>

Tabulka znázorňuje subjektivní pocity studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání před absolvováním odborné praxe. Ve dvou případech (2, 5) studenti vnímali pocity převážně pozitivní, těšili se a byli zvědaví na průběh praxe. U dvou studentů převažovaly pocity negativního charakteru (3, 4) a jeden student (1) nedokázal s přesností určit, zda převažují pocity pozitivní či negativní.

**Tabulka č. 2 Aspekty vyvolávající pocit strachu**

PŘÍČINA STRACHU	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
Prostředí ODN	X		X			2
Komunikace s nemocným	X		X	X	X	4
Komunikace s personálem	X			X		2
Odborné výkony	X		X	X	X	4

Tabulka číslo dvě znázorňuje aspekty, které studenti nejčastěji uváděli v souvislosti s pocitem strachu. Prostředí oddělení následné péče vzbuzovalo strach u dvou studentů (1, 3). Jako příčinu strachu studenti ve čtyřech případech označovali komunikaci s nemocným (1, 3, 4, 5), naopak komunikace s personálem oddělení vyvolávala strach pouze u dvou studentů (1, 4). Čtyři studenti (1, 3, 4, 5) z pěti dotazovaných vnímali pocit strachu z odborných výkonů.

**Tabulka č. 3- Odborný výkon s nejvyšší mírou strachu**

ODBORNÝ VÝKON	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
Aplikace injekcí			X		X	2
Cévkování	X			X	X	3
Klyzma				X		1
Péče o zemřelého		X				1

Z tabulky je patrné, které odborné výkony u jednotlivých studentů vzbuzovaly nejvyšší míru obav a strachu. Aplikace injekcí byla v této souvislosti označena dvakrát (3, 5). Třikrát bylo označení zaznamenáno u výkonu cévkování (1,4, 5) a v jednom případě student uvedl nejvyšší obavu z péče o mrtvé tělo (2).

**Tabulka č. 4 Procvičení jednotlivých odborných výkonů**

PROCVIČENO	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
Méně než jedenkrát			X			1
Jeden krát	X				X	2
Více než jedenkrát		X		X		2

Tabulka znázorňuje odpovědi studentů na otázku o počtu procvičení jednotlivých odborných výkonů v průběhu seminářů ošetrovatelských postupů. Student (3) uvedl, že

veškeré výkony nevyzkoušel ani jedenkrát. Dva studenti (1, 5) odpověděli, že každý výkon si aspoň jednou v ošetrovatelských postupech zkusily a zbývající studenti (2, 4) si každý výkon procvičili opakovaně.

**Tabulka č. 5 Představa využití znalostí z předmětu komunikace na odborné praxi**

	STUDENT					
VYUŽITÍ	1	2	3	4	5	SOUČET
Nevyužitelné	X	X	X	X	X	5
Využitelné						0

V tabulce je uveden názor studentů (1, 2, 3, 4, 5) na možné využití znalostí z teoreticko-praktického předmětu komunikace.

**Tabulka č. 6 Nejdůležitější aspekty ve vztahu mezi sestrou a pacientem**

	STUDENT					
ASPEKTY	1	2	3	4	5	SOUČET
Důvěra	X	X	X	X	X	5
Empatie	X		X	X	X	4
Zájem	X					1
Komunikace		X	X			2
Naslouchání				X	X	2
Tolerance		X				1

V tabulce jsou zaznamenány tři nejdůležitější aspekty ve vztahu mezi sestrou a pacientem podle mínění dotazovaných studentů. Důvěru považovali všichni studenti (1, 2, 3, 4, 5) za velmi důležitou v profesionálním vztahu mezi pacientem a sestrou. Jako velmi důležitou uváděli také empatii (1, 3, 4, 5). V jednom případě studentka (1) vnímala zájem o nemocného a jeho potřeby jako nezbytný k vytvoření dobré spolupráce s pacientem. Komunikaci s klientem považovali za důležitou dva studenti (2,3) a stejný počet zastoupení mělo naslouchání, které také udávali dva studenti (4, 5). V jednom případě (2) se studentka domnívala, že k dobrému a vztahu mezi sestrou a nemocným je potřeba oboustranná tolerance.

**Tabulka č. 7 Obava studenta při prvním kontaktu s nemocnými**

OBAVA	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
<b>Menší než předpokládal</b>			X			<b>1</b>
<b>Shodná s předpokladem</b>						<b>0</b>
<b>Větší než předpokládal</b>	X	X		X	X	<b>4</b>

Tabulka porovnává, zda se shodovala míra obavy z prvního kontaktu s nemocným ve studentových představách s obavou bezprostřední v prvním dni odborné praxe. Pouze v jednom případě student (3) vnímal své bezprostřední obavy v menší míře, než předpokládal v období před odbornou praxí. Zbývající dotazovaní (1, 2, 4, 5) se shodovali ve smyslu větších bezprostředních obav z prvního kontaktu s nemocným, než původně předpokládali.

**Tabulka č. 8 Oblast zdokonalení studenta na odborné praxi**

OBLAST ZDOKONALENÍ	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
<b>Odborné výkony</b>	X	X	X	X	X	<b>5</b>
<b>Komunikační dovednosti</b>	X		X	X	X	<b>4</b>
<b>Jednání s nemocnými</b>	X	X		X	X	<b>4</b>

Tabulka vypovídá o studenty uváděných oblastech, ve kterých zaznamenali zlepšení, zdokonalení během praxe na oddělení následné péče. Celkem pět dotazovaných (1, 2, 3, 4, 5) zaznamenalo zdokonalení techniky jednotlivých odborných výkonů a také zlepšení manuální zručnosti při jejich vykonávání. Výrazné zlepšení svých komunikačních dovedností pozorovali čtyři studenti (2, 3, 4, 5). Čtyři dotazovaní (1, 2, 4, 5) během odborné praxe vnímali zkvalitnění svého jednání s nemocnými.

**Tabulka č. 9 Míra začlenění studenta do ošetrovatelského týmu**

MÍRA ZAČLENĚNÍ	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
<b>Velmi dobrá</b>				X	X	<b>2</b>
<b>Dobrá</b>		X	X			<b>2</b>
<b>Dostačující</b>	X					<b>1</b>

Studenty hodnocenou mírou začlenění do ošetrovatelského týmu znázorňuje tabulka číslo devět. Velmi dobré začlenění udávali dva studenti (4, 5). Další dva dotazovaní (2, 3)

označili své začlenění do ošetrovatelského týmu za dobré a jako dostačující jej vnímal jeden student (1).

**Tabulka č. 10 Studenty navrhované změny související s odbornou praxí**

NAVRHOVANÉ ZMĚNY	STUDENT					SOUČET
	1	2	3	4	5	
Počet studentů	X	X	X	X	X	5
Volnější zapojení do činnosti		X			X	2
Větší dohled sester			X			1

V tabulce jsou zaneseny studenty navrhované změny, které souvisí s absolvovanou odbornou praxí na oddělení následné péče. Pět studentů (1, 2, 3, 4, 5) navrhovalo snížení celkového počtu studentů na jednotlivých stanicích následné péče. Dva z dotazovaných (2, 5) by uvítali pozvolnější zapojování do ošetrovatelských činností v prvním týdnu odborné praxe a jeden student (3) by zvýšil dohled sester nad pracovní činností studentů.

**Tabulka č. 11 Studenty Hodnocené ošetrovatelské znalosti a dovednosti před a po odborné praxi**

HODNOCENÍ	STUDENT					PRŮMĚR
	1	2	3	4	5	
Před odbornou praxí	3	3	3	0	3	2,4
Po odborné praxi	8	7	7	7	6	7

Tabulka udává vlastní hodnocení studentů svých ošetrovatelských znalostí a dovedností před odbornou praxí a následně po jejím absolvování. Z tabulky vyplývá odborný růst, který vypovídá o celkovém přínosu odborné praxe pro studenty. Před nástupem na oddělení následné péče hodnotili čtyři studenti (1, 2, 3, 5) své znalosti a dovednosti číslem tři. Jeden z dotazovaných studentů (0) svou odbornost ohodnotil číslem nula. Po ukončení působení studentů na oddělení následné péče hodnotili tři studenti (2, 3, 4) své získané znalosti a dovednosti číslem sedm, jeden dotazovaný (1) číslem osm a jeden student (5) číslem šest. Hodnota 2,4 je průměr hodnocení studentů před praxí a průměrné číslo sedm vyjadřuje vlastní hodnocení po absolvování praxe.



#### 4.5 Kategorizace dat- vyučující ošetřovatelských postupů

Tabulka č. 12 Zájem studentů nezdravotníků o výuku v porovnání se zdravotnickým asistentem

ZÁJEM STUDENTA	VYUČUJÍCÍ			SOUČET
	1	2	3	
Míra zájmu nižší				0
Zájem shodný				0
Míra zájmu vyšší	X	X	X	3

Tabulka vystihuje názor vyučujících (1, 2, 3), které se domnívají, že míra zájmu a aktivity v seminářích ošetřovatelských postupů je vyšší u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání než u studentů, kteří jsou již vystudovanými zdravotnickými asistenty.

Tabulka č. 13 Zaměření komunikace v seminářích ošetřovatelských postupů

ZAMĚŘENÍ	VYUČUJÍCÍ			SOUČET
	1	2	3	
První kontakt s nemocným				0
Informace o výkonech	X	X	X	3
Běžná konverzace	X	X	X	3
Nezaměřují se				0

Jakým směrem zaměřují vyučující komunikaci mezi studenty, a pacienty vyplývá z tabulky číslo třináct. Vyučující (1, 2, 3) uváděli vedení studentů k dostatečné informovanosti pacienta o prováděných či plánovaných odborných výkonech. Taktéž se vyučující (1, 2, 3) snažili během výuky ošetřovatelských postupů vyzývat studenty k běžné konverzaci s nemocnými.

**Tabulka č. 14 Příčina, jež u studentů vyvolává největší míru strachu dle vyučujících**

PŘÍČINA STRACHU	VYUČUJÍCÍ			SOUČET
	1	2	3	
První kontakt s nemocným		X	X	2
Odborné výkony	X			1

Vyučující (1) přisuzovala největší míru obav a strachu z provádění odborných výkonů, vyučující (2, 3) považovali první kontakt s nemocným za nejsilnější příčinu strachu studentů.

**Tabulka č. 15 Vyučujícími hodnocené ošetrovatelské znalosti a dovednosti před a po odborné praxi**

HODNOCENÍ	VYUČUJÍCÍ			PRŮMĚR
	1	2	3	
Před odbornou praxí	2,5	0	5	2,5
Po odborné praxi	7	6	8	7

V patnácté tabulce je znázorněný posun ošetrovatelských znalostí a dovedností v průběhu odborné praxe dle mínění vyučujících ošetrovatelských postupů. Vyučující (1) ohodnotila ošetrovatelské znalosti a dovednosti u studentů nezdravotníků mezi číslem dvě a tři před odbornou praxí a v jejím závěru by jej označila číslem sedm. Vyučující (2) označovala tytéž kritéria číslem nula a předpokládala posun znalostí a dovedností o celých šest stupňů. Vyučující (3) se domnívala, že úroveň ošetrovatelských znalostí a dovedností lze před nástupem na odbornou praxi označit číslem pět a v závěru odborné praxe číslem osm. V tabulce je zadáno průměrné hodnocení studentů vyučujícími před absolvováním odborné praxe a je vyjádřeno číslem 2,5. Číslo sedm je průměrná hodnota hodnocení ošetrovatelských znalostí a dovedností v závěru odborné praxe.

#### 4.6 Kategorizace dat- sestry mentorky

Tabulka č. 16 Příčina, jež u studentů vyvolává největší míru strachu dle sester mentorek

PŘÍČINA STRACHU	MENTORKY				SOUČET
	1	2	3	4	
První kontakt s nemocným	X				1
Odborné výkony		X			1
Poškození pacienta			X	X	2

Tabulka znázorňuje názor sester mentorek o okolnostech, jež u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání vyvolávají největší pocit strachu. Mentorka (1) v této souvislosti uváděla první kontakt s nemocnými, v jednom případě mentorka (2) označila jako největší příčinu strachu odborné výkony. Dvakrát byl mentorkami (3, 4) uveden největší strach z možného poškození pacienta.

Tabulka č. 17 Oblasti zdokonalení studentů v průběhu odborné praxe

OBLAST ZDOKONALENÍ	MENTORKY				SOUČET
	1	2	3	4	
Jednání s nemocnými	X	X	X		3
Odborné výkony	X	X		X	3
Komunikační dovednosti		X	X	X	3

V tabulce jsou zanesené odpovědi sester mentorek na otázku, která se týkala oblastí zdokonalení studenta v průběhu jeho působení na oddělení následné péče. Celkem třikrát mentorky (1, 2, 3) pozorovaly značné zkvalitnění studentů při jednání s nemocnými. Podle mínění mentorek (1, 2, 4) studenti vykazovali zdokonalení provádění jednotlivých odborných výkonů a mentorky (2, 3, 4) zaznamenaly značný posun studentů v oblasti komunikačních dovedností.

**Tabulka č. 18 Hodnocení mentorek studentů nezdravotníků v porovnání se zdravotnickými asistenty v závěru odborné praxe**

HODNOCENÍ	MENTORKY				SOUČET
	1	2	3	4	
Profesionálnější chování	X	X		X	3
Kvalitnější spolupráce		X		X	2
Nezaznamenaný rozdíl			X		1
Shodná úroveň výkonů	X	X		X	3

Tabulka uvádí zkušenost sester mentorek s působením studentů bez střední zdravotnické školy na oddělení následné péče v závěru odborné praxe v porovnání s působením zdravotnických asistentů. Mentorky (1, 2, 4) konstatovaly, že nezdravotníci zaujímají lepší přístup k pacientům, lépe s nimi jednájí a před ukončením praxe se chovají oproti asistentům profesionálněji. Dvě sestry mentorky (2, 4) označovaly spolupráci se studenty bez zdravotnického vzdělání za kvalitnější oproti zdravotnickým asistentům. V jednom případě mentorka (3) nezaznamenala mezi pomyslnými skupinami studentů rozdíl v žádné oblasti. V souvislosti s odbornými výkony a jejich provedením, mentorky (1, 2, 4) uváděly, že zdravotničtí asistenti i nezdravotníci byli na shodné úrovni.

**Tabulka č. 19 Sestrými mentorkami hodnocené ošetrovatelské znalosti a dovednosti před a po odborné praxi**

HODNOCENÍ	MENTORKY				PRŮMĚR
	1	2	3	4	
Před odbornou praxí	2	3	2	3	2,5
Po odborné praxi	7	8	8	7	7,5

V tabulce jsou zaznamenané číselné hodnoty, které vyjadřují hodnocení sester mentorek, které se týkalo ošetrovatelských znalostí a dovedností studentů před a po absolvování odborné praxe. Polovina dotazovaných mentorek (1, 3) hodnotila vstupní znalosti a dovednosti studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání číslem dvě a druhá polovina mentorek (2, 4) číslem tři. Při hodnocení znalostí a dovedností studentů na konci odborné praxe se dvě mentorky (1, 4) shodly na čísle sedm a dvě (2, 3) uváděly číslo osm. Průměrné hodnocení před praxí udává hodnota 2,5 a po absolvování odborné praxe je průměrná hodnota vyjádřena číslem 7,5.

## 5. DISKUZE

Z historického pohledu prodělalo sesterské povolání složitý vývoj, stejně jako v nedávné minulosti. Profese sestry se změnila v mnoha ohledech a jedním z nich je i vzdělávání sester. Na počátku bylo předávání zkušeností z generace na generaci, následovaly organizované přednášky pro ošetřovatelky, zakládání ošetřovatelských škol a vyšších zdravotnických škol. Od padesátých let dvacátého století se na sesterské povolání připravovala sociálně nezralá mládež na středních zdravotnických školách. Na přelomu dvacátého a jedenadvacátého století došlo k transformaci vzdělávání všeobecných sester s cílem zajistit vyšší úroveň poskytované péče. Systém vzdělávání je v zemích Evropské unie shodný a zajišťuje neomezený pohyb i uznávání kvalifikace sester v rámci Evropské unie. Na středních zdravotnických školách se v současnosti připravují studenti v oboru zdravotnický asistent a příprava jedinců na sesterské povolání je od roku 2004 uskutečňována pouze na vyšších či vysokých školách. Maturitou ukončené středoškolské vzdělání je jednou ze základních podmínek bakalářského studia oboru všeobecná sestra. Následkem tohoto faktu je skutečnost, že na konci měsíce září usedají do lavic prvních ročníků studenti s ukončenou střední zdravotnickou školou, a spolu s nimi i jedinci s jakýmkoliv jiným ukončeným středoškolským vzděláním. Právě na studenty, kteří nejsou absolventy střední zdravotnické školy, je zaměřena tato bakalářská práce, konkrétně na praktickou výuku a první kontakt s nemocnými.

V prvních dvou měsících studia se studenti v teoretických či teoreticko-praktických předmětech připravovali na odbornou praxi v nemocnici. V prvním ročníku probíhala praktická výuka na odděleních následné péče v období od prosince do poloviny ledna. Pro studující zdravotnické asistenty představovala tato příprava jakési opakování učiva ze střední školy. Naopak pro jedince s jiným středoškolským vzděláním byla základním zdrojem znalostí pro jejich následné působení na lůžkovém oddělení v nemocnici. Během relativně krátké doby se studenti museli naučit základním ošetřovatelským a komunikačním dovednostem. Seznamovali se především s ošetřovatelskou rolí sestry, učili se rozpoznávat potřeby nemocného a byli vedeni

k holistickému vnímání jedince. Jelikož mnohdy neměli žádnou předchozí zkušenost s poskytováním ošetrovatelské péče nebo s uspokojováním potřeb druhých, byly tím značně ovlivněny jejich celkové představy o první odborné praxi. Někteří neměli jasnou vizi o prostředí oddělení následné péče a přirovnávali jej k novodobému domovu pro seniory, jiní přemýšleli nad skladbou pacientů tohoto oddělení a některým činila potíže představa týkající se vlastního působení na oddělení a spolupráce s ošetrovatelským týmem. Důsledkem ne zcela jasných představ byly nejčastěji smíšené pocity, které studenti v souvislosti s blížící se praxí popisovali.

Častokrát byl zmiňovaný pocit strachu a to hned z několika příčin (tab. 2). Vyučující ošetrovatelských postupů i sestry mentorky dokázaly na základě svých zkušeností celkem přesně odhadnout, v jakých aspektech tkvěla největší míra obav studentů (tab. 14, 16). Především se jednalo o strach z prvního kontaktu s nemocnými, o provádění odborných výkonů a o možné poškození pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. Tyto příčiny strachu lze považovat za celkem logické, neboť odborná praxe představovala pro studenty mnohdy jakousi životní premiéru v přímém kontaktu s nemocničním prostředím a taktéž s pacienty. Nutné je podotknout, že to nebyly jen negativní emoce, které studenty naplňovaly (tab. 1), většinou se mísily s pocitem zvědavosti a touhou vyzkoušet si naučené dovednosti, porovnat rozdíl v naučené teorii s realitou v praxi a zároveň si ověřit své vlastní předpoklady k vykonávání sesterské profese.

Jedna z výzkumných otázek se týkala *představ studentů o jejich prvním kontaktu s nemocnými*. Bylo zjištěno, že pro většinu studentů před odbornou praxí nepředstavoval první kontakt s pacientem závažný problém, naopak se na komunikaci s nemocnými těšili a předpokládali, že v prvních dnech bude převážnou náplní jejich činnosti. Domnívali se, že pokud budou s hospitalizovanými lidmi jednat slušně a přistupovat k nim s určitým respektem, pak s navázáním kontaktu a důvěrného vztahu s pacienty nebudou mít žádný problém. Avšak po absolvování praxe někteří přiznávali, že bezprostřední přímý kontakt s pacienty u nich vyvolával daleko větší míru strachu, než si v prvních rozhovorech byli schopni připustit. Studenti popisovali stud, nejistotu a

značnou nervozitu před vstupem na pokoj, obavy z možnosti nesprávné volby slov a následných zpětných reakcí pacientů. V rámci zodpovězení výzkumné otázky byl zjišťován vliv předmětu komunikace na komunikační dovednosti studentů (tab. 5). Z jednotlivých odpovědí studentů bylo patrné, že znalosti získané v teoreticko-praktickém předmětu komunikace zatím v přímém kontaktu s nemocným nedovednou patričně využít. V jistém smyslu je toto zjištění lehce překvapivé, neboť v sylabu předmětu komunikace pro obor Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě je psáno, že předmět studenta mimo jiné připraví tak, aby dokázal použít efektivní komunikační dovednosti při poskytování ošetrovatelského procesu. V jiném relevantním zdroji, konkrétně v metodickém pokynu k vyhlášce 39/2005 Sb. je v anotaci předmětu komunikace uvedeno, že tvoří základ profesionálních znalostí a dovedností při navazování kontaktu s nemocným a získávání jeho důvěry pro další péči o jeho potřeby. Dále má naučit studenty dovednostem a zásadám komunikace s pacienty, spolupracovníky a případně i s rodinnými příslušníky. V teoretické části práce je poukazováno na význam efektivní komunikace při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a její roli při navazování vztahu mezi sestrou a pacientem. Studenti v rozhovorech před odbornou praxí označovali tři důležité aspekty (tab. 6), které podle jejich názoru vedou ke kvalitnímu a důvěrnému vztahu sestry s nemocným, a komunikační dovednosti byly uvedeny pouze ve dvou případech. Tento výsledek naznačil, že ve studentově povědomí nebyl v době před praxí dostatečně zakotven význam komunikace v souvislosti se získáváním pacienta ke spolupráci. Komunikace s dlouhodobě nemocnými a hospitalizovanými jedinci je velmi obtížná, má svá specifika a těžko je možné ji naučit teoretickou přípravou během dvou měsíců před nástupem na odbornou praxi. Předmět komunikace má pokračování v letním semestru, kdy se studenti ve výuce blíže seznamují se specifickým přístupem k pacientům s různým onemocněním. Přesto se domníváme, že by obsah výuky komunikace v zimním semestru mohl být ve větší míře zaměřen na určitá pravidla prvního kontaktu s nemocnými, které vedou k získání pacientovy důvěry a navození důvěrného vztahu mezi sestrou a nemocnými. Takové komunikační dovednosti by mohly vést ke zmírnění pocitu strachu, studu, i nervozity.

Kdo z nás by pojal důvěru k člověku, ze kterého od první chvíle cítí strach, vidí stud a vnímá nervozitu?

Při zjišťování *názoru studentů na jejich odbornou připravenost*, což byla jedna z výzkumných otázek, studenti popisovali nervozitu a silnou nejistotu v souvislosti s prováděním odborných výkonů. Přestože vyučující zaujímal individuální přístup k nezdravotníkům a oni sami projevovali značný zájem a aktivitu v seminářích (tab. 12), tak díky nízké dotaci kontaktních hodin pro postupy nebylo možné, aby si všichni veškeré odborné výkony opakovaně vyzkoušeli (tab. 4). Syllabus ošetrovatelských postupů uvádí, že předmět studentům umožňuje získat základní manuální zručnost při jednotlivých ošetrovatelských výkonech, a my se domníváme, že této části sylabu bylo plně dosaženo. V druhé části je psáno, že student během výuky získá jistotu bezpečného a kvalitního provádění odborných výkonů a procedur u klienta. K takovému počínání při poskytování ošetrovatelské péče přispívala možnost využití takzvaných nekontaktních hodin v rámci studentova volného času. Takové hodiny v předem stanovených dobách studentům umožňovaly procvičovat výkony ve vybavených učebnách, což by mohlo směřovat k jistějšímu počínání a zmírnění nejistoty studentů na odborné praxi. Ovšem podle zjištěných informací nebyla tato nabízená možnost ze strany studentů téměř vůbec využívána. V nemocnici byl pak na studentech patrný značný strach a sami pochybovali o vlastní odborné připravenosti. Podle sester mentorek dával každý student svůj strach najevo jiným způsobem, někteří se z počátku snažili vyhýbat odborným výkonům, hájili se právem na odmítnutí některých činností, jiní se soustředili v kolektivu nižších zdravotnických pracovníků a další se sdružovali společně se zdravotnickými asistenty, aby pozorovali jimi prováděné odborné výkony. V tomto ohledu je nutno ocenit přítomnost vyučující na oddělení, která do jisté míry organizovala činnost studentů, vedla je k jednotlivým výkonům a upozorňovala na případné chyby. Naskýtá se zde obava, že některým jedincům by bez její pomoci trvalo velmi dlouho, než by svůj strach překonali a samostatně se zapojili do provádění odborných výkonů. I když někteří nabývali dojmu, že jsou do práce nuceni, a chtěli odmítnat výkony, na které se necítili být připraveni, v závěru stejně za nejpřínosnější část praxe označovali období, kdy na oddělení spolupracovali s vyučující.



Přibližně po prvních dvou týdnech se studenti na oddělení dostatečně aklimatizovali a začalo být patrné jejich zdokonalování hned v několika směrech. Jednotlivým výkonům se již nesnažili vyhýbat, naopak je většinou aktivně a samostatně vyhledávali. Došlo ke zdokonalení manuální zručnosti a samozřejmě techniky jednotlivých výkonů, které si studenti opakovaně procvičovali. Zkvalitnila se samostatná organizace práce studentů, zrychlilo se pracovní tempo a opadl jejich stud i nervozita. Nejen na poli ošetrovatelských činností bylo možné pozorovat zlepšení, znatelný byl také vývoj komunikačních dovedností, který přispěl k lepšímu jednání studentů s nemocnými. Právě pro rozvoj komunikačních dovedností je podle našeho názoru volba oddělení následné péče jednoznačně volbou dobrou. Pacienti jsou zde většinou hospitalizováni po delší čas, a tak vzniká příležitost poznat lépe jejich povahové vlastnosti, kterým se pak studenti snažili přizpůsobit své chování. V některých momentech vnímali studenti v souvislosti s komunikací rozpačité pocity, což považujeme za přirozené a v jistém smyslu i přínosné. Takové chvíle pro studenty představovaly zkušenosti, kdy byli nuceni nad svým jednáním přemýšlet a to jistým způsobem svědčí o jejich schopnosti empatie. Zhruba v období Vánoc se začínali ztotožňovat i s dalšími rolmi sestry a uvědomili si důležitý význam naslouchání nemocným. Poznávali, že svým přístupem dovedli uspokojovat nejen biologické potřeby nemocných, ale i potřeby vyšší. Přesvědčili se o tom, že si dovedli získat pacienty ke spolupráci a navázali s nimi důvěrné vztahy. V odborné literatuře a taktéž v teoretické části práce je uvedeno, že kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez efektivní komunikace mezi pacientem a sestrou ( Zacharová, 2007), neméně důležitou úlohu v tomto smyslu sehrává i umění naslouchání. Domníváme se, že studenti v průběhu spolupráce s pacienty měli dostatečnou příležitost se o těchto skutečnostech přesvědčit. Zatímco na počátku praxe představoval pacient pro studenty jakýsi objekt práce a jejich kontakt byl omezený na podávání informací o výkonech (tab. 13) a zajišťování biologických potřeb, později byly patrné prvky holistického vnímání stejně jako holistický přístup k nemocným, aniž by si to sami studenti plně uvědomovali. Po krátkém vánočním přerušení se většina dotazovaných studentů zpět na oddělení těšila nejen na pracovní činnost, ale především na „své“ pacienty.

V průběhu odborné praxe také docházelo k *postupnému začleňování studentů do ošetrovatelského týmu*, což byla také jedna z výzkumných otázek této práce. Míru začlenění označovala většina studentů jako dobrou (tab. 9), domnívali se, že se částečně odvíjela od jejich přístupu k práci, míry zodpovědnosti, ale také záleželo i na ochotě sloužících sester, jak moc byly spolupráci s nimi nakloněné. V odpoledních směnách, kdy na oddělení již nebyla přítomna sestra mentorka, studenti hlavně na počátku praxe pozorovali nedostatečné vedení a pomoc při organizaci práce od sloužících sester. V nepřítomnosti mentorky či vyučující nebyl dle studentů zajištěný dostatečný dohled nad jejich výkony, což v jednom případě vedlo k pochybení studentky. K takovým situacím by vůbec nemělo docházet a umíme si představit, jak moc byla pro obě strany tato zkušenost nepříjemná. Pověřená sestra sloužící ve směně je povinná zajistit nad studenty dozor a obzvlášť nad těmi, kteří nemají středoškolské zdravotnické vzdělání. Jenže nic není jen černobílé, studenti uváděli, že na oddělení bylo velké množství studentů i z jiných škol než z Jihočeské univerzity. Sestry musely zajišťovat dohled nad nemalým počtem jedinců a to je v denním provozu pro sestry velice náročné. Jak tedy podobným příhodám do budoucna zabránit? Za nejefektivnější řešení bychom považovali navýšení počtu sester mentorek tak, aby vždy alespoň jedna byla přítomna ve směně se studenty. Doposud zastávají funkci hlavní mentorky na každém oddělení staniční sestry, které jsou přítomny na oddělení především v ranních směnách, musí se věnovat chodu oddělení a zároveň plnit mentorské povinnosti, které jsou vymezené vyhláškou 39/2005 Sb. Za nejdůležitější funkci mentorky považujeme přidělování pacientů studentům v souladu s jejich dovednostmi a zároveň ověřování si aktuální úroveň znalostí studentů, jak výše uvedená vyhláška uděluje. V případě, že mentorka není přítomna po celou dobu směny studentů, tak by měla o těchto skutečnostech informovat nadále sloužící sestry. Právě takovým přístupem by se mohlo předcházet případnému pochybení studenta.

Odpoledne, kdy pacienti měli návštěvy a studenti nabývali dojmu, že nebyli sestrami dostatečně vedeni k pracovní činnosti, začleňovali se do týmu nižšího zdravotnického personálu, aby zmírnili pocit vlastní zbytečnosti na oddělení. Takový přístup se ale nelíbil případným supervízím vyučujících a docházelo ke vzniku jakéhosi

začarovaného kruhu, který by mohl vyřešit právě dostatečný počet sester mentorek na jednotlivých stanicích. V závěru působení studentů na oddělení uváděla většina mentorek lepší zkušenost se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání než se zdravotnickými asistenty. Odborné výkony byly u všech studentů na téměř shodné úrovni, ale u nezdravotníků mentorky pozorovaly daleko větší zájem o práci, aktivitu, tvárnost, zodpovědnější přístup, kvalitnější spolupráci a celkově dokonalejší profesionální chování (tab. 18). Toto zjištění je zároveň odpovědí na výzkumnou otázku, která byla zaměřená *na vliv odborné praxe na profesionální chování a komunikaci studentů*. Značnou roli v tomto směru sehrál také věk studentů, neboť i ti, kteří si na počátku nebyli volbou studia oboru Všeobecná sestra naprosto jisti, přistupovali k přípravě dostatečně zodpovědně.

Odbornou praxi na oddělení následné péče stejně jako studenti považují za nejpřínosnější část praktické výuky v prvním ročníku. Studenti přicházeli na oddělení s pocitem nedostatečné připravenosti a je přirozené, že bez jakékoliv předchozí zkušenosti s péčí o nemocné oplývali nemalým pocitem strachu. Na základě toho k některým činnostem přistupovali z počátku s velkým respektem, nebo se dokonce některým výkonům chtěli raději vyhnout. Pro sestry mentorky bylo velmi zajímavé pozorovat profesionální růst studentů nezdravotníků, který byl viditelný v mnoha směrech. Nejen že zdokonalili techniku odborných výkonů, zkvalitnili přístup a jednání s nemocnými, ale také zaznamenali význam efektivní komunikace, díky které navázali s některými pacienty důvěrný a otevřený vztah. V průběhu celé praxe poznávali sesterskou profesi a měli možnost se přesvědčit, jak moc je sesterská role baví a naplňuje. Studenti měli možnost ohodnotit vlastní posun ošetrovatelských znalostí a dovedností v rozhovorech před a po odborné praxi a mě zaujala společná shoda hodnocení i se sestrami mentorkami a vyučujícími ošetrovatelských postupů (tab. 11, 15, 19).

S blížícím se koncem odborné praxe na sobě studenti pozorovali touhu po dalším sebezdokonalování v odborných činnostech, avšak jejich okleštěné kompetence jim zatím další posun v činnostech neumožňovaly. Zaznamenali také chvíle, kdy

vnímali pocit, že jim práce na oddělení i někteří pacienti budou chybět a začali se těšit na nové zkušenosti získané teoretickou přípravou a dalším působením na jiných pracovištích v rámci praktické výuky. Výše uvedené skutečnosti považujeme za kladnou odpověď na výzkumnou otázku, která se týkala *celkového hodnocení odborné praxe studenty a jejich ztotožnění se sesterskou rolí*.

## 6. ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o praktické výuce studentů v prvním ročníku se zaměřením na studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Zároveň je práce zaměřena na první kontakt těchto studentů s nemocnými. V prvních dnech školní výuky dělí studenty od absolvování odborné praxe na oddělení necelé dva měsíce, a proto je tato práce zaměřena na představy studentů o praxi, hodnocení odborné připravenosti po stránce komunikační i praktické a následně na názor studentů na celkové hodnocení odborné praxe. Aby bylo možné předem stanovené cíle zjistit a zároveň do určité míry potvrdit, probíhal výzkum i s vyučujícími ošetřovatelských postupů a se sestrami mentorkami na odděleních následné péče. Stanovené cíle práce byly splněny a všechny výzkumné otázky zodpovězeny.

Výzkum ukázal, že představy studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání o odborné praxi na oddělení následné péče byly u některých studentů naprosto scestné a to nejen v souvislosti s prostředím, ale i s pracovní činností především na počátku praxe. Mylné představy vycházely především z různých příčin strachu a z pocitu nedostatečné odborné připravenosti. Zjistit názor studentů na odbornou připravenost byl jeden z cílů práce, možnost vyjádřit se v tomto směru měly i vyučující ošetřovatelských postupů a sestry mentorky a vzácná byla jejich shoda v hodnocení ošetřovatelských znalostí a dovedností.

Při prvním kontaktu studentů s nemocnými, byli studenti překvapeni mírou strachu a nejistotou, kterou v takové míře nepředpokládali. Příčinou těchto vjemů mohla být nedostatečná připravenost na první kontakt a komunikaci s nemocným vůbec. V rámci výzkumu studenti hodnotili znalosti z předmětu komunikace v takových situacích jako nevyužitelné. Během působení studentů na oddělení se jejich komunikační dovednosti zdokonalovaly a docházelo k navazování důvěrných vztahů mezi studenty a některými pacienty. Komunikace se zlepšovala i směrem k personálu oddělení, což přinášelo kvalitní spolupráci a začleňování studentů do ošetřovatelského

týmu, které v závěru praxe označovali studenti i sestry mentorky za dobré až velmi dobré.

Celkový přínos odborné praxe na oddělení následné péče je značný. Studenti se dle svého názoru i názoru vyučujících a mentorek během svého působení na oddělení zdokonalují v odborných výkonech, komunikačních dovednostech a také ve spolupráci s personálem oddělení. V průběhu odborné praxe se ztotožňují i s jinými sesterskými rolami, poznávají, že nejde jen o uspokojování biologických potřeb pacientů a objevují se i ne zcela vědomé prvky holistického přístupu k nemocným. Studenti poznávají, do jaké míry je sesterská profese naplňuje a zda se jí budou v budoucnu plně věnovat. Sestry mentorky zaznamenaly značný profesionální růst u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání a spolupráci s nimi považovaly za daleko kvalitnější v porovnání s jejich kolegy, zdravotnickými asistenty.

Výzkumem bylo zjištěno, že studenti praxi hodnotí pozitivně, ale zároveň dokázali označit několik negativních aspektů, které s praktickou výukou souvisely. V první řadě se shodovali s vyučujícími na nízké dotaci hodin ošetrovatelských postupů, což je nejspíš problém těžko řešitelný stejně jako nadměrný počet studentů na některých odděleních, kde odborná praxe probíhala. Dále pak horším způsobem vnímali nedostatečnou přípravu na první kontakt s nemocnými, která by se mohla zvýšit větším zaměřením předmětu komunikace tímto směrem. Za nejzávažnější problém ohledně praxe na oddělení považují některými studenty uváděný nedostatečný dohled sester nad jejich prováděnými činnostmi. Řešení tohoto problému vidím v navýšení počtu sester mentorek, které by zajišťovaly dostatečný dohled nad studenty jak v ranních, tak v odpoledních směnách. Neboť jedna sestra mentorka, která navíc zastává funkci staniční sestry a pracuje v ranních směnách, obtížně zajišťuje plnohodnotné vedení a dohled nad studenty.

## 7. SEZNAM LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. – MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta 2009, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6
2. HUBOVÁ, V. – MICHÁLKOVÁ, H. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 20- 23. ISSN 1210-0404
3. CHLOUBOVÁ, I. – JEŽKOVÁ, E. – HRDLIČKOVÁ, V. – POLENOVÁ, K. *Zdravotně sociální fakulta Akademický rok 2011/2012*. České Budějovice: ZSF JU, 2011. 188 s.
4. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
5. JIRKOVSKÝ, D. – ARKALOUSOVÁ, A. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v evropské unii. *Vojenské zdravotnické listy*. [on line]. 2004, roč. 73, č. 1, s. 20- 23, [cit. 14. 11. 2011]. Dostupný z [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_5.%20Jirkovsky.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_5.%20Jirkovsky.pdf)
6. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1
7. KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty- 1. ročník*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8
8. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
9. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4
10. LOGBOOK- průvodce praktickou výukou, České Budějovice: ZSF JU

11. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. nezměněné vydání-dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3
12. MATOCHOVÁ, S. – MATOCH, Z. Komunikace, klíč ke spokojenosti pacienta a jeho nejbližších. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, s. 7- 8, ISSN 1210-0404
13. MLÝNKOVÁ, J. První ošetrovatelská škola v dějinách ošetrovatelství. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 9, s. 15- 16. ISSN 1801-464X
14. MLÝNKOVÁ, J. První státní ošetrovatelská škola. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 10, s. 15- 16. ISSN 1801-464X
15. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
16. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
17. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese*. 1. vydání. Brno: IDV PZ 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6
19. ŠKRABOVÁ, H. *Etika v ošetrovatelství*. [on line]. 2009, [cit. 9. 11. 2011]. Dostupný z [www.szsemb.czadminuploadsekcce\\_materialy/etika\\_v\\_OSE.pdf](http://www.szsemb.czadminuploadsekcce_materialy/etika_v_OSE.pdf)
20. ŠMÍDOVÁ, A. Informace z MZ ČR. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 20- 21. ISSN 1210-0404
21. ŠMÍDOVÁ, A. Malá novela zákona 96/2004 Sb. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 6, s. 16- 17. ISSN 1210-0404



22. ŠVEJDOVÁ, K. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 22- 23. ISSN 1210-0404
23. TÓTHOVÁ, V. – POLENOVÁ, K. – HAKOVÁ, L. – HRDLIČKOVÁ, V. *Zdravotně sociální fakulta Akademický rok 2008/2009*. České Budějovice: ZSF JU, 2008. 428 s.
24. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
25. VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 28, ISSN 1210-0404
26. *Vyhláška 39/2005 Sb.*, Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhl. č. 129/2010 Sb. [on line] 2005, [cit. 12. 12. 2011]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-ychova\\_3561\\_1792\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-ychova_3561_1792_11.html)
27. *Vyhláška 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [on line] 2011. [cit. 12. 12. 2011] Dostupné z [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-ychova\\_3561\\_1792\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-ychova_3561_1792_11.html)
28. ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
29. ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7- 8, s. 28- 29. ISSN 1210-0404
30. *Zákon č. 105/2011 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). [on line] 2004, [cit. 12. 12. 2011]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-  
vychova\\_3561\\_1792\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html)

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace

Odborná praxe

Role sestry

Student

Teoreticko-praktická výuka

Vzdělávání sester

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1- Etický kodex sester předložený Českou asociací sester

Příloha 2 – Požadavky na kvalifikaci pedagogických pracovníků

Příloha 3 – Doporučená náplň činnosti mentora/ky odborné praxe

Příloha 4 – Doporučená struktura Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry – Logbook

Příloha 5 – Otázky polostandardizovaného rozhovoru se studenty před odbornou praxí

Příloha 6 - Otázky polostandardizovaného rozhovoru se studenty po odborné praxi

Příloha 7 - Otázky polostandardizovaného rozhovoru s vyučujícími ošetrovatelských postupů

Příloha 8 - Otázky polostandardizovaného rozhovoru se sestrami mentorkami z oddělení následné péče

## **Příloha 1**

Kodex sester předložený Českou asociací sester

### **Sestra a pacient**

Sestra má základní povinnost – poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči.

Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.

Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.

Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, neetickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.

Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

### **Sestra a praxe**

Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.

Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.

Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

## **Sestra a spolupracovníci**

Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.

## **Sestra a profese**

Sestra na sebe klade při výkonu vždy nejvyšší požadavky.

Sestra má pro výkon profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti, využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí způsobilosti.

Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.

Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

## **Sestra a společnost**

Sestra se s ostatními zdravotníky a se spoluobčany zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně ekologických potřeb veřejnosti.

Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.

Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje, a nejedná proti nim (8).

## **Příloha 2**

Požadavky na kvalifikaci pedagogických pracovníků

Realizaci studijního nebo vzdělávacího programu musí garantovat kvalifikovaný vysokoškolsky vzdělaný pracovník.

Akademičtí pracovníci studijního programu Ošetrovatelství:

- jsou držiteli akademické hodnosti na úrovni odpovídající požadavkům pro univerzitní/vysokoškolské učitele
- jsou držiteli pedagogické kvalifikace, aby mohli správně uplatnit široký rozsah strategií výzkumem podložené výuky, studia a hodnocení v teoretických a klinických částech studijního programu
- pracovníci, kteří zajišťují výuku odborných předmětů:
  - jsou držiteli kvalifikace, k jejímuž dosažení program slouží
  - mají minimálně dvouleté odpovídající zkušenosti získané praxí
  - vyučují v oblasti takové specializované praxe ošetrovatelství, v níž spočívá jejich odbornost, specializovaná způsobilost a klinické zkušenosti
  - udržují si své klinické kompetence
  - nesou odpovědnost za klinický dozor nad studenty procházejícími danou praxí v rámci jejich specializace (tato odpovědnost musí být sdílena s mentorem odborné praxe studenta).

Všeobecné sestry, které učí a působí jako mentorky odborné praxe a kteří podporují studenty v průběhu odborné praxe:

- jsou odborníky se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu ve své oblasti praxe
- mají odpovídající přípravu na své poslání učitelů, mentorů a poskytovatelů podpory a pomoci
- udržují si svou klinickou způsobilost (26).

### **Příloha 3**

Doporučená náplň činnosti mentorky odborné praxe

#### **Nadřízenost, podřízenost**

Mentor je v oblasti vedení odborné praxe metodicky řízen vedoucím fakulty (katedry, ústavu) ošetrovatelství VŠ nebo odborným pedagogickým pracovníkem VOŠ. Při vedení praxe je nadřízen přiděleným studentům.

#### **Charakteristika funkce**

Mentor aktivně vede odbornou praxi v souladu s obsahovou náplní studijních předmětů. Předává poznatky a dovednosti v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru teorie ošetrovatelství a klinického oboru, v němž působí. Spolupracuje s pracovníky fakulty (katedry, ústavu) ošetrovatelství VŠ nebo odborným pedagogickým pracovníkem VOŠ na organizaci odborné praxe a hodnocení studenta.

#### **Vymezení odpovědnosti**

Odpovídá za vedení výuky v souladu se studijním plánem. Výuka musí splňovat didaktické zásady. Mentor odborné výuky přiděluje studentům pacienty v souladu s jejich vědomostmi a dovednostmi a ověřuje si jejich znalosti, aby nedošlo k ohrožení zdravotního stavu pacienta. Vyučuje speciální ošetrovatelskou péči o pacienta v oboru svého působení. Motivuje studenty k co nejlepšímu výkonu na pracovišti.

Současně se vzdělává v teoretických poznacích oboru ošetrovatelství, v klinickém oboru, pedagogice a účastní se vzdělávacích seminářů a kurzů připravovaných školou. Účastní se pravidelných schůzek zaměřených na plánování odborné praxe a jejího hodnocení.

#### **Vymezení pravomoci**

1. Přiděluje studentům s ohledem na jejich vědomosti a dovednosti vhodné pacienty/klienty.



2. Rozděluje ve spolupráci se staniční sestrou studenty do směn. Kontroluje a eviduje docházku studentů a zaznamenává počet odpracovaných hodin. Průběžně si ověřuje znalosti a dovednosti studentů. Hodnotí studenty individuálně dle kritérií stanovených školou, vždy sděluje konkrétní nedostatky při hodnocení.

Účastní se závěrečného hodnocení odborné praxe studentů s pracovníky fakulty (katedry, ústavu) VŠ a s odbornými pedagogickými pracovníky.

3. Provádí záznamy do záznamníku výkonů studenta.

4. Nepovolí vykonávání odborné praxe u studentů nespĺňujících požadavky vymezené pracovně právními předpisy (vliv alkoholu a omamných látek, zřetelná únava a nedostatek spánku, zdravotní problém bránící vykonávat odbornou praxi, absence předepsané uniformy a obuvi apod.).

5. Domlouvá se studentem náhradu odborné praxe (26).

## **Příloha 4**

Doporučená struktura Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry  
– Logbook

### MINIMÁLNÍ RÁMEC

#### Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry

Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry je dokladem studentky/ka ošetřovatelství o dosažených výkonech během praktické výuky, které vychází z kompetencí všeobecných sester jako výstupních dovednostech studijního programu.

Obsah:

1. Název vzdělávací instituce/vysoké školy
2. Údaje o studentovi: jméno a příjmení, datum narození, typ, forma, období studia (akademické roky)
3. Příprava studenta/tky na praktickou výuku
4. Osobní cíle studenta/tky
5. Kritéria hodnocení studenta/tky
6. Kompetence sester mentorek
7. Kompetence studentů/studentek
8. Práva a povinnosti studentů/studentek
9. Přehled klinických pracovišť
10. Obecné cíle praktické výuky
11. Specifické cíle praktické výuky pro jednotlivá oddělení

12. Seznam praktických výkonů – I. ročník
13. Seznam praktických výkonů – II. ročník
14. Seznam praktických výkonů – III. ročník
15. Hodnocení studenta/tky
16. Další činnosti v rámci praktické výuky – exkurze, stáže

#### **Záznamy vedené v Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit**

Student si údaje o provedených intervencích zapisuje do Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit sám a pedagogický pracovník, akademický pracovník VŠ nebo mentor popř. registrovaná všeobecná sestra tuto skutečnost stvrzuje čitelným podpisem.

#### **Rozsah Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit**

Dle potřeb vyšší odborné nebo vysoké školy může být rozsah Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit rozšířen s tím, že musí být zachován jeho minimální rámec (26).

## **Příloha 5**

Otázky polostandardizovaného rozhovoru se studenty před odbornou praxí

### **I. Odborná příprava před odbornou praxí**

- Jaký byl Váš důvod k volbě studia oboru Všeobecná sestra?
- Maté nějaké předešlé zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče?
- Jaký předmět byste označila za nejpřínosnější v souvislosti s přípravou na odbornou praxi?
- Jak byste ohodnotila své současné ošetrovatelské znalosti a dovednosti na stupnici 0-10 bodů?
- Vnímáte svůj stupeň připravenosti jako dostatečný k poskytování ošetrovatelské péče na oddělení v nemocnici?
- Jste dle Vašeho názoru dostatečně připravená na svůj první kontakt s nemocnými?
- Pomohou Vám v oblasti komunikace v nějakém smyslu znalosti získané v předmětu komunikace?
- Jaké tři aspekty byste označila za důležité ve vztahu mezi sestrou a pacientem?

### **II. Subjektivní pocity a představy pacienta o nadcházející odborné praxi**

- Jaká je Vaše představa o odborné praxi a Vašem působení na oddělení následné péče?
- Jaké pocity vnímáte v souvislosti s nadcházející odbornou praxí?
- V případě, že pocítujete jistou míru obav a strachu, dokážete označit její příčinu?
- Máte obavu z prvního kontaktu s nemocnými?
- Existuje něco, co ve Vás v souvislosti s odbornou praxí vyvolává pozitivní emoce?
- Existuje něco, co byste v souvislosti s přípravou studentů na praxi změnila?

## **Příloha 6**

Otázky polostandardizovaného rozhovoru se studenty po odborné praxi

### **I. Komunikace**

- Je něco, co Vás ohledně komunikace s nemocným překvapilo?
- Jak byste ohodnotila svůj první kontakt s nemocnými?
- Zaznamenala jste nějaké zdokonalení v oblasti komunikačních dovedností?
- Pozorovala jste v průběhu odborné praxe nějakou negativní zkušenost ohledně komunikace?

### **II. Ošetrovatelská péče**

- Překvapilo Vás něco v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče?
- Setkala jste se během praxe s výkonem, který jste díky pocitu nedostatečné připravenosti raději odmítla provádět?
- Do jaké míry jste si jednotlivé odborné výkony procvičila?
- Jak hodnotíte své ošetrovatelské znalosti na stupnici 0- 10 bodů po absolvování odborné praxe?
- V jakých oblastech jste zaznamenala největší zdokonalení svých znalostí či dovedností?

### **III. Spolupráce na oddělení**

- Jak jste vnímala spolupráci s vyučující v prvních dvou týdnech svého působení na oddělení?
- Jak hodnotíte spolupráci se sestrou mentorkou a s ostatními sestrami?
- Do jaké míry se Vám podařilo začlenit se do ošetrovatelského týmu?

## **Příloha 7**

Otázky polostandardizovaného rozhovoru s vyučujícími ošetrovatelských postupů

1. Zjišťujete si před zahájením výuky nebo během první hodiny, kteří studenti nemají střední zdravotnické vzdělání?
2. Je Váš přístup k takovým studentům nějakým způsobem odlišný?
3. Jak byste ohodnotila míru zájmu o studium a aktivitu v seminářích ošetrovatelských postupů právě u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání?
4. Jakým způsobem hodnotíte dotaci hodin ošetrovatelských postupů před odbornou praxí?
5. Jaké pocity podle Vás převažují u studentů nezdravotníků před nástupem na odbornou praxi?
6. Z čeho mají dle Vašeho názoru studenti největší obavu?
7. Jsou podle Vašeho názoru studenti dostatečně připraveni na svůj první kontakt s nemocnými?
8. Na jakém stupni jsou dle Vašeho názoru ošetrovatelské znalosti a dovednosti před a po absolvování odborné praxe?
9. V jakém směru se podle Vašeho mínění studenti na odborné praxi zdokonalí v nejvyšší míře?
10. Existuje nějaká skutečnost, kterou byste v souvislosti s přípravou na odbornou praxi změnila?
11. Do jaké míry se podle Vašeho názoru dovedou studenti na oddělení začlenit do ošetrovatelského týmu?
12. Jaká je Vaše zkušenost s funkcí a působením sestry mentorky na oddělení?

## **Příloha 8**

Otázky polostandardizovaného rozhovoru se sestrami mentorkami z oddělení následné péče

1. Zjišťujete si předem či v první den odborné praxe, kteří studenti nemají střední zdravotnické vzdělání?
2. Liší se nějakým způsobem Váš přístup k takovým studentům?
3. S jakými pocity se dle Vašeho názoru studenti potýkají v prvních dnech svého působení na oddělení?
4. Co byste označila jako největší příčinu strachu studentů?
5. Jak hodnotíte zájem studentů a míru jejich aktivity při pracovních činnostech na oddělení?
6. Na jakém stupni jsou dle Vašeho názoru ošetrovatelské znalosti a dovednosti před a po absolvování odborné praxe?
7. Jsou podle Vašeho názoru studenti dostatečně připraveni na svůj první kontakt s nemocnými?
8. Vnímáte nějakým způsobem rozdíl v činnosti studentů v době, kdy je na oddělení vyučující, a v době, kdy studenti spolupracují pouze s personálem oddělení?
9. Do jaké míry se podle Vašeho názoru dovedou studenti začlenit do ošetrovatelského týmu?
10. Jak hodnotíte spolupráci se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání?
11. Existuje podle Vašeho názoru rozdíl ve spolupráci se studenty - zdravotnickými asistenty a se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání?
12. V jakém směru se podle Vašeho mínění studenti na odborné praxi zdokonalí v nejvyšší míře?

