

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie a andragogiky

Mgr. Ivona Buryová

*Andragogické souvislosti ošetrovatelské
profese*

Disertační práce

OLOMOUC 2011

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie a andragogiky

Mgr. Ivona Buryová

*Andragogické souvislosti ošetrovatelské
profese*

Andragogy context of the nursing profession

Disertační práce

Vedoucí práce Prof. PhDr. Dušan Šimek

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila přitom výhradně uvedených pramenů a zdrojů literatury.

Děkuji svému školiteli Prof. PhDr. Dušanovi Šimkovi za trpělivé vedení mé disertační práce, především za lidský přístup, který mi pomohl překonat těžkou životní situaci a dokončit akademické dílo.

Poděkování patří i mému manželovi Tomášovi a synovi Lukášovi, jejichž láska a pomoc nikdy neochabovala, přestože si nebyli jisti, v čem mi vlastně pomáhají.

OBSAH

ÚVOD	1
1 <u>DESIGN VÝZKUMU</u>	4
1.1 Cíl disertační práce	4
1.2 Operacionalizace základních pojmů disertační práce	5
2 <u>TEORETICKÁ VÝCHODISKA PROCESU POMÁHÁNÍ</u>	10
2.1 Definice pojmu „pomáhání“	10
2.2 Aktéři procesu pomáhání	11
2.3 Modely pomoci	11
2.4 Diferenciace pomáhajících profesí	15
2.5 Rozpory v charakteru pomáhání	16
2.6 Pomáhání, jako proces sociální intervence	18
2.7 Teorie motivačního jednání	19
2.7.1 Franklova teorie existencionální frustrace	20
2.7.2 Schmidbauerova teorie moci	21
2.7.3 Rogerovská teorie kongruence	23
2.8 Rizikové faktory práce v pomáhajících profesích	24
2.9 Intervenční nástroje v prevenci nežádoucích jevů v pomáhajících profesích	25
3 <u>OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</u>	28
3.1 Ošetřovatelská péče jako intervenční proces	35
3.1.1 <i>Individualizovaná péče a komplexní přístup k nemocnému</i>	39
3.2 Metody ošetřovatelské péče	40
3.3 Ošetřovatelský proces	45
4 <u>PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY JAKO JEDNA Z POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ</u>	48
4.1 Sociální role zdravotní sestry	50
4.2 Funkce zdravotní sestry	52
4.3 Zdravotnický tým	53
4.4 Registrovaná sestra	54
4.5 Kvalifikační příprava zdravotních sester	55
4.6 Sociální postavení zdravotních sester	56
5 <u>VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICE A POLSKU</u>	59
5.1 Základy profesního vzdělávání v České republice	59
5.1.1 <i>Profesní vzdělávání v letech 1948 – 1989</i>	60
5.1.2 <i>Profesní vzdělávání v letech 1989 – 2005</i>	62

5.2	Současný systém profesního vzdělávání zdravotních sester v Polsku	65
6	<u>IDENTIFIKACE SOUČASNÝCH VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB V CELOŽIVOTNÍM VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER</u>	73
6.1	Kvalifikace a kompetence	73
6.2	Změny v přístupu ke vzdělávání – CBA	78
6.3	Andragogické kurikulum pro střední zdravotnický management	80
	6.3.1 <i>Design andragogického kurikula</i>	81
	6.3.2 <i>Cíle andragogického kurikula</i>	83
	6.3.3 <i>Struktura andragogického kurikula a jeho realizace</i>	83
	6.3.4 <i>Hodnocení andragogického kurikula</i>	87
7	<u>SOCIOLOGICKÁ SONDA – HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ANDRAGOGICKÉHO KURIKULA</u>	94
7.1	Analýza výsledků sociologické sondy	96
	7.1.1 <i>Charakteristika zkoumaného souboru respondentů</i>	96
	7.1.2 <i>Hodnocení středního managementu v oblasti řízení</i>	99
	RESUMÉ	114
	ZÁVĚR	118
	ZDROJE	120
	SEZNAM GRAFŮ	133
	SEZNAM TABULEK	134
	SEZNAM SCHEMAT	135
	SEZNAM PŘÍLOH	136

ÚVOD

Ústředním tématem disertační práce jsou andragogické aspekty zdravotnického povolání, zejména interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Se změnami ekonomickými a společenskými vzniká zcela jiný vztah mezi zdravotníky a nemocnými. S příchodem tržního hospodářství a konkurence ve zdravotnictví je cílem managementu zdravotnických zařízení spokojenost pacienta, která je vázána na výkon zdravotnického personálu. Ten spočívá v uspokojování nejen biologických potřeb nemocného ale především v psychosociálních. S celospolečenskými politickými a ekonomickými změnami přichází restrukturalizace ve zdravotnictví a dochází i ke změně filozofie českého ošetřovatelství. Veřejnost začíná chápat zdravotnickou profesi jako placenou službu a vyžaduje intenzivnější a individuálnější přístup zdravotníků ke svým potřebám. Ve snaze uspokojit nároky současného ošetřovatelství a udržet svůj sociální status v hierarchii procesu pomáhání, dochází k poruchám sociální integrity zdravotnických pracovníků (JŮN, H.: 2010, 141, TREŠLOVÁ, M.: 2010, 113 – 121).

Tento obecný problém se netýká jen zdravotníků, ale i ostatních odborníků z oblasti poskytování sociální péče (KOPŘIVA, K.: 2006, 147).

Dalším problémem je chápání strukturálních a personálních změn v organizaci poskytování zdravotní péče. Se vznikem nestátních zdravotnických zařízení přichází konkurence v poskytování zdravotnických služeb. Management zdravotnických zařízení se snaží chovat tržně a v některých případech přizpůsobuje i podnikovou sociální politiku zdravotnické organizace. Stagnace platového hodnocení, zvyšování požadavků na zdravotnický personál (VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., MAREČKOVÁ, J.: 2010, 207) způsobuje narušování interpersonálních vztahů a vzbuzuje nedůvěru v kompetentní vedení zdravotnického zařízení. Tento fakt dokazují i průzkumy (VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., MAREČKOVÁ, J.: 2010, 210-214) spokojenosti zdravotnických pracovníků ve zdravotnických zařízeních v České republice. V Karviné se realizoval, ve spolupráci s Obchodně podnikatelskou fakultou, průzkum spokojenosti zdravotnických pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení v roce 2000 a 2003¹.

Při hledání možného řešení vznikla myšlenka *Andragogického kurikula*, které by v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu pomohlo k nápravě negativních interpersonálních vztahů ve zdravotnickém zařízení a přispělo ke zkvalitnění ošetřovatelské péče.

¹Průzkum spokojenosti zdravotnických pracovníků v letech 2000 a 2003 ve vybraném zdravotnickém zařízení provedla autorka disertační práce

Původně šlo o objednávku krátkodobého vzdělávacího kurzu zdravotnickým zařízením v Karviné, jehož cílem byla osvěta zdravotnických pracovníků v oblasti ekonomické, pracovně – právní a v oblasti řízení lidských zdrojů. Management tak chtěl uvést pracovníky organizace do současné problematiky řízení zdravotnické organizace a k pochopení některých nepopulárních kroků v rámci podnikové sociální politiky.

Při tvorbě vzdělávacího kurzu jsem zvolila i další cíl vzdělávání, který měl podpořit osobnostní a sociální kompetence zdravotnického personálu, zaměřením se na posilování sebereflexe a psychosociální sebeurčení v procesu pomáhání.

K vytýčení tohoto cíle mě vedl současný problém (TREŠLOVÁ, M.,: 2010, 115, KŘIVOHLAVÝ, J.: 2009, 87, VENGLÁŘOVÁ, M.: 2011, 190 a další) ve vztazích zdravotník – pacient a problematické interpersonální vztahy sester, které jsou součástí multidisciplinárního týmu. Vycházela jsem jak z vlastních zkušeností ze své zdravotnické praxe² tak i z názorů odborníků. Vytýčený cíl byl velice odvážný a výsledek nejistý! Přesto stálo za to, upravit *Andragogické kurikulum* a zařadit do vzdělávacího procesu i přednášky a interaktivní semináře, které by pomohly cíl naplnit.

Právě k pochopení současného vztahu zdravotník – pacient, který je v současné době ovlivněn celospolečenskými změnami, jsem vycházela ze základního procesu pomáhání jako takového.

V první části disertační práce uvádím teoretická východiska odborníků a autorů, kteří se procesem pomáhání zabývali a zabývají jak z pohledu psychologického, tak i sociálního. Dále jsem se zaměřila na zkoumání historických kořenů ošetrovatelské profese, na podmínky jejího vzniku i na vývoj vzdělávání zdravotnických pracovníků. V průběhu čtyř let jsem vyhledávala a analyzovala vybrané teoretické zdroje, které identifikují problémy zdravotnické profese s teoretickou problematikou pomáhajících profesí i na prameny, které charakterizují kvalifikační a celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

V druhé části disertační práce srovnávám motivační faktory výběru pomáhající profese v České republice a Polsku. Polsko jsem vybrala záměrně z toho důvodu, že společnost je zde daleko více nábožensky „věřící“, než společnost česká, jak uvádí Palikota (<http://dudnes.cz/?p=409>), Felagund (<http://www.nekorektne.com/2010/03/cit.13.7.2011>) a Szczygieł (www.dobraadresa.cz/cit.13.7.2011).

² BURYOVÁ, I.,: *Jak přežít v ženském kolektivu. In Duševní a fyzické zdraví, předpoklad úspěchu sesterské profese. Sborník z konference pro sestry. Ostrava : Dům Techniky Ostrava s.r.o., 2006, s.28-33. ISBN 80-02-01830-3.*

BURYOVÁ, I. *Rovné příležitosti mužů a žen v profesním ošetrovatelství. In Rovné příležitosti v ošetrovatelské péči a jiná témata Sborník z konference pro sestry. Ostrava : Dům Techniky Ostrava s.r.o., 2006, ISBN 97-88-00-20188-10.*

Potvrzuje to i průzkum, který provedla agentura GfK Custom Research v září a říjnu roku 2004. Výsledky přinesl deník *The Wall Street Journal Europe*. (<http://groups.google.com/cit.13.7.2011>) „Z mého zkoumání i zkušenosti jsem došel k závěru, že Češi jsou největšími ateisty v Evropě, citoval deník profesora teologie Daniela Domizia z Univerzity kardinála Stritche v americkém Wilwaukee“.

Takže je možné předpokládat, že motivační faktory i postoje polských zdravotních sester mohou být trochu odlišné od českých.

V následující části své práce rozebírám význam kompetence a kvalifikace v souvislosti s celoživotním vzděláváním. Vycházím opět z teoretických východisek českých i zahraničních autorů z oblasti andragogiky a firemního vzdělávání. Dále navazuji vlastním vzdělávacím projektem – *Andragogické kurikulum*, které jsem navrhla a zpracovala pro vybrané zdravotnické zařízení v Karviné.

V závěru disertační práce hodnotím výsledky vzdělávacího projektu podle Kirckpatrikova čtyř-úrovňového modelu.

1 DESIGN VÝZKUMU

1.1 Cíl disertační práce

Cílem disertační práce je identifikace současných psychosociálních aspektů zdravotnického povolání v konfrontaci s teoretickými názory odborníků z oblasti pomáhajících profesí, poradenské psychologie, andragogiky a sociální práce v České republice a možnost jeho ovlivňování dalším vzděláváním.

Ve vztahu k cíli disertační práce byla na základě teoretických východisek sestavena definice centrálního pojmu.

Psychosociální aspekty zdravotnického povolání, zejména specifika zdravotnické profese, která je jednou z pomáhajících profesí, vyžaduje interdisciplinární vzdělávání v oboru ošetrovatelství a ošetrovatelské péče, které vede zdravotnické pracovníky k pochopení svého oboru jako multikulturního a transdisciplinárního, ovlivňuje pozitivně přístup k nemocným a vede k individualizaci ošetrovatelské péče a komplexnímu přístupu k nemocnému.

Na základě stanovené definice centrálního pojmu disertační práce jsem vytvořila design výzkumu.

Cíl výzkumu disertační práce

Cílem výzkumu disertační práce je analýza efektivity *Andragogického kurikula*, jehož vzdělávacím cílem je zdokonalování a posilování osobnostních a sociálních kompetencí středního zdravotnického managementu, zejména v procesu komunikace, vedoucí k individualizaci ošetrovatelské péče a komplexnímu přístupu k nemocnému.

S tím úzce souvisí i efektivní komunikace s jednotlivými členy ošetrovatelského týmu a posilování týmové práce.

V souvislosti s cílem výzkumu disertační práce jsem si položila následující výzkumné otázky:

- „*Jaké jsou, v rámci specifík zdravotnické profese, základní psychosociální aspekty zdravotnického povolání?*“
- „*Jaká jsou současná specifika zdravotnické profese z hlediska kvalifikace a klíčových kompetencí?*“
- „*Je navrhovaný vzdělávací projekt, Andragogické kurikulum, efektivní formou vzdělávání, vedoucí k posílení psychosociálních aspektů zdravotnického povolání, které mají vliv na individualizaci ošetrovatelské péče a na komplexní přístup k nemocnému?*“

- „Jsou schopni absolventi vzdělávacího projektu implementovat a dlouhodobě udržet získané znalosti a dovednosti v reálné praxi?“

K zodpovězení otázek a splnění cíle výzkumu disertační práce jsem zvolila následující metody:

1. Analyzovat teoretické zdroje v oblasti pomáhání a motivačních faktorů, zdravotnických pracovníků a zkoumat současné psychosociální aspekty zdravotnické profese, jako jednu z pomáhajících profesí.
2. Analyzovat současný systém formálního i celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a zaměřit se na zjištění kompetenčních mezer v rámci osobnostních a sociálních kompetencí, které jsou klíčové v realizaci ošetrovatelského procesu a směřující k individualizaci ošetrovatelské péče a komplexnímu přístupu k nemocnému.
3. Vytvořit vzdělávací projekt – *Andragogické kurikulum*, jehož předmětem jsou psychosociální aspekty zdravotnické profese a které se zaměřuje na saturaci současných požadavků, kladených na střední zdravotnický management v oblasti řízení a týmové práce, jenž vede k individualizaci ošetrovatelské péče a k holistickému přístupu k pacientovi.
4. Realizovat *Andragogické kurikulum* ve vybraném zdravotnickém zařízení a ověřit v praxi správnost zvoleného vzdělávacího cíle, struktury a didaktických metod. Vzdělávání zaměřit na střední zdravotnický management
5. Zhodnotit efektivitu *Andragogického kurikula* prostřednictvím Kirckpatrickova čtyř – úroňového hodnotícího modelu.

1.2 Operacionalizace základních pojmů disertační práce

Pomáhající profese

Pomáhající profese (HARTL,P.: 2001, 36) patří k oborům, které potřebují dovednosti a poznatky o modelech pomoci. Frankl (FRANKL:1978,35-40) uvádí, že existují lidé, kteří mají schopnosti a dovednosti pomáhat druhým a volí si tuto profesi jako poslání. Patří mezi ně poradci, psychologové, církevní hodnostáři, psychoterapeutové a sociální pracovníci. Očekává se od nich, že jsou schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální a emoční problémy.

Frankl je označuje, jako „pomáhající na prvním stupni.“ „Pomáhající na druhém stupni“ jsou profesionálové, kteří se specializují na jinou profesi, ale současně se nevyhnou poskytování pomoci lidem v krizi. Patří mezi ně policisté, učitelé a zdravotničtí pracovníci, kteří jsou cílovou skupinou zkoumání v disertační práci.

Cowen (COWEN: 1982,385-395) doplňuje Frankla a uvádí „pomáhající na třetím stupni.“ K nim patří takové profese, jako jsou manažeři, supervizoři, dokonce holiči a kadeřníci, barmani apod. I oni se často setkávají s lidmi v krizi. Mohou pozorně naslouchat jejich vyprávění, vyjádřit jim podporu, dát jim radu a celkově pomáhat zvládnout problém. V roli „pomáhajícího na čtvrtém stupni“ se nachází každý, kdo se snaží pomoci příbuznému, příteli, známému nebo i neznámé osobě řešit nějaký problém.

Profese zdravotní sestry jako jedna z pomáhajících profesí

Aktuální definicí profese zdravotní sestry je definice podle Mezinárodní rady sester (International Council of Nurses dále ICN) (ALEXANDER,RUNCIMAN:2003,6):

„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí, na základě souhlasu příslušného regulačního orgánu, ve své zemi pracovat jako sestra.“

Ržewska (RŽEWSKA:1972,15) uvádí, že profese zdravotní sestry spočívá v *„uspokojování biologických, fyziologických, psychických a sociálních potřeb prostřednictvím služeb a vytváření podmínek, vhodných k rozvoji organismu, zachování zdraví nebo aktivní rehabilitace. Rozpoznáváním a aktivním léčením dle příkazů lékaře, plánování péče u nemocných, v edukaci nemocných i zdravých v oblasti profylaxe, v podílu readaptace biologické, psychické i sociální, ovlivňování postojů pacienta a jeho rodiny v boji za jeho návrat ke zdraví a resocializaci.“*

Zdravotní sestra je součástí zdravotnického týmu a zastává několik sociálních rolí (viz.kap.4.1). Základními funkcemi sesterské profese je bezesporu poskytování a řízení ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, edukace nejen pacientů a jejich rodinných příslušníků, ale také kolegů zdravotníků a široké veřejnosti při preventivní činnosti.

Andragogické kurikulum

Kurikulum (PALÁN, Z.:2002,106, BENEŠ, M.: 2008, 31, PLAMÍNEK, J.: 2010, 50) je pojem, který byl převzat od německého pedagoga G. D. Morhofa. Ten jej v 17. století použil ve smyslu *„cirriculum scholasticum“* (život, postup, průběh školy). Původně byl používán v pedagogice, později i v andragogické teorii v 60. letech 20. století.

Jak uvádí Palán, obsah kurikula není jednoznačný. Většinou je chápán jako „souhrnná informace o vzdělávacích záměrech, vypovídající komplexně o vyučování nebo o vzdělávacím procesu a jeho důležitých bodech, o realizaci a výsledcích. Překračuje tak rámec učebních osnov a učebního plánu. Součástí kurikula jsou především informace o učebních cílech o obsahu učiva, ale i o organizaci učiva, o vyučovacích a studijních metodách a prostředcích, o způsobu kontroly a hodnocení. V podstatě kurikulum odpovídá na otázky:

koho, proč, v čem, jak, kdy, za jakých podmínek, s jakým očekáváním budeme vzdělávat.“

Kurikulum je členěno z hlediska:

- obsahu – plánované, realizované a osvojené,
- účelové učební činnosti – formální, neformální a informální,
- zaměření – předmětný přístup, praktickou orientaci, rozvoj osobnosti a sociální zájmy a potřeby,
- kurikulárních strategií (Beneš) – deduktivní, induktivní, analytická a edukativní,
- pojetí kurikula jako obsahu vzdělávání (Průcha) ve formách – koncepční, projektové, realizační, rezultatové a efektové,
- zamýšleného pojetí – zamýšlené a skryté,
- závaznosti – doporučené, předepsané, podpůrné a osvojené,
- z hlediska přístupu – instrukcionistické, konstruktivistické,
- z hlediska vzdělávacího konceptu – další vzdělávání, celoživotní učení.

Andragogické kurikulum, jak dále Palán uvádí, bude vždy „otevřené a volné, protože musí odpovídat základnímu principu vzdělávání dospělých.“ A významově uzavírá, že „kurikula vzdělávání dospělých proto musí být aktuální, pružná a bezprostředně reagovat na situaci ve společnosti a na trhu práce.“

Kirkpatrikův čtyř-úrovňový model hodnocení vzdělávacího procesu

Jde o pravděpodobně (KIRKPATRIK:2006,21-26) o nejpropracovanější známou metodu v podobě 4 – úrovňového modelu měření ve vzdělávání, která umožňuje efektivně analyzovat celkový proces vzdělávání. Má nesmírnou hodnotu jak pro lektory, tak i pro samotné studenty v podobě zpětné vazby a kontroly výsledků během jednotlivých etap vzdělávacího procesu. Metoda je rozdělena do 4 úrovní. Vychází od jednodušších metod měření, přes důmyslné komplexní postupy a systémy kontroly dosažení nových vědomostí a dovedností, které si studenti osvojují.

Přechází od samotného procesu vzdělávání do světa pracovních požadavků (viz. schéma č. 6). Záměrem je, vytvořit zpětnou vazbu pro zjištění, zda se může vzdělávání nějakým způsobem hodnotit či měřit.

Proto hodnocení probíhá v prostředích vzdělávacím a pracovním. Zde se zjišťuje, zda se studentům daná výuka líbila, jaký mají pocit ze vzdělávacího procesu, zda byli spokojeni s tím, co si zaplatili. Dalším bodem je analýza, která vytváří celkový názor či pohled na to, zdali se studenti naučili novým vědomostem, jestli si vytvořili nové názory a pohledy na danou problematiku, upevnili nové dovednosti a následně v pracovním procesu ověřit, jak se změnilo jejich chování a výkon a jaké to zanechalo následky.

První stupeň: - Reakce

Hodnocení na tomto stupni specifikuje způsob reakce vzdělaného na proces vzdělávání. Často bývá tento stupeň měřen s názory v dotazníkových formulářích po jednotlivých blocích výuky a představuje hlavní myšlenku percepce (reakce) na daný kurz.

Druhý stupeň: - Vzdělávání

Druhý stupeň představuje podle Kirkpatricka (2006,50-51) hranici, kdy student mění své názory, zdokonaluje vědomosti a zvyšuje dovednosti, jako výsledek aktivní účasti v rámci vzdělávacího programu. Zde se nabízejí otázky:

- Učili se žáci skutečně to, co si představovali?
- Učili se žáci dovednostem, které měli v úmyslu se učit?
- Jak velká je míra či změna znalostí nebo dovedností žáků po absolvování školení v zamýšlené oblasti?

Jinými slovy: „Naučil se žák vůbec něco?“ Hodnocení tohoto stupně požaduje kontrolu naučených dovedností během učebního procesu. Tato zpětná kontrola může být validní za předpokladu porovnání vstupního a výstupního testu po skončení daného vyučovacího procesu. Tak můžeme porovnat rozdíly ve vědomostech, které už znali a nově naučených.

Stupeň třetí: – Chování (konání)

Kirkpatrick (2006,61) tento stupeň nazval „stupněm změnou chování, avšak chování je činnost konání, zatímco konečný výsledek chování je čin. Pokud by šlo o tuto složku chování, bylo by nutné, zaměřit se na prostředí ve vzdělávání, zatímco následek behaviorální složky je to, co je žák doopravdy, až po celém průběhu vzdělávacího procesu.“

Hodnocení, jak Kirkpatrick uvádí, zahrnuje testování způsobilosti studentů vykonávat naučené dovednosti v určitém pracovním prostředí.

Stupeň tři může být vykonáván formálně (testovou metodou) nebo informativně (pozorováním). S tím souvisí i otázky, které jsou součástí 4 fázového Kirkpatrickova modelu:

„Používají studenti nově dosažené vědomosti a dovednosti při pracovní činnosti?“

„Byly dovednosti a znalosti užity relevantním způsobem?“

„Došlo ke změně v aktivitě a výkonu žáka tak, že ji bylo možné zaznamenat a měřit po návratu do jeho role?“

„Byla změna v chování a v nové úrovni znalostí trvalá?“

„Byl by schopen žák přenést své poznatky na další osobu (y)?“

„Je si žák vědom úrovně změny ve svém chování, znalostech a dovednostech?“

Stupeň čtvrtý – Výsledky

Stupeň čtyři uzavírá vzdělávací proces, jehož výsledkem je celková efektivita učebního procesu. To znamená, že se posuzuje, jaký dopad má dosažení cíle ve vzdělání na učícího se ale i na celou organizaci. Typickým měřítkem míry je podle Kirkpatrickova čtyř-fázového modelu „obchod, návratnost investic, růst kvality, úbytek fluktuace, množství stížností, získání akreditací a další kvantifikovatelné ukazatele výkonu organizace.“

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PROCESU POMÁHÁNÍ

2.1 Definice pojmu „pomáhání“

Podle Hopsona (HOPSON:1986,113-114.) znamená pomáhání pomoc, kterou poskytuje jeden člověk druhému člověku nebo skupině osob, přičemž může jít o pomoc finanční, materiální nebo psychologickou. Motivem takové činnosti je potřeba prospět druhým, vynaložit určitou energii, předat něco ze svého osobního bohatství, a tím odstranit nebo zmírnit nepříznivou situaci, v níž se druhý nachází. Hlavním předpokladem je zde potřeba a touha člověka prospět, jako to vidíme nejčastěji v charitativní činnosti, kdy poskytovatelé této pomoci nemusí být odborníky v žádném typu poradenství.

Klíčová věta, na které se poradci shodují, zní: „*Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.*“ Jinými slovy lze říci, že pomáhat lidem znamená určit a objasnit problém tak, aby se člověk mohl sám rozhodnout, co s ním udělá. Pomáhání je tedy jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat.

Scally a Hopson (SCALLY,HOPSON:1979, 39.) rozlišili šest typů pomoci druhým: *Pomáhání podáním informací* je určeno osobám, které je potřebují pro řešení své situace, jako je tomu např. u neznalosti zákonů, daňových předpisů nebo přehledu agentur poskytujících další potřebné služby. Rady tohoto typu mohou být nesmírně užitečné, protože nedostatek informací staví člověka do nevýhodné až bezvýhodné situace.

Pomáhání poskytováním rad spočívá v nabízení názoru odborníka jiné osobě na to, co by se mělo nejlépe udělat, přičemž názor by neměl postrádat náhled do situace dané osoby. Příkladem je právník či daňový poradce.

Pomáhání podáním poučení znamená pomáhat někomu získat určité znalosti nebo dovednosti tím, že jsou mu předkládána fakta a jednání, umožňující jeho situaci zlepšit. Například v andragogice si pro další vzdělávání člověk často potřebuje osvojit umění učit se.

- *Pomáhání prostřednictvím přímé akce* spočívá v tom, že pomáhající něco vykoná za jinou osobu nebo jí obstarává něco, co právě nutně potřebuje, např. jídlo, půjčku, bydlení, vyplnění formuláře, jednání s úřady. Tato pomoc je typická v sociální práci.
- *Pomoc vyvolaná změnou systému* spočívá v ovlivnění nebo změně systémů, které jedinci způsobují potíže. Může jít o organizační úpravy v podniku, rozvoj organizace, změnu v dopravních či jiných předpisech apod.
- *Pomáhání prostřednictvím psychologického náhledu* spočívá v pomoci druhému pochopit problém, objasnit proč a kde vznikají třecí plochy a ukázat možné cesty, jak si

počínat tak, aby se jedinec správně rozhodl, co dělat. Jak již bylo řečeno, nejčastěji jde o to pomoci lidem, aby si dokázali pomáhat sami.

2.2 Aktéři procesu pomáhání

Obecně lze říci, že potenciální pomáhající jsou všichni lidé, dokonce i ti, kteří sami pomoc potřebují. V podstatě lze pomáhající rozdělit do tří skupin (HARTL: 2001,21.):

- *Profesionální pomáhající* - jde o lidi, kteří jsou svým celým zaměřením, profesí, orientováni na různé způsoby pomoci druhým. Mají většinou, i když ne vždy, speciální výcvik. Sociální pracovníci, lékaři, učitelé, školní poradci, zdravotní sestry a zdravotníci vůbec. Ti všichni zlepšují svoji práci jednou nebo několika strategiemi pomáhání.
- *Paraprofesionální pomáhající* - tyto osoby mají jasně vyjádřenou roli pomáhajících, ale ta nevytváří převažující část jejich zaměstnání nebo převažující část jejich života; patří sem manželští poradci, kněží, mladí pracovníci s mládeží, manažeři, poradci pro volbu povolání a další. Většinou prošli nějakým krátkodobým školením, často v rámci jejich zaměstnání.
- *Pomáhající vůbec* - jde o osoby, které nemají přesně určenou roli pomáhajících, ale kteří se na základě svého povolání, sociálního postavení nebo vlastního zájmu a zaujetí, podle vlastního uvážení dostávají do situace, kdy mohou pomáhat druhým. Sem patří prodavači v obchodech, zaměstnanci škol, podnikatelé, právníci a pracovníci zajišťující ochranu osob i majetku. Nepředpokládá se, že by měli nějaký výcvik v dovednostech pomáhat druhým. Do této kategorie patří i nejrůznější druhy uskupení, v nichž k pomáhání dochází: rodina, přátelé, komunita.

2.3 Modely pomoci

Každý pomáhající má představu, či konkrétní plán procesu pomoci. Jednodušším cílem pomoci je poskytnout úlevu, daleko složitějším je aktivizace objektu, aby si pomohl sám. V literatuře pro poradenskou činnost Kagan (KAGAN:1973,44-51) tvrdí, že: „*V oceňování pomáhání nehraje roli validita, tedy to, zda pomáhání skutečně pomáhá nebo ne, ale reliabilita, tedy to, zda poradce s klientem dosáhnou toho, čeho dosáhnout chtějí.*“ Stejně tak lze přirovnat tento vztah ke vztahu zdravotník – pacient. Cílem ošetrovatelské péče je uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocných a způsob splnění cíle je nácvik samostatnosti v sebepéči nemocného a aktivní spolupráce na procesu uzdravování. To je aktivní přístup zdravotníka, jako pomáhajícího, k nemocnému, který představuje dosažení společně vytýčeného cíle.

Pro pomáhající je důležité, aby si uvědomovali své vlastní hodnoty, které lze vidět v jejich chování a logicky podloženou podporu, kterou nabízí.

V souvislosti s cílem disertační práce je velmi důležitý názor Hartla, který v souvislosti se schématem modelu pomoci definuje základní otázky (HARTL:2001,24):

- *„Co má poradce dělat, aby pomohl lidem, kteří mají problémy?*
- *Z jakých stadií a kroků se skládá proces pomoci?*
- *Jaké komunikační dovednosti poradce potřebuje, aby pomohl klientům zvládat jejich problémy?*
- *Jaké jiné techniky musí znát a zvládnout pro účinnou pomoc?*
- *Jak si tyto dovednosti a techniky osvojit?*
- *Jaké dovednosti a způsoby řešení problémů si musí osvojit klienti během poradenského procesu, aby dokázali efektivně zvládat své životní problémy?*
- *Jak si je mohou osvojit?*
- *Jak zjistit, jestli je pomoc účinná?“*

Model, který dokáže na otázky odpovědět, vytváří nejen určitý rámec činností pomáhajícího, ale pomáhá mu také cíleně rozvíjet poradenské dovednosti.

Carkhuff (CARKHUFF:1974,59.), který převzal myšlenky Rogerse o psychoterapii a rozšířil je na pomáhání v nejširším slova smyslu, vytvořil třístupňový model, v němž se klientovi dostává vyšetření, porozumění a konání. Tento model není až tak relevantní pro vzájemnou interakci zdravotník – pacient, jak uvádím v další části disertační práce, protože probíhá trochu odlišným způsobem (ošetřovatelské diagnostikování, plánování a samotná ošetřovatelská intervence s následným hodnocením) ale je důležitý pro sebereflexi zdravotnických pracovníků v procesu pomáhání.

Carkhuff se zaměřuje na (CARKHUFF:1976,92-98) dovednosti, které poradce nutně potřebuje pro každý stupeň poradenského procesu a popisuje také způsob výběru budoucích poradců a jejich výcvik. Potřebné dovednosti, které uvádí, jsou identické s potřebami, bez kterých se člověk v běžném životě neobejde.

Z toho vyplývá, že nejlepší cestou, jak lidem pomáhat, je přímo a systematicky je učit jak žít, pracovat, vzdělávat se a jak vytvářet dobré vztahy s druhými. Carkhuff zdůrazňuje, že základem pomáhání druhým je překlenout úroveň dovedností, kterými vládne pomáhající a klient. Ve své další práci jde dokonce až tak daleko, že pomáhání staví na úroveň učení, a to především učení dospělých. V souvislosti s cílem disertační práce se proto domnívám, že u zdravotnických pracovníků je třeba posilovat osobnostní a sociální kompetence vedoucí k efektivnějšímu procesu pomáhání, a to procesem vzdělávání nebo výcviku.

Podobně jako Carkhuff vytvořil integrovaný, eklektický vývojový model Brammer (BRAMMER:1973,128). Rozšířil Carkhuffův třístupňový model na osm stadií:

„Zahájení, posuzování, uspořádání, vztah, objasnění, upevnění, plánování, ukončení.“

Spolu s tím také určil sedm souborů dovedností, které podporují porozumění sobě a druhým. V souvislosti se základními soubory vytvořil seznam čtyřiceti šesti dalších dovedností, které mohou pro každého poradce znamenat bohatý zdroj podnětů a pobídek.

Systematický model výcviku pro poradce pod názvem mikroporadenství vyvinul Ivey (IVEY:1971,44-48): *„Každá dovednost je rozložena na své elementární části a učena prostřednictvím uzavřeného televizního okruhu. Následně dochází k jejímu modelování a použití v praxi.“* Jak je zřejmé, opírá se o kognitivní teorie učení a vtaňuje do procesu informační technologie.

Hackney a Nye (HACKNEY,NYE:1973,201) jsou autoři tzv. „diskriminačního modelu“. Diskriminační model se zaměřuje na stanovené cíle a na jednání. Zdůrazňuje výcvik dovedností, jejich specifikaci a stále jemnější rozlišování a propracovanost.

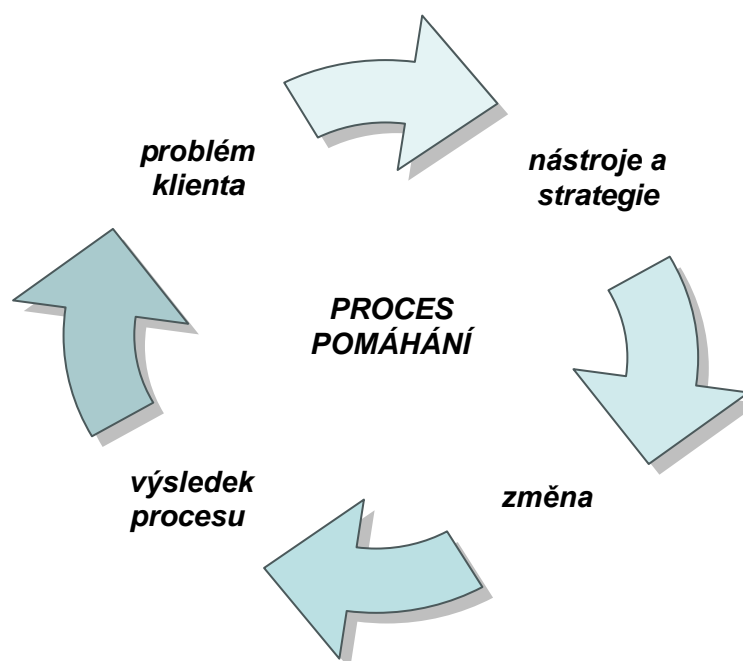
Model, který pravděpodobně nejvíce ovlivnil poradenství v severní Americe vyvinul Kagan se svými spolupracovníky. Jmenuje se: *Proces interpersonální odpovědi* (KAGAN:1973,13) a jedná se o mikroporadenský přístup k výcviku, který je rozšířen zejména v USA. Klade důraz na úvodní a zahajovací část, ve které poradce s klientem, pod dohledem moderátora, probírají zážitky a zkušenosti, které mají oba společné.

Dalším, nejrozšířenějším modelem pomoci, který je založen částečně na principech vytvořených Carkhuffem, vytvořil Egan (EGAN:1986,85-92). Model začíná úvodní částí, která je zaměřena na dovednosti klienta. Následuje vyšetření a vlastní výpovědi klienta. Další stadium obsahuje sdílené porozumění a dynamické sebe porozumění. Poslední krok zahrnuje přípravu a plán. Nakonec následuje vlastní jednání. V každém kroku je určen nejprve cíl, který stanoví poradce, a po něm cíl, který definuje klient.

Model: *Bez rozhodující role poradce*, vytvořili Loughary a Ripley (LOUGHARY, RIPLEY: 1979, 23-44). Jejich přístup je složitější a nestaví na kontinuitě, jako je tomu u Rogerse a Carkhuffa. Je charakterizován snahou demystifikovat poradenství pro nejširší veřejnost tím, že pomáhající nepotřebuje nic víc, než se poučit v příručce uvedených autorů.

Podle nich se na procesu poradenství podílejí všechny složky ve vzájemné interakci, jak ukazuje schéma č.1

Schéma č.1: *Proces pomáhání*



Zdroj: *Vlastní*

Za poradenské nástroje autoři považují informace, myšlenky, nápady, ale i takové dovednosti, jako je naslouchání a úvahy v souvislosti s jednáním klienta. Za strategie považují plánovitě využití nástrojů, přičemž prvním krokem je vždy představa zdárného vyřešení problému. Pozitivním výsledkem, k němuž může poradenský proces dospět, je změna v prožívání, rostoucím porozumění, rozhodnutí a jeho uskutečnění. Přístup těchto autorů se značně vzdaluje předchozím modelům, které daleko více stavěly na vedoucí roli poradce. Lougharyho a Ripleyho model pomoci je, podle mého názoru, příkladný pro plánování ošetřovatelské pomoci v podobě ošetřovatelského procesu (LA MONICA: 1985, 410, DELOUGHERY: 1991, 57, STAŇKOVÁ: 1999, 66, 1999, 47, MAREČKOVÁ, VEJVALKA, IVANOVÁ: 2006, TÓTHOVÁ: 2007, 252.), na kterém se aktivně podílí i sám pacient. Společné plánování posiluje vzájemné vztahy mezi zdravotnickými pracovníky a nemocnými a současně vyvolává pocit zodpovědnosti všech aktérů za svá rozhodnutí. Proto souhlasím s Hartlem, který uvádí, že (HARTL:2001,26) „*podstatou je naučit lidi, aby byli schopni přemýšlet o svém vlastním myšlení, o tom, jak řešit a zvládat problémy*“.

2.4 Diferenciace pomáhajících profesí

Pomáhající profese patří k oborům, které potřebují dovednosti a poznatky o modelech pomoci. Hartl ve své publikaci diferencuje pomáhající profese a vychází především z názorů Frankla, Cowena a Carkhuffa.

Podle Frankla (FRANKL:1978,35-40) se v průběhu vývoje upevnilo přesvědčení, že za vhodných okolností jsou někteří lidé schopni pomáhat druhým a zvládat úkoly, které před ně život klade. Toto přesvědčení bylo posléze institucionalizováno jako *pomáhající na prvním stupni* v mnoha pomáhajících profesích. Od poradců, psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a andragogů se očekává, že jsou schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální a emoční problémy.

Zatímco dříve lidé v těžkých životních okamžicích vyhledávali kněze a duchovní, v současné době existuje celý sbor profesionálů (*pomáhajících na druhém stupni*), kteří často jednají s klienty, prožívající krizi. Jsou to nejen duchovní, ale také lékaři, zdravotní sestry, policisté, probační úředníci, učitelé, lektori, konzultanti a mnoho dalších. Všichni jsou specialisty ve svých profesích, a proto by již při výcviku měli počítat s tím, že budou svým klientům pomáhat zvládat sociální a emocionální rozměry jejich problémových situací. V nejlepším případě, pomáhají klientům zvládat problémy a krize holisticky. Například dobrý lékař léčí somatické choroby pacienta a současně mu pomáhá zvládat strach z bolestivého chirurgického zákroku. Učitel učí jednotlivé předměty a současně dbá o tělesný, intelektuální, emocionální i sociální rozvoj svých studentů. To znamená, že současně bojuje s jednotlivými úkoly a krizemi, provázejícími dané věkové období. Pomáhá je přímo i nepřímo odhalovat, chápat a zvládat. K obdobným specialistům patří také rodiče.

Cowen (COWEN: 1982,385-395) je přesvědčen, že existují ještě *pomáhající na třetím stupni*. K nim patří takové profese, jako jsou manažeři, supervizoři, dokonce holiči a kadeřníci, barmani apod. Mnozí z nich cítí, že mají i roli interpersonálních poradců a školených pomocníků. I oni se často setkávají s lidmi v krizi. Mohou pozorně naslouchat jejich vyprávění, vyjádřit jim podporu, dát jim radu a celkově jim, s větší nebo menší uvážeností, pomáhat zvládnout problém. V roli *pomáhajícího na čtvrtém stupni* se nachází každý, kdo se snaží pomoci příbuznému, příteli, známému nebo i neznámé osobě řešit nějaký problém.

Stručně řečeno: svět je plný neformálních pomáhajících a jen malá část z nich patří mezi specialisty na prvním stupni. Druhý, třetí a čtvrtý stupeň obvykle nemá žádný zvláštní výcvik v interpersonálním pomáhání. Typ a kvalita výcviku jsou však i na prvním stupni velmi rozmanité.

2.5 Rozpory v charakteru pomáhání

Kagan ve své literatuře rozděluje pomáhání na validní a reliabilní (jak uvádím v kap.2.3). Naproti tomu Carkhuff (CARKHUFF:1971,114-125) rozděluje pomáhající na **funkční**, tj. ty, kteří mají dovednosti nutné pro pomáhání, a **nefunkční**, tj. ty, kterým tyto dovednosti chybí. K nejlepším a probovaným profesionálům v oblasti pomáhání patří lidé, kteří soustavně obnovují své praktické znalosti a schopnosti pomáhat, především prostřednictvím zpětné vazby od svých klientů.

V ošetrovatelské péči stále přežívá způsob suplování sebepečce. Ošetrovatelský personál věnuje více času suplovanému uspokojování základních potřeb nemocných (hygienická péče, podávání stravy a krmení klientů, vyprazdňování na lůžku apod.), než nácviku jejich vlastní aktivní sebepečce (pomoc při jídle, doprovod na WC, osobní hygiena a jiné).

Nemocní se tak stávají zcela odkázaní na pomoc druhého člověka. Tento stav může dojít tak daleko, že se z mobilních pacientů stávají imobilní. Důvodem jednání ošetrovatelů je nejen nedostatek času z provozních důvodů ale i zjednodušení si své vlastní práce.

Pokud je ošetrovatelským cílem aktivizace nemocného a jeho samostatnost při uspokojování vlastních základních potřeb, nespočívá pomoc v *suplování* ale v *nácviku*, jak hodnotí Kron (KRON, T.: 1981,10.). Pomáhající musí být, jak říká Carkhuff, funkční. Funkčnost ošetrovatele není v tom, že za krátký čas zvládne pasivně uspokojovat potřeby většího počtu nemocných. Funkčnost spočívá v nácviku sebeobsluhy a v motivaci nemocného **mít o sebe zájem a být soběstačný**. Mým názorem je, že problémem některých zdravotníků je vnímání pacienta jako člověka, jako lidskou bytost, která chce sama rozhodovat o svých potřebách a jejich naplňování. Vlivem profesionální deformace a plíživého syndromu vyhoření, chápou nemocného jako „objekt své práce“. Tento postoj lze pozorovat i u sociálních pracovníků, kteří jsou v dlouhodobé interakci s klienty v ústavech sociální péče.

Je třeba si uvědomit, že pomáhající profesionálové jsou především lidé se svými slabostmi a negativními zkušenostmi, které zažili s jinými lidmi v průběhu svého života. Tento fakt může ovlivňovat jejich postoje při řešení problémů některých klientů, či pacientů. V souvislosti s nestandardním přístupem k nemocným či klientům mě zaujal názor Sullivana, zabývající se problematikou zkresleného vnímání druhých. Sullivan použil pojem parataxická distorze (<http://www.psychoweb.cz/psychologie/cit.6.6.2009>),

což je „překroucení obrazu o současné realitě vlivem analogie z minulosti. Jinak řečeno - podobnost je považována za kauzální spojitost a vede k nesprávné generalizaci. Na základě takové nesprávné generalizace se jedinec chová k druhému člověku nepřiměřeně“.

Sullivanovu teorii podporuje i následující příklad z praxe, který uvádím na základě vlastní zkušenosti.

Kazuistika:

Ošetřovatel odmítal provádět hygienickou péči u starších žen, které byly imobilní. Pokud byl k této činnosti spolupracovníky „donucen“, jednal rychle a s averzí. Jeho postoj si ostatní členové ošetřovatelského týmu vysvětlovali tak, že je pohodlný a vyhýbá se náročné fyzické i psychické práci. Při neformálním setkání na oslavu konce roku se ve slabé chvíli svěřil, že byl v dětství týrán svou matkou.

Z kazuistiky vyplývá, že některé vzpomínky z dětství ovlivňují chování člověka po celý život. Nepříjemné zážitky a typy lidí, kteří v nás vyvolávají nepříjemné pocity, mohou zapříčinit neadekvátní chování pomáhajících. Odezvou na neadekvátní chování ošetřovatele byla přirozená reakce jeho okolí.

Kazuistika:

Ošetřovatel svým postojem a chováním ke starším ženám vyvolal jejich nepřátelství vůči sobě. Pacientky si neustále stěžovaly na jeho neochotu primáří oddělení, některé ho naopak chtěly donutit tzv. k „práci“ a vyžadovaly právě jeho při hygienické péči, či podávání jídla. Přestože se později snažil být vstřícný, nálepka „lenocha a budižkničemu“ mu zůstala. I ostatní, nově hospitalizované pacientky byly již předem informovány těmi „zkušenými“ o jeho neochotě a kopírovaly negativistické chování vůči němu, přestože s ním negativní zkušenost neměly.

Tento mechanismus cirkulární kauzality nazývá Sullivan „*sebenaplňující proroctví*“. Pro takové přenášení zkušeností z jedné interpersonální situace do druhé se také užívá termín *přenos* (<http://www.psychoweb.cz/psychologie/harry-s-sullivan-interpersonalni-teorie-psihiatrie/cit.30.7.2009>).

Z toho obecně vyplývá, že pokud pomáhající dokáží přehodnotit své postoje ke klientům a naučí se identifikovat a zvládat své předsudky i osobní problémy, lépe se podílí na zvládnutí problému u klientů³

³Tato část práce byla autorkou publikována v: BURYOVÁ, I., *Rozpory v charakteru pomáhání v pomáhajících profesích. Vědecký časopis Sociální práce – sociálna práca* 3/2010, str. 38-41. ISSN1213-6204..

2.6 Pomáhání, jako proces sociální intervence

Proces pomáhání je určitým typem sociální intervence. Má své subjekty, obsah a cíle. Subjekty tvoří aktivní část v interakci procesu pomáhání, objekty jsou předmětem celého procesu. Obsah se vztahuje k individualitě objektu a k vytýčenému cíli, který by měl být stanoven a zrealizován ku prospěchu obou stran procesu pomáhání. Sociální intervence, jako dynamický proces výměny informací či poskytování a přijímání pomoci, se odehrává jak uvnitř interakce pomáhajícího s klientem, tak i mimo ni. Pro role pomáhajícího i klienta existují vymezená pravidla, která formují sociální kontext probíhajícího procesu a současně ovlivňují celý jeho průběh.

Z toho plyne, že by měli pomáhající především analyzovat své vlastní cíle, metody a motivy, související s objektem sociální intervence a upřednostňovat takový typ sociálních interakcí, jejichž předmětem je osvětová a preventivní péče s cílem, posilovat lidský rozvoj.

Přesto existují názory, které proces pomáhání kritizují. Jedním z nich je názor Ivana Illicha, který polemizuje s myšlenkou (ILLICH:1973,32-33), že „*jakkoli klienti považují poradenský vztah za volný, existují v něm síly, které jsou podezřelé.*“ Illich zastává názor, že:

- pomáhající při procesu pomáhání reagují především na své vlastní potřeby a vědomě či nevědomě tak utvrzují klienty v závislosti nebo nepřiměřenosti, z toho vyplývá, že:

- pomáhat může znamenat spíše znemožňovat, než umožňovat, protože pomáhání často podporuje závislost.

Oba názory jsou velmi zajímavé a odpovídají realitě, kterou znám z vlastní zkušenosti zdravotnické praxe v některých zdravotnických a sociálních zařízeních při ošetřování imobilních klientů nebo pacientů. Současně jsou velmi podobné s názorem Wolfganga Schmidbauera, které uvádím dále v kap. 2.7.2.

Ze své zdravotnické praxe bych ráda uvedla následující zkušenost:

Pacient je pasívně umyt ošetřovatelem jenom proto, že jeho vlastní aktivita není dostatečně rychlá a efektivní.

Nemocný je krměn mletou stravou, protože nemá v ústech svou zubní protézu, která je v nočním stolku a dlouho by trvalo, kdyby jedl sám.

Zpočátku vnímá imobilní člověk suplování sebepečce jako nepříjemné zasahování do jeho intimity. Mnohdy se brání a reaguje nepřiměřeně, například agresí. Cítí se závislý na péči jiného člověka a to jej frustruje. Pokud je tento stav dlouhodobý, může dojít

k tzv. hospitalizačnímu syndromu (nepřiměřená reakce člověka na okolní prostředí). Právě ten se projevuje u pacientů a klientů sociální péče v podobě pasivního chování, které později může přecházet v tzv. „požívačnost“. Pacienti se tak stávají závislími na pomoci jiného člověka a nesnaží se tento stav už změnit. Zdravotníci mají pocit uspokojení z „dobře vykonané práce“ a utvrzují sebe i pacienta ve své nepostradatelnosti v procesu pomáhání.

Jak jsem již uvedla, Illichův názor je podobný názoru Schmidbauera (jak uvádím blíže v kapitole 2.7.2), který také konstatuje, že někteří pomáhající utvrzují svého klienta v tom, že bez jejich pomoci se neobejdou. Otázkou je, jak chápe pomáhající svého klienta? Jako předmět vlastního uspokojení nebo objekt své práce? Jak je vidět, výsledek procesu pomáhání, kterým je paralýza vlastních schopností a dovedností klienta vypadá stejně, přestože jsou motivy a postoje pomáhajících různé.

Pomáhající profese je výjimečná ve svém vztahu ke klientovi. Snad v žádné jiné profesi se nesetkáme s takovým potlačováním vlastních emocí a předsudků (GÉRINGOVÁ: 2011,69). Pomáhající se musí oprostít od svých názorů a postojů. Nedávat najevo svou averzi vůči lidem kulturně odlišným, lidem se specifickými názory, vyznávající určitou víru, (IVANOVA, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ: 2005,114). Musí chápat člověka holisticky a přistupovat k jeho potřebám individuálně. Kromě existenciálního očekávání je důležitý obecný postoj ke klientovi. Není řeč o konkrétním člověku, k němuž si pomáhající utvořil vztah, související s jeho osobnostními charakteristikami. Jedná se především o vztah partnerský, potřebný k vzájemné spolupráci a dosažení vytýčeného cíle. Takzvaný lidský faktor v ní hraje hlavní roli, a to ještě ve vzájemné součinnosti se samotnými pomáhajícími profesionály (KŘIVOHLAVÝ,2009,87).

2.7 Teorie motivačního jednání

Pro naplnění cíle disertační práce jsem vybrala tři teorie motivačního jednání, které významně souvisejí s procesem pomáhání, jelikož se vyjadřují k motivaci pomáhajících a potažmo i k volbě sesterské profese. Otázkou je: „Co vede člověka k volbě pomáhající profese?“ Je to motivace a hledání smyslu života, jak uvádí Frankl? Nebo touha po moci a uspokojování vlastních sobeckých potřeb, jak prezentuje svou teorii Schmidbauer? Nakonec může jít i o Rogerovskou projekci vlastního „já“ do života jiných lidí a potřebu sebeaktualizace.

V následujících kapitolách se budu podrobněji věnovat motivačnímu jednání z pohledu všech zmíněných autorů vybraných teorií.

2.7.1 Franklova teorie existencionalní frustrace

Zakladatel logoterapie Viktor Emil Frankl považuje hledání smyslu života za základní lidskou motivaci. Frankl (FRANKL:1994,15-17) postavil vedle Freudovy „*touhy po slasti*“ a Adlerovy „*touhy po moci*“ třetí, základní lidskou potřebu, kterou označil jako „*touhu po smyslu*“. Nenaplnění této touhy nazývá „*existencionalní frustrací*“. Existencionalní frustrace vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když se smysl bytí stává sporným, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění a člověk neví, co dál.

Při volbě pomáhající profese jsou lidé ovlivňováni sociálním prostředím, rodinnými tradicemi, výchovou a postojem k procesu pomáhání. Jinými slovy, člověk si volí povolání v souvislosti s určitým očekáváním, že se naplní jeho ambice a tím i smysl života. Volba zdravotnické profese mnohdy vychází z lásky k lidem, z potřeby pečovat o jiné a naplnit tak nejen profesní ale i vlastní život. Teprve v dlouhodobé interakci s nemocným, kdy je zdravotník vystaven objektivní skutečnosti utrpení, bezmoci, smrti, zoufalství a nepochopení, dochází k určitému zklamání a pocitu nenaplnění svých očekávání. Projevuje se jako syndrom vyhoření nebo syndrom pomáhajícího.

Tento jev může vést k neuróze či depresi (existencionalní neuróza). Její zvláštní formou je víkendová deprese, která se objevuje po skončení shonu pracovních dnů, jakmile člověku začnou do vědomí pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života.

Logoterapie pomáhá najít východisko z existencionalní frustrace. Logos zde neznamená slovo, nýbrž smysl a duchovnost. Chce tedy pomoci najít vlastní osobní životní smysl člověka v souladu s jeho osobností. V ošetrovatelské profesi to znamená, že smyslem pomáhání je vlastní sebereflexe v procesu pomoci a posilování vlastní osobnosti. Pomoc neznamená sdílení utrpení s nemocným nebo přivlastňování si jeho problémů ale uvědomování si pozice pomáhajícího a znát své možnosti a mantinely pomoci samotné. V této souvislosti bych ráda uvedla následující případ:

Sociální pracovnice v ústavu sociální péče se několik let bez problémů věnovala svým klientům. V zaměstnání byla spokojená, a jak říkala: „naplňovalo jí.“ V osobním životě se věnovala rodině a koníčkům. Do ústavu sociální péče byl přijat nový klient, muž ve středním věku, upoutaný na vozíku. Měl problémy s adaptací na nové prostředí, reagoval negativně na personál i ostatní klienty. Paní Eva (jak jsme nazvali sociální pracovníci v kazuistice) se mu začala více věnovat, aby pomohla novému klientovi s jeho zapojením se v novém prostředí. Jak sama později uvedla, jejím smyslem života se stal spokojený život muže, upoutaného na vozíku. Věnovala mu i svůj volný čas, řešila jeho problémy a cítila se spokojená, když viděla pozitivní změny v jeho chování. Klient se začal stávat závislým na její přítomnosti a neustále ji vyžadoval. Doprovázel ji domů, neustále telefonoval, dokonce hrozil sebevraždou, pokud nebude s ním. Paní

Eva začala mít problémy v rodině, v okolí svých přátel a sousedů i v zaměstnání. Všichni si její angažovanost vykládali „po svém.“ Propadla zoufalství a beznaději, jak později uvedla, jelikož odměnou za její úspěch v procesu pomoci byla bezmoc a opovržení. Rozhodla se pro radikální změnu situace. Odstěhovala se i s rodinou a našla si jiné zaměstnání v jiné profesi. Na závěr uvedla: „Musela jsem přestat pomáhat druhým, abych nezničila sebe a svou rodinu.“⁴

Závěr příběhu mi připomíná Frankla, (FRANKL:1994,28) který cituje Nietzscheho výrok: "Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé jak žít." Objevení potřebnosti a užitečnosti vlastního života pro jiné lidi a pro nadosobní cíle dává předpoklady i pro snášení útrap. Smyslem práce v pomáhajících profesích je uspokojování potřeb druhých. Smysl práce, jak uvádí Frankl (FRANKL:1994,13), je jedním ze základních kamenů smyslu života.

2.7.2 Schmidbauerova teorie moci

Jednou z dalších teorií, která je významná pro naplnění cíle disertační práce je teorie moci Wolfganga Schmidbauera. Schmidbauer komparuje a dovolím si říci, že i tak trochu umocňuje Illichův názor na proces pomáhání když konstatuje, že existují motivy, které ohrožují klienta, pomáhajícího i účel procesu pomáhání. Patří k nim touha **uplatnit svou moc** nad potenciálně bezbrannými lidmi a **touha po vděčnosti** těch, kteří se bez pomoci neobejdou.

První motiv je spojen s obrazem všemohoucího a nedotknutelného. Druhý, je podle Schmidbauera (SCHMIDBAUER:2000,85-97) „*hlad po vděčnosti a obdivné lásce těch, jimž se pomáhá, hlad, který nemá hranic a je nenasytný.*“

Zdravotničtí pracovníci jsou nezřídka přesvědčeni o tom, že se své práci věnují z altruismu, z účastného a účinného soucitu, anebo že se identifikovali s rolí, kterou si sami zvolili. Otázka zní: „ Je toto konstatování vždy upřímné?“

Wolfgang Schmidbauer (SCHMIDBAUER:2000,103) vnáší do motivačního jednání pečovatелů svůj názor, že:

„Stejně tak, jako člověk v nouzi potřebuje toho, kdo mu pomůže, tak pomáhající potřebuje člověka v nouzi.“

Když je nemocnému pomozeno a on se spokojeně vrátí do života, pak „nenasytná touha“ pomáhajícího jej nutí nejen k dalšímu osobnímu angažmá ve prospěch druhého člověka, ale vede ho také do stavu rozladění, vzteku, lítostí a depresí.

⁴ BURYOVÁ, I., *Odvrácená tvář sociální práce. Vědecký časopis Sociální práce – sociálna práca* 1/2010, str. 38-39. ISSN1213-6204.

Případný rozvoj syndromu vyhoření, o kterém se Schmidbauer zmiňuje jen okrajově, je pak „řešen“, „léčen“ anebo heroicky překonáván. V každém případě je uznáván. To, co je však nejen málo známé, ale současně i intenzívně vytěšňované, je „tajemství“ základní vazby mezi pomáhajícím a klientem, jejíž podstatou je uspokojování vlastních potřeb pomáhajícího.

Možná, že i to je důvod, proč někteří zdravotníci i sociální pracovníci neopouštějí své pracovní místo i přes nízké finanční hodnocení.

Pozoruhodný a vysvětlující je názor, který tematizuje problémy mezi pomáhajícími skupinami vzájemně, jak vyplývá z výsledků empirické studie (TREŠLOVÁ, M.: 2010,113-121), která sledovala postavení sestry v multidisciplinárním týmu. Analýza vyjádření všeobecných sester kvalitativního šetření přinesla zajímavý pohled na spolupráci a vztahy mezi sestrami navzájem, mezi sestrami a pomocným personálem, sestrami a rodinnými příslušníky pacientů. Autoři empirické studie konstatují, že:

„Z nastíněných problémových situací, vyjádřených respondenty nejčastěji uváděných odpovědí, kdy převažují negativní zkušenosti především v oblasti rivality mezi sestrami z důvodu rozdílu vzdělání, věku, rutiny a způsobu vedení týmu i řešení problémů managementem. V oblasti vztahu sestra - pomocný personál (sanitáři, ošetřovatelky, uklízečky) se problémové situace týkají jak direktivního přístupu sester, tak nezodpovědného přístupu pomocného personálu ke svým povinnostem. Vztah sestry s rodinnými příslušníky pacientů je nejvíce ovlivněn nevhodným chováním rodinných příslušníků, často agresivním, které je způsobeno nedostatkem informací jim podaných a kompetencemi, které umožňují sestram podat jen ty informace, které se týkají ošetrovatelské péče. Respondentky naznačují nevhodný vliv těchto vztahů na pacienty“.

Výsledky empirické studie potvrzují teorii Schmidbauera o autisticky nedisciplinovaném myšlení mnohých pomáhajících a o tom, že svým profesním úsilím především zdolávají nedostatek svého sebectví. Pravdivá jsou i slova o autoritářském přístupu k druhým, především k těm, ke kterým směřuje pomoc pomáhajících. Ten, kdo vystupuje autoritářsky, požaduje bez diskuse, aby jeho moc byla bez reptání uznána. Každý náznak diskuse je interpretován jako útok na svou autoritu a často se projevuje odmítavým, uraženým chováním. Někdy dochází i k vyhoceným agresivním reakcím. Schmidbauer konstatuje (SCHMIDBAUER:2000,75), že: *„Kořeny autoritářského chování leží v pocitu nemilovanosti a nedostatku bezpečí, z něhož vyvstává kruh koluze.“* Stručně řečeno: *„Protože mě nemilujete, musím vás ovládat - protože nás chceš ovládat, nemůžeme tě milovat!“*

Pocity nedocení jsou u lidí v pomáhajících profesích, zejména ve zdravotnictví, časté (VENGLÁŘOVÁ, M.: 2011, 159, GÉRINGOVÁ, J.: 2011, 198, GUGGENBÜHL, A.: 2007, 120). Většinou bývají interpretovány tak, že „nevděční“ pacienti ani netuší, kolik

pozornosti, péče a námahy jim ošetřovatelé věnovali. Tuto nespravedlnost vnímají jako realitu. Schmidbauerova teorie pomáhání nás nutí zamýšlet se nad tím, zda právě tato specifická kategorie profesionálů nemá na celkovém vyznění svého neocenění také svou vinu.

2.7.3 Rogerovská teorie kongruence

Rogers se domníval, že chování je vždy motivováno přítomnými potřebami (i když minulé události mohou motivaci ovlivnit), přičemž se projevuje tendence k tzv. sebeaktualizaci. Také je autorem teorie osobnosti soustředící se, na pojem „já“. Ústřední pojem „já“ je podle Rogerse (ROGERS:1957,48) tvořen prožitky organismu, které je jedinec ochoten „přijmout za své“, za část své osobnosti. Dobře přizpůsobená osobnost, jak říká Rogers, je schopná asimilovat do svého pojetí „já“ své veškeré prožitky v původní, nezkreslené podobě.

Tato shoda mezi prožitým a uvědomovaným se nazývá **kongruence** (ROGERS:1951,136) Naopak patologická osobnost je typická **inkongruencí** - nízkou mírou kongruence. To znamená, že prožitky bývají vytěsněny či vnímány zkresleně, čímž je zkresleno i uvědomované „já“. V pomáhající profesi má tento způsob vnímání zkreslené reality velmi vážné důsledky. Může vytvářet negativní vztah mezi pomáhajícím, klientem a současně ovlivnit vztahy i mezi ostatními aktéry procesu pomáhání. Názorným příkladem jsou následující postoje některých zdravotnických pracovníků, které mohu podpořit kazuistikou z vlastní praxe ve zdravotnickém zařízení.

Kazuistika:

Všichni pacienti, kteří se léčí s onemocněním jater, jsou určitě „alkoholici“ a neváží si sebe, svého zdraví a tím i práce zdravotníků. Jak já, jako zdravotní sestra k tomu přijdu, abych ztrácela s takovými lidmi svůj čas?

Většina osamělých lidí se nechá hospitalizovat v topné sezóně proto, aby doma ušetřili na energii. Jako zdravotník se cítím být více služebníkem a poskokem.

Dítě se ocitlo v nemocnici z důvodu, že si rodiče chtějí užít volného času a neví kam s ním. Jsem zdravotní sestra nebo chůva?

Bohužel, takto vnímají někteří zdravotníci svoji sociální roli pomáhajícího profesionála, a protože neskrývají někdy své pocity, dostávají se do konfliktu s okolím (VENGLÁŘOVÁ,M. a KOL., 2011,192). Jejich postoje k nemocným a jejich příbuzným vycházejí z několika negativních zkušeností, které získali, a které se staly obecnými pro všechny podobné případy. V souvislosti s tím bych ráda uvedla i názor Lazaruse, který ve své publikaci *101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě* uvádí problém i z trochu jiného úhlu pohledu (LAZARUS,A.,LAZARUS,C.: 2004, 36): „*spouštěcím mechanismem našich pocitů nejsou události, ale způsob, jakým o událostech*

přemýšlíme. Naše nepromyšlené citové reakce na vnější podněty jsou ve skutečnosti kombinací vnějších událostí a naší interpretace těchto událostí. Události a emoce se v procesu poznávání spojují do řetězce našich zkušeností.“

Výsledkem může být zpochybňování vlastní profesní identity se všemi důsledky. Obecně lze konstatovat, že výchova postojů ke skutečnosti je problém daleko obtížnější, než vytváření vědomostí a dovedností. Postoj ke společnosti, lidem a k hodnotám je osobním rozhodnutím, osobní volbou.

Dlouhodobá interakce s klienty či nemocnými, může vést u pomáhajících profesionálů k negativním psycho-sociálním jevům (VENGLÁŘOVÁ: 2011,193, KŘIVOHLAVÝ: 2009, 87, ŠPIRUDOVÁ: 2006, 168, STOCK: 2010,33). Obecně je známa profesionální deformace a daleko závažnější – syndrom vyhoření. Oba jevy přicházejí plíživě a jsou velmi špatně rozpoznatelné. Ohrožují jak profesionála, tak i samotný proces pomáhání u klienta.

2.8 Rizikové faktory práce v pomáhajících profesích

Při hledání příčin sociálně patologických jevů v pomáhajících profesích, kterým je syndrom vyhoření a s ním spojené nadměrné užívání sedativ, hypnotik, alkoholu, a jiných návykových látek, se uvažuje o specifických i nspecifických zátěžových faktorech. Zejména se zdůrazňuje vyšší míra stresu a snadná dostupnost výše jmenovaných léků. Dalším faktorem je nezvládnutí vztahu mezi pomáhajícím a klientem, kdy může dojít k patologické závislosti nebo naopak k prezentaci a uplatňování moci nad druhým člověkem (KALINA: 2008,115, VYMĚTAL: 2007,138, STOCK: 2010, 31-40, ŠPATENKOVÁ A KOL: 2011, 33.). Nešpor uvádí několik zásadních rizikových faktorů (NEŠPOR,CSÉMY: 2001,36):

- *„Kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, problémové soukromí klientů, smrt).*
- *Emoční stavy klientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv apod.).*
- *Velká odpovědnost pracovníků (morální a právní), nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu, ošetření, existenční rozhodnutí (přeložení do jiného zařízení sociální péče).*
- *Konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky profese, terapeut versus manažer a podnikatel, který musí brát v úvahu ekonomické tlaky apod.).*
- *Nedostatečná pozornost k vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými a trpícími často aktivují.*
- *Ostrý životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby.*
- *Velká dostupnost návykových látek.*

- *Sklon k samo léčení.*
- *Domnělá nebo skutečná profesionální selhání prožívají zdravotníci a sociální pracovníci většinou hůře než jiné profese.*
- *Jsou svým okolím často vnímáni přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování profesionálního a soukromého života.*
- *Reálná zdravotní rizika (např. infekce nebo riziko napadení klientem).*
- *Trojsměnný provoz a noční práce, někdy i spánková deprivace.*
- *Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.*
- *Časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání.*
- *Nutnost se adaptovat nové situaci a novým přístupům.*
- *Nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů. Stres, vyčerpání, a další okolnosti týmovou práci ještě znesnadňují.*
- *Nárazový charakter práce v mnoha oborech. Bývají náhle zavaleni složitými, někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které mají zvládat ve velmi omezeném čase.“*
- *„Syndrom vyhoření („burnout“) vzniká v důsledku dlouho trvajícího profesionálního stresu a je u těchto profesí relativně častý. Zprvu se dostávají pocity neuspokojení z práce, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo obtíže s pohybovým systémem. Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Tomu odpovídá i pokles sebedůvěry a energie. V bludném kruhu se pak zhoršuje symptomatologie (příznaky onemocnění) a pracovník přestává být schopen práci vykonávat. Syndromu vyhoření lze rozhodně předcházet a lze ho i léčit.“*

Uvedené rizikové faktory se neuplatňují izolovaně, ale vstupují do interakcí se specifickými charakteristikami jednotlivých pracovníků, jejich psychickou i tělesnou odolností, v souvislosti s různými motivacemi, ale i v kontextu s jejich rodinným i širším společenským prostředím.

2.9 Intervenční nástroje v prevenci nežádoucích jevů v pomáhajících profesích

Velmi důležitým aspektem pomáhající profese je přiznat si fakt, že nejen klienti pomáhajících profesionálů mají své nezbytné potřeby, ale že i oni mají potřeby, bez jejichž uspokojování jsou ohroženi. Nejen oni poskytují pomoc, ale také ji někdy musí přijmout. Tamara Tošnerová se dlouhodobě zabývá problematikou syndromu vyhoření a syndromem pomáhajícího. Nerozlišuje pomáhající profesionály a neprofesionály. Obecně charakterizuje problémy všech pomáhajících, které je spojují. Poukazuje na nebezpečí, kdy pomáhající ani nezaregistrují, kdy je tato činnost začíná pohlcovat a oni sami už potřebují odbornou pomoc.

Ve své publikaci "Příručka pro pečovatele" (TOŠNEROVÁ: Příručka pro pečovatele, viz.: [www.pecujici.cz / prirucky ke stazeni. shtml?cmd\[814\]=c-1-příručka%20pečovatele/cit.2.2.2010](http://www.pecujici.cz/prirucky/ke-stazeni.shtml?cmd[814]=c-1-příručka%20pečovatele/cit.2.2.2010)) uvádí, že: *"jakmile si pomáhající uvědomí, že ve vztahu ke klientům si odžívají své vlastní pocity, mají snahu je nadbytečně řídit, prožívat svou práci jako oběť, jakmile neumí klientům naslouchat, nedovedou uchránit svou autonomii proti jejich agresi, práce jim začne brát energii a netěší je. Jakmile se projeví tyto a další podobné nepříjemné příznaky, je nejvyšší čas pro zásah zvenčí (mimo soukromou osobní komunitu)".*

Tošnerová se zaměřuje především na laické pomáhající, kteří pečují o geriatrického rodinného příslušníka v domácnosti. Pomáhá pečovatelům v orientaci ve vlastních psychosociálních možnostech, a jak si sami mohou otestovat své schopnosti v pomáhání.

V současné době existují i další možnosti, které efektivně řeší problémy pomáhajících profesionálů (WÁGNEROVÁ A KOL.:2011,142). Pomoc spočívá v efektivní komunikaci nejen mezi pomáhajícím a klientem ale především ve vzájemné komunikaci v týmu, v týmové spolupráci a podílení se na vytváření stabilního zdravého pracovního prostředí. Identifikace problémů a otevřenost při jejich sdílení napomůže v mnohém při řešení konfliktů nejen mezi profesními skupinami ale i mezi jednotlivci. Správně zvolené řešení tak může zabránit i vzniku syndromu vyhoření.

Intervence podle Tošnerové (TOŠNEROVÁ: 1999,109) jsou:

- kolegiální poradenství - Peer Counseling,
- supervize,
- supervize s odborníkem.

Společným cílem poradenského procesu je nalezení způsobu, při kterém pomáhající za pomoci odborníků hledají rezervy sami v sobě. Odborníci, zabývající se poradenskými intervencemi mají v pomáhajících povzbudit skryté síly a současně musí splňovat dvě podmínky: orientovat se v dané problematice, být schopni nehodnotit a nepředkládat hotová řešení.

Peer Counseling – kolegiální poradenství

Peer Counseling nikdo neřídí. Je to zcela zvláštní druh poradenství. Někdy se hovoří o „vzájemném poradenství“. Pomáhajícímu může dobře poradit především ten, který stejné těžkosti zažil a poradil si s nimi. Může předat své zkušenosti nejen v řešení odborných problémů (specifika vztahu s postiženým klientem), ale také s řešením osobních problémů, které vztah s klientem přináší.

Supervize

Slovo „supervize“ pochází z latinského „*super*“, znamená nad, a „*vize*“, je vidina, zjevení (BAŠTECKÁ,1999, 6, HAVRDOVÁ 1999, 29). „Supervize“ je původně z angličtiny a můžeme ji přeložit jako dohled, dozor nebo také kontrolu, řízení a vedení. Podstatou supervize je především podpora, reflexe a rozvoj.

Vztah mezi supervizorem a supervizantem je ve vzájemné interakci s cílem, ovlivňovat či rozvíjet supervidovaného. Hess (HESS IN HAVRDOVÁ:1999,31) definuje supervizi jako: *„čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného a účinně pomáhat lidem“*

Baštecká (1999) uvádí: *„supervize je metoda, která umožňuje pracovníkovi pochopit, co brzdí jeho porozumění s klientem a co ho může účinně chránit před syndromem vyhoření.“* Tošnerová (TOŠNEROVÁ:1999,113) charakterizuje supervizi jako *„systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému“*. Dörner a Plog (DÖRNER,PLOG:1999,28) ve své publikaci uvádějí, že by supervize *„měla být příležitostí, při které je možné zjistit, jak působím na druhé, jak působí instituce a také jak působí společenské a ekonomické podmínky. Je však především příležitostí k bezpečnému rozhlédnutí se, kde jsou hranice schopnosti pomoci, zda je možné se změnit, jak je možné chránit před sebou druhé. Jednotliví pracovníci mohou při supervizi nebo při balintovských skupinách spatřit souvislosti své práce v širším kontextu.“* Kopřiva (KOPŘIVA:1999,121) podrobněji rozebírá metodologii supervize a uvádí, že: *„Supervize může pracovat s reálnými situacemi rozhovoru pracovníka s klientem, a to buď za přítomnosti supervizora při rozhovoru nebo za použití audio či videonahrávky sezení.“*

Supervize je jedním z nástrojů, jak efektivně řešit problémy pomáhajících profesionálů. V sociálních službách je zařazena do standardů kvality a využívána pravidelně, i když častěji ve formě „intervize“ neboli supervize, která je řízená pracovníkem organizace. Pomáhá stabilizovat interní vztahy v organizaci a řešit konflikty mezi sociálními pracovníky a klienty.

3 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Předmětem disertační práce je problematika celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, které přímo souvisí s moderními trendy v ošetrovatelské péči a novými kompetencemi jednotlivých členů zdravotnického týmu v současné době.

V souladu s celosvětovým trendem rozvoje zdravotnictví je v ošetrovatelství kladen důraz na individuální, multikulturní přístup v ošetrovatelské péči a zkvalitnění týmové práce. Tím jsou kladeny i nové nároky na vzdělanostní úroveň zdravotnických pracovníků, jejich teoretické znalosti, praktické dovednosti a celkovou kompetenční vybavenost.

Disertační práce se zaměřuje na problematiku celoživotního vzdělávání středního zdravotnického personálu, zejména na vzdělávání andragogické povahy, jehož cílem je zabránění vzniku profesionální deformace, syndromu vyhoření a zkvalitnění interpersonálních vztahů, které jsou nezbytné v samotném procesu profesionálního pomáhání.

K pochopení celé problematiky je třeba uvést historické souvislosti vzniku ošetrovatelství jako instituce a charakterizovat její vývoj.

Konceptualizace ošetrovatelství

Existuje mnoho faktorů, které komplikují jasné definování oboru ošetrovatelství a ošetrování nemocných. Souvisí s historickou, sociální a kulturní specifikací zemí, ve kterých obor ošetrovatelství vznikl a rozvíjel se.

Při konceptualizaci pojmu „ošetrovatelství“ a „ošetrování nemocných“ jsem pro potřeby disertační práce rozdělila jeho multistratifikaci do dvou dimenzí — **statické** a **dynamické**. Ve statické rovině je prezentováno ošetrovatelství jako **instituce** v podobě vědy, oboru, paradigmatu, vzdělávání a výzkumu, v dynamické má charakter **intervence**, kterou představuje ošetrovatelská metodologie a s ní související ošetrovatelské diagnostikování a plánování.

Ošetrovatelství z pohledu vědy

Ošetrovatelství (ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ:1998,5, 2005, 49, KUTNOHORSKÁ: 2010, 13, KELNAROVÁ: 2009, 16) má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Je profesí, která se neustále rozvíjí. Jeho vývoj byl až do počátku minulého století zpravidla postaven na intuici, tradici a na zkušenostech, získaných především praktickou činností. Masivní rozvoj samotné teorie (MASTILIAKOVÁ: 2002, 187, ŽIAKOVÁ, JAROŠOVÁ, Čáp: 2005,187) nastal v 50. letech dvacátého století, zejména v USA.

V současnosti má ošetřovatelství svůj vlastní jedinečný soubor vědomostí, potřebných pro ošetřovatelskou vědu. Jak uvádí Jarošová (JAROŠOVÁ: 2002,6) tato vědomostní báze je postavena na specifických ošetřovatelských koncepcích, teoriích a je ovlivňována různými filozofickými směry

Podle Mastiliakové (MASTILIAKOVÁ:2003,69) ošetřovatelství „*akceptovalo základní vědecký (systémový) přístup a východiska, kterými se řídí lidské poznání. V rovině vědecko-teoretické je ošetřovatelství multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací.*“

Vědeckost v ošetřovatelství lze spatřovat v systému specifických teoretických vědeckých poznatků, které jsou doposud předmětem zkoumání a realizované metodou praxe, prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Vymezení oboru ošetřovatelství

Ošetřovatelství, stejně jako jiné vědní obory, má svou filozofii, paradigma, výzkum a systém vzdělávání.

Ošetřovatelská filozofie, jak Jarošová uvádí (JAROŠOVÁ:2002,7), zahrnuje:

- ontologii (povahu ošetřovatelství),
- epistemologii (povahu ošetřovatelských poznatků),
- etiku (povahu ošetřovatelského chování).

Filozofie (KUBICOVÁ, MUSILOVÁ: 2009, 58) se odráží v každém oboru, v jeho etických zásadách i v teoretických konceptuálních modelech. V ošetřovatelství lze hovořit zejména o filozofii holismu. Holistická teorie (MASTILIAKOVÁ: 2003,70) „*vidí všechny živé organizmy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím.*“

Podle Mastiliakové je „*celek člověka utvářen z pěti částí:*

- *biologické,*
- *společenské (přírodní a společenské prostředí),*
- *kognitivní (poznávací),*
- *emocionální,*
- *duchovní.*“

Holistický přístup se začíná objevovat v době, kdy vznikaly první špitály. Křesťanská víra vedla v 1. stol. n. l. mnoho dobrovolníků k aktivním návštěvám nemocných a trpících, které laicky ošetřovali a pečovali o jejich základní potřeby. Křesťanská láska (JAROŠOVÁ:1999,19) byla věřícími vyjádřena zejména životem v pokoře, milosrdenstvím a pomocí bližnímu. Věřící lidé se sdružovali do skupin, aby následovali Kristovo učení. Z nich pak postupně vznikaly první křesťanské řády, jejichž posláním bylo pečovat o nemocné. Zde byly položeny základy klášterní medicíny spojené s péčí o základní potřeby nemocných, postižených, chudých a trpících lidí.

Ve 4. stol. (STAŇKOVÁ: 2003,3) začaly pro tyto účely vznikat první kláštery a mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné a trpící opuštěné lidi. Po dalších několika století zakládaly církevní řády kláštery, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali tělesně i duševně nemocné. Jejich činností bylo uspokojování biologických, psychických i sociálních potřeb člověka. Právě v tomto období (JAROŠOVÁ: 1999,19) se začíná pohlížet na člověka a jeho potřeby holisticky. S následným vývojem ošetřovatelství, které poznamenal především rozvoj medicíny, se mění holistický přístup ošetřovatelské péče. Je pojímána více technicky, instrumentálně a má charakter výkonový. Začíná postrádat celostní přístup v péči o člověka.

Paradigma

Paradigma (PALENČÁR, IN ŽIAKOVÁ: 2003, 55-63) je všeobecně uznávaný výsledek vědeckého zkoumání v určité vědní disciplíně, které obvykle delší čas slouží danému vědeckému společenství, jako model řešení určitého problému.

Paradigma ošetřovatelství (JAROŠOVÁ: 2002, 6, PALENČÁR: 2009, 92) se vyvíjí již od doby Florence Nightingaelové, která se poprvé v historii zabývala teorií v ošetřovatelství a neformálně popsala ve svých publikacích čtyři ústřední pojmy ošetřovatelství (člověk, okolí, zdraví, ošetřovatelství). Florence Nightingaelová propagovala myšlenku ozdravného působení prostředí nemocného a jeho vliv v léčebném procesu.

Nightingaelová, která je často označována za první teoretičku ošetřovatelství, vyzdvihla jeho statut prostřednictvím vzdělávání.

Podle Jarošové (JAROŠOVÁ:2002, 7-8) vznikají konceptuální modely v ošetřovatelství v souvislosti s hlavními pojmy paradigmatu:

- ✓ „člověk,
- ✓ zdraví,
- ✓ stav dobré pohody,
- ✓ prostředí,
- ✓ ošetřovatelství.“

Jejich význam spočívá:

- ✓ „v odrážení filozofických hodnot a přesvědčení,“ které více sblíží praxi a výzkum,
- ✓ „ve formulaci obecných návodů pro exaktní formování poznatků ošetřovatelství,
- ✓ v poskytování odborného rámce pro činnost sester v souvislosti s jejich
- ✓ vzděláváním,
- ✓ v praxi a plánování.“

Jak říká Mastiliaková (MASTILIAKOVÁ: 2003, 71-72, 2007, 52-56): „ Vytváření modelů je sociální proces. Souvisí s vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče, která zahrnuje péči jak léčebnou, tak i ošetrovatelskou.“ Lékařská diagnóza je v případě nemocného člověka pro ošetřování velmi důležitá, ale holistická péče nemůže být založena pouze na lékařské diagnóze. Jak jsem již uvedla v předcházející kapitole, holistická péče (BLATTNER: 1981, 223, PACOVSKÝ: 1975, 23) je charakterizována svou uceleností v péči o člověka a snaží se saturovat všechny jeho potřeby. Uvědomění si a respektování tohoto faktu vedlo odborníky ošetrovatelství, i samotné sestry, k hledání stále lepších modelů ošetrovatelské péče.

Teorie a modely v ošetrovatelství (MASTILIAKOVÁ: 2003,72, KUBICOVÁ, MUSILOVÁ: 2009. 138-145, KUTNOHORSKÁ: 2010, 37), které vznikaly postupně od doby Florence Nightingaelové, odpovídaly v dobách svého vzniku hodnotám a systémům zdravotnické péče. Palenčár ve své publikaci (PALENČÁR, IN ŽIAKOVÁ: 2003, 67) uvádí nejznámější konceptuální modely, které podrobněji rozebírá i Jacqueline Fawcett (FAWCETT: 1989, 41, 2000, 15):

- „Nightingaelové enviromentální model (r. 1859),
- Hendersonové komplementárně-suplementární model (r. 1966),
- Johnsonové model behaviorálního systému (r. 1966),
- Levinové model zachování (r. 1969),
- Rogersové model jednotného energetického pole (r. 1970),
- Kingové model otevřených systémů (r. 1971),
- Oremové model sebepéče (r. 1971),
- Neumanové systémový model (r. 1972),
- Royové adaptační model (r. 1976).“

Rozvoj ošetrovatelské teorie dosáhl svého vrcholu v 60. letech (ARCHALOUSOVÁ: 2003,6, ŠAMÁNKOVÁ: 2006, 35) a ošetrovatelská věda tak pokročila na základě výsledků výzkumných prací sester a porodních asistentek. Ve druhé polovině 20. století (KOZIEROVÁ: 1996, 3) byla celá řada teoretiků ošetrovatelství, kteří rozpracovali svoje názory na tento obor. Těmto definicím jsou většinou společné určité charakteristiky: ohleduplnost, laskavost a individuální přístup.

Vzdělávání

První zmínku o vzdělávání sester (JAROŠOVÁ:1999,20-23, STAŇKOVÁ: 2002, 22) lze najít teprve koncem 19. stol. v Anglii. V té době byly organizovány v zařízeních pro duševně choré první přednášky pro ošetrovatelky. Jinak své znalosti a dovednosti získávaly v praxi od starších spolupracovníků.

V roce 1860 byla v Londýně založena první ošetřovatelská škola na světě (škola při nemocnici Sv. Tomáše), o kterou se zasloužila F. Nightingaelová. Škola se stala vzorem pro ostatní země. Teprve od této doby začaly být ošetřovatelky pro svoji práci systematicky vzdělávány jak v nemocniční tak i domácí službě. Díky Nightingaelové se z charitativní služby (MASTILIAKOVÁ: 2002, 35, PACOVSKÝ: 1975,13) stalo ošetřovatelství skutečným odborným a hluboce lidským povoláním.

Po vzoru londýnské školy vznikaly v relativně krátké době ošetřovatelské školy v dalších velkých evropských městech i ve Spojených státech amerických. Vlivem velmi silného emancipačního ženského hnutí (KAFKOVÁ:1992,185, POCHYLÁ: 2005, 23) a národnostního hnutí v českých zemích vznikla v r. 1874 v Praze první ošetřovatelská škola u nás (Rakousko-Uhersko). Byla to škola česká. Její existenci značně ovlivnily české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. V ošetřovatelské škole se ošetřovatelky odborně vzdělávaly v teorii pod vedením českých lékařů, zpravidla učitelů na LF Karlovy Univerzity. Každý kurz trval několik měsíců. Velkým pomocníkem jim byla kniha F. Nightingalové *Knih o ošetřování nemocných*, která u nás vyšla v překladu Paulíny Králové v roce 1874. I když po sedmi letech trvání škola ukončila svou činnost, má v historii našeho ošetřovatelství mimořádný význam.

České profesní organizace sester a porodních asistentek

České sestry (STAŇKOVÁ:2002,49-65) se začaly organizovat velmi záhy po otevření první ošetřovatelské školy v Praze v r. 1916. První diplomované sestry – absolventky této školy cítily potřebu sdružit se a společně prosazovat zájmy sesterské profese, vzájemně se podporovat a rozvíjet české ošetřovatelství.

První absolventky státní ošetřovatelské školy založily z iniciativy amerických sester v r. 1921 **Spolek absolventek školy ošetřovatelské (SAŠO)**, aby mohly společnými silami účinněji prosazovat zlepšení pracovních podmínek a existenčních poměrů sester. Spolek začal pořádat přednášky, kurzy, založil pomocný fond sester a začal publikovat ve *Zprávách Československého Červeného Kříže*.

V r. 1928 začal spolek fungovat pod názvem **Spolek diplomovaných sester**. Pod vlivem spolku se začaly při nemocnicích budovat sesterské ubytovny, rozšířily se občanské svobody ošetřovatelek, došlo k úpravě pracovní doby, dovolené. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kurzy, pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy. Pokoušel se také o sjednocení uniforem sester.

Usiloval o publikační činnost – v r. 1937 vyšlo první číslo časopisu *Diplomovaná sestra*. Spolek navázal spolupráci se sesterskými organizacemi v zahraničí. V r. 1933 byl Spolek diplomovaných sester ČSR přijat do Mezinárodní rady sester. Činnost spolku

byla násilně ukončena v r. 1941 a bohužel již nebyla obnovena. Tím bylo také zrušeno naše členství v ICN.

Nová organizace sester (STAŇKOVÁ: 2002,49-65, ROZSYPALOVÁ, HALADOVÁ: 1981, 79) vznikla až v r. 1973 – **Česká společnost sester (ČSS)**, která navázala na tradice Spolku diplomovaných sester. Protože nemohla existovat jako samostatná organizace, stala se po mnoho let součástí Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Byla dobrovolným sdružením pro zdravotní sestry i porodní asistentky (dříve ženské sestry). Společně se Společností slovenských sester vytvořila Československou společnost sester a díky této federální organizaci a její aktivní odborné činnosti byla v r. 1983 znovu po 40 letech přijata za člena ICN. Společnost sdružovala několik tisíc sester a podle jejich zaměření se rozdělila do 16 odborných sekcí. Pořádala celostátní konference, sympózia, semináře a pracovní dny zaměřené k aktuálním tématům ošetrovatelství. Podporovala vysokoškolské vzdělávání sester. Od r. 1990 začala ČSS pracovat jako samostatná profesní organizace. Současně v té době začala vznikat **Česká asociace sester (ČAS)**, která se jako samostatná organizace zaregistrovala v r. 1991. V r. 2000 došlo ke sloučení obou organizací.

Historický vývoj ošetrovatelství (STAŇKOVÁ: 2001,9, ROZSYPALOVÁ, HALADOVÁ: 1981, 83) otevírá velmi dlouhou etapu, na jejímž rozvoji měly velký vliv války. Počátky ošetrovatelství sahají už do raného středověku, který byl doprovázen šířením křesťanství. Nejvýraznější historické kořeny se nacházejí v bodech: filozofie a paradigma, kdy první má historický původ již kolem 1. – 4. století v době křesťanství a druhé s příchodem Florence Nightingaelové, jak uvádím blíže v kap. 3. Ošetrovatelství, jako věda, je však zatím historicky méně významná. Stejně jako mnoho jiných oblastí lidského poznání a činností vyústilo ve své historické genezi do vědecké formy, která je charakterizovaná především předmětem zkoumání, vědeckou metodou, jazykem, způsobem získávání a realizací poznatků. Ošetrovatelství se považuje, z hlediska svého předmětu, za vědu reálnou a humanitní. Z hlediska svého cíle za vědu aplikovanou.

Předmětem zkoumání je člověk jako celek. Jak Palenčár uvádí (PALENČÁR, IN ŽIAKOVÁ et al: 2003,11), tomu se *„přizpůsobuje také celková metoda, která by měla být přiměřená právě jednotlivci jako bio-psycho-sociální bytosti s neopakovatelným duchovním rozměrem.“*

Rozvoj vědeckovýzkumného základu ošetrovatelství se pro poskytování ošetrovatelské péče a vzdělávání stal nevyhnutelným předpokladem.

Výzkum v ošetrovatelství

Výzkum v ošetrovatelství lze definovat (BARTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ: 2005,7) „jako činnost, prostřednictvím které empirickými metodami zkoumáme nebo ověřujeme platnost hypotéz o vztazích mezi jevy v ošetrovatelství“.

Jak uvádí Kutnohorská, pro výzkum v ošetrovatelství je specifické to, že je nutno sledovat proces. Paradigmatem ošetrovatelského výzkumu (KUTNOHORSKÁ: 2009, 9) je, že stejně důležitý je začátek i konec zkoumaného procesu.

Teorie výzkumu ošetrovatelství úzce souvisí se změnami (KUTNOHORSKÁ: 2009, 10), kterými ošetrovatelství a ošetrovatelská péče prochází. Jde především o individualizaci ošetrovatelské péče, která vychází z holistického pojetí člověka. To znamená, že chápe člověka jako celistvou osobnost v biologických, sociálních, spirituálních, kulturních a ekonomických dimenzích.

Historický vývoj výzkumu v ošetrovatelství má své kořeny už za existence Florenc Nightingelové (TÓTHOVÁ:2005, 28, KUTNOHORSKÁ: 2009,12) a s jejím působením v průběhu krymské války v druhé polovině 19. století. Dokázala uplatnit statisticky vyhodnocené závěry svého pozorování v péči o raněné vojáky.

V první polovině dvacátého století, jak uvádí Tóthová, se ošetrovatelský výzkum orientuje na přípravu a vzdělávání ošetrovatelského personálu. Současně se zaměřuje na kvalifikační přípravu učitelek ošetrovatelství. Závěry těchto výzkumů doporučují realizovat kvalifikační vzdělávání pedagogů na vysokoškolské úrovni.

V období druhé světové války se výzkum orientuje na zkoumání vlivu nemocničního prostředí na nemocné a na postavení sester.

V druhé polovině dvacátého století (TÓTHOVÁ:2005, 28, KUTNOHORSKÁ: 2009,13) dochází k dalšímu rozvoji ošetrovatelského výzkumu, který se zaměřuje především na problémy každodenní ošetrovatelské praxe a na odbornost sester. S expanzí výzkumných zpráv a potřebou jejich publikace vznikají odborné časopisy, např. *Western Journal of Nursing Research*, *Journal of Nursing Education*, a další.

V České republice nastala významná změna v ošetrovatelském výzkumu v devadesátých letech minulého století, kdy bylo možné čerpat informace z výsledků zahraničních výzkumů a navázat na mezinárodní spolupráci v této oblasti. V roce 2000 (<http://www.mzcr.cz./data/c1321/lib/KONCEPCE.rtf/cit.9.1.2010>) byla ustanovena na Ministerstvu zdravotnictví *pracovní skupina pro vědu, výzkum a vzdělávání v ošetrovatelství*. Dalším mezníkem se stal rok 2004, kdy byl do *Koncepce rozvoje výzkumu v resortu Ministerstva zdravotnictví do roku 2008* zakotven i ošetrovatelský výzkum.

Jak je uvedeno ve „Strategických dokumentech pro všeobecné sestry a porodní asistentky“ (LÁNY: 2002, 118), podle Světové zdravotnické organizace se ošetrovatelský výzkum zaměřuje:

- „na tvorbu znalostí o péči a ošetřování lidí zdravých i nemocných,
- na chápání základních genetických, fyziologických, sociálních a behaviorálních mechanismů,
- na dopady životního prostředí na lidský organismus, které ovlivňují schopnosti jednotlivců i rodin udržet nebo zlepšovat optimální funkce a minimalizovat negativní dopady nemocí,
- na vytváření znalostí programů a systémů, poskytující efektivní a účinnou ošetrovatelskou péči
- na profesi zdravotní sestry a její historický vývoj,
- na kvalitu a etiku ošetrovatelské péče – etický kodex,
- na systémy, které účinně připravují sestry naplňovat současné a budoucí společenské úlohy profese,
- na sestry jako řešitelky projektů, které zkoumají příčiny, diagnostiku a prevenci nemocí, podporu zdraví, procesy růstu a vývoje jedinců a biologický efekt kontaminace prostředí.“

3.1 Ošetrovatelská péče jako intervenční proces

Jak už jsem uvedla při konceptualizaci pojmu „ošetrovatelství“ v kapitole 3, rozdělila jsem jeho multistratifikaci do dvou dimenzí — statické a dynamické. Ve statické rovině jsem prezentovala ošetrovatelství jako instituci v podobě vědy, oboru, paradigmatu, vzdělávání a výzkumu. V rovině dynamické budu dále charakterizovat ošetrovatelství, zejména ošetrovatelskou péči, z hlediska intervence, kterou představuje ošetrovatelská metodologie a ošetrovatelský proces, jehož součástí je ošetrovatelské diagnostikování a plánování.

K uvedení do problematiky ošetrovatelské péče je třeba charakterizovat její historické souvislosti a vývoj.

Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče (STAŇKOVÁ: 1991,36, PALENČÁR: 2009, 25 KUTNOHORSKÁ: 2010, 35) je podstatně mladší disciplínou, než medicína. Její dnešní koncepce byla z historického hlediska ovlivňována dvěma vývojovými liniemi.

První z nich je *linie charitativní*, ve které ošetřování bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu nemocnému člověku v jeho náročné životní situaci. Ošetrovatelská péče je v tomto pojetí zaměřena především na pomoc v uspokojení

základních životních potřeb. Tento aspekt ovlivňoval rozvoj ošetřovatelství v průběhu celého vývoje ošetřovatelského povolání. Vycházel z hlubokých humánních tradic.

Až do poloviny 19. století (WILTSCHKOVÁ: 1982,30) ošetřovaly nemocné civilní opatrovnice a řádové sestry, které se pro svou práci připravovaly zácvikem na nemocničních odděleních. Zárodky ošetřování nemocných můžeme sledovat v našich zemích už v 10. století, kdy vznikaly na území Prahy první hospice - v podstatě útulky pro chudé a nemajetné, v nichž civilní sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. Podobnou roli sehrály kláštery. Také první hospitály (špitály) zajišťovaly spíše střechu nad hlavou, obživu, postel a teplo, než léčení nemocných.

Ošetřovatelství bylo laickou službou trpícímu člověku a mělo vysoce humánní charakter. Prováděly ho osoby bez jakéhokoli odborného vzdělání, osoby, které zácvikem přejímaly zkušenosti svých předchůdců a byly pro tuto práci hluboce lidsky motivovány.

Druhý vývojový proud (MELLANOVÁ: 1991,7) se utváří ruku v ruce s rozvojem medicíny. Lékař postupně potřebuje ke své práci pomocníka, který bude provádět jeho pokyny, a který bude na nemocného trvale dohlížet jak v domácnostech, tak v nově vzniklých špitálech. A tak se postupně vyvíjí role sestry - pomocníka lékaře. Tento vývojový trend si poměrně rychle vynutil odborné vzdělání sester a přispěl ve druhé polovině 19. století, v době emancipačního hnutí, k založení prvních ošetřovatelských škol.

Jak jsem se již zmínila v předcházejících kapitolách, historickým mezníkem ve vývoji ošetřovatelství se stalo založení první ošetřovatelské školy na světě v Londýně roku 1860. Její zakladatelka Florence Nightingaelová poprvé vychovávala ošetřovatelky pro nemocniční službu.

F. Nightingaelová (TÓTHOVÁ:2005, 28, KUTNOHORSKÁ: 2009, 20) položila základní kámen teoretickému rozvoji ošetřovatelství jako samostatné disciplíně. Vytvořila první koncepci ošetřovatelství. Tato koncepce vychází historicky z charitativního pojetí péče o nemocné, v němž jsou akcentovány především humánní motivy ošetřování. Nightingaelová obohacuje tuto šlechtnou, avšak primitivní péči o prvky odborné, léčebné i ošetřovatelské. Poprvé zdůrazňuje významnou úlohu pozorování nemocného. Upozorňuje na význam hygieny, čistoty a vlivu prostředí na nemocného.

Mnohé myšlenky F. Nightingaelové jsou pokrokové dodnes. Řada současných teorií a charakteristik ošetřovatelské péče se k nim stále vrací. Akcent Nightingaelové na nutnost aktivního přístupu (PACOVSKÝ: 1975, 59) k nemocnému a jeho prostředí, na uspokojování základních potřeb v kombinaci s potřebou vysoké odbornosti sester, jí právem dává přední místo mezi zakladateli moderního ošetřovatelství, i když žila před sto lety.

V koncepci F. Nightingaelové (MELLANOVÁ: 1996,105, MASTILIAKOVÁ: 2002,156) se tak spojily oba trendy - charitativní o medicínský – a postupně pronikaly do výchovně vzdělávacího procesu rychle vznikajících ošetrovatelských škol.

Vlivem prudkého rozvoje medicíny (STAŇKOVÁ: 1988,5, PACOVSKÝ: 1975,80, POCHYLÁ: 2005, 34, ROZSYPALOVÁ: 1981, 25-38) přibývá sestře úkolů v diagnostice a terapii. Aby je mohla kvalifikovaně provádět, musí k nim být dobře připravena. Obsah výuky v ošetrovatelských školách se vedle teoretické průpravy stále více zaměřuje na nácvik ošetrovatelských výkonů.

Jak uvádí Staňková (STAŇKOVÁ: 1988,5), vzniká samostatný prakticko-teoretický předmět ošetrovatelská technika, který už ve svém názvu vyjadřuje svou hlavní orientaci na pracovní (technické) postupy v ošetrovatelských výkonech. Nemocný se tak stává stále méně centrem pozornosti a mění se více na objekt, na němž se výkony provádějí. Tyto tendence jsou patrné již ve 20. letech i ve výchovně vzdělávacím procesu první české ošetrovatelské školy, která vznikla v roce 1916 v Praze. Odráží se (ROUŠAROVÁ:1947,122, ROZSYPALOVÁ, HALADOVÁ: 1981, 25-38) v učebnicích ošetrovatelství, z nichž některé jsou psány téměř vojenskými pokyny. Ošetrovatelky se stále více ztotožňují s pojetím ošetrovatelství, zúženým na ovládnutí pracovních postupů a zajištění nutných výkonů. Vzniká živelně jakási neuvědomělá koncepce běžné rutinní ošetrovatelské praxe, v níž se ošetrovatelky stále více reálně i mentálně vzdalují od nemocného. V literatuře (STAŇKOVÁ: 2002, 33, ŽIAKOVÁ, JAROŠOVÁ : 2005, 230) je tato péče označována jako péče orientovaná na výkony (task oriented care).

Uvedený vývojový trend vede postupně k dehumanizaci ošetrovatelského povolání. Na tento neblahý proces (STAŇKOVÁ: 1993,21) reaguje řada osobností světové i naší medicíny a ošetrovatelství, vznikají nové koncepce, které se snaží o návrat k nemocnému - k péči, orientované na problémy nemocného (patient centered care). Tyto moderní tendence vývoje koncepce ošetrovatelství vyjadřuje již v roce 1923 prof. Syllaba..

Významnou postavou (VUČKOVÁ:1995,11), která ovlivnila ošetrovatelství v polovině 20. století, je V. Hendersonová. Její koncepce, orientovaná na potřeby nemocného, vymezila poprvé zcela konkrétně základní ošetrovatelskou péči a aktivní samostatnou roli ošetrovatelského personálu v ní. Tato koncepce se stala teoretickým východiskem rozvoje ošetrovatelství v mnoha zemích světa, především v Evropě. Stanovila čtrnáct komponent základních potřeb nemocných, které lze ovlivnit aktivní ošetrovatelskou péčí a samostatnou rolí ošetrovatelského personálu.

Nejrozšířenějším (HENDERSON:1969,112, GROHAR-MURRAY: 2003,123, LA MONICA: 1985, 270, POTTER: 1993, 224) teoretickým modelem ošetrovatelství v posledních letech je koncepce **ošetrovatelského procesu**. Ta je založena na

systematickém vyhledávání a plánovitým uspokojování biologických, psychologických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých a jejich plánovitým uspokojování aktivní a iniciativně nabízenou ošetrovatelskou péčí. Jako koncepční model přístupu k ošetrování nemocného pronikla do Evropy ze Spojených států na konci 70. let minulého století.

Teorie **ošetrovatelského procesu** (MARRINER:1983,35) byla teoretickým základem první mezinárodní výzkumné ošetrovatelské studie v evropském regionu Světové zdravotnické organizace v letech 1980 – 1986. Jednoznačně prokázala vyšší úroveň ošetrovatelské péče centované na uspokojení individuálních bio-psycho-sociálních potřeb nemocného, než lze dosáhnout tradiční ošetrovatelskou péčí. Současně podtrhla nezbytnost analýzy stávající přípravy k ošetrovatelskému povolání a potřebu sjednotit cíle výuky s cíli moderní aktivní ošetrovatelské péče. Ukázala na naléhavost včasné systematické přípravy ošetrovatelského personálu, jako jednoho z nejdůležitějších předpokladů pro zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Koncepce (ŠAMÁNKOVÁ: 2006, 33, TÓTHOVÁ: 2005, 28) českého ošetrovatelství a ošetrovatelské péče vychází z některých aspektů zahraničních teorií, avšak současně respektuje specifické podmínky našeho zdravotnictví a jeho vývojové tradice. České ošetrovatelství akcentuje podstatně více aktivní roli v ošetrování nemocného člověka, zatímco zahraniční teorie směřují k ochraně zdraví. Je také hlouběji biologicky a medicínsky orientováno, i když zdůrazňuje ve shodě se zahraničními koncepcemi nezbytnost poznávání bio-psycho-sociálních potřeb člověka a jejich aktivní uspokojování. Naše ošetrovatelství je tedy více spjata s medicínou.

Výstižněji vymezuje pojetí současného ošetrovatelství Pacovský (PACOVSKÝ IN.WALTER:1995,37):

“Hlavním posláním ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky uspokojovat individuální potřeby člověka vzniklé nemocí a pomáhat těm, kteří sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechťejí pečovat.”

Ošetrovatelská péče znamená realizaci ošetrovatelství jako vědní disciplíny (jak už bylo řečeno v předcházejících kapitolách) v praxi. Ošetrovatelství se podílí na procesu vyšetřování, léčení a rehabilitaci pacienta. Ošetrovatelská péče (ŠAMÁNKOVÁ: 2011, 59-65, NEUWIRTH:1992, 59) se poskytuje aktivně, i když o ni nemocný sám nežadá, protože žádat nemůže, neumí nebo nechce, či ztrácí schopnost signalizovat svoje potřeby. Je komplexní ve všech svých složkách. Nekompletní pokrytí potřeb nemocného je znakem defektní ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelství, jehož výsledkem je vysoce kvalitní přímá a nepřímá ošetrovatelská péče, diferencovaná podle okamžitých potřeb nemocného i podle jeho celkové psycho-sociální problematiky, má některé specifické rysy (JOBÁNKOVÁ:1992,17):

- „individualizovaná ošetrovatelská péče,

- *komplexní přístup k nemocnému,*
- *preventivní charakter poskytované péče,*
- *kolektivní orientace práce sestry,*
- *vědeckost ošetrovatelské péče“.*

Základním realizačním výstupem pro aplikaci uvedených charakteristik v denní rutinní práci zdravotnického týmu je aktivní ošetrovatelská péče, vycházející z hlubokého zájmu ošetřujícího personálu o nemocného, z vysoké odbornosti ošetrovatelského týmu a jeho etického profilu.

3.1.1 Individualizovaná ošetrovatelská péče a komplexní přístup k nemocnému

Individualizovaná ošetrovatelská péče (JOBÁNKOVÁ:1992,18-20,JAROŠOVÁ, D.:2006, 10-12, MASTILIAKOVÁ,D.:2002, 78-80, STAŇKOVÁ, M.: 1999, 28) je *„založena na komplexním přístupu ošetrovatelského týmu k nemocnému, chápanému jako bio-psycho-sociální jednotka. Předpokládá stanovení a systematické uspokojování základních životních potřeb, které si funkčně soběstačný člověk stačí krýt sám, nebo se mu v normálních podmínkách poskytují v rámci rodinného života.“*

Uvedené ošetrovatelské činnosti se týkají především biologických potřeb, jako je příjem potravy, vyprazdňování, osobní hygiena, péče o prostředí, v němž nemocný žije, ale i péče o jeho psychickou pohodu a fyzické pohodlí. Jsou-li tyto potřeby satureovány, nepociťuje člověk tento stav jako něco pozitivního, pokládá ho totiž za zcela normální. Dojde-li však k frustraci, k nedostatečnému uspokojení některé základní potřeby, nemocný fyzicky i psychicky strádá.

Na základě všestranného poznání nemocného (ŠAMÁNKOVÁ, M.: 2006, 33-35, 2011,111), jako konkrétní osoby, zhodnocení jeho současného stavu z ošetrovatelského hlediska a na základě léčebného plánu, si stanoví členové ošetrovatelského týmu charakteristické potřeby ošetrovatelské péče vzhledem k individuální situaci nemocného. Současně stanoví opatření, kterými mohou tyto potřeby uspokojit.

V závěrečné fázi (STAŇKOVÁ, M.:1999, 35) je nezbytné, aby byl zhodnocen efekt poskytnuté ošetrovatelské péče a stanoveny další, případně nové postupy.

Individualizovaná ošetrovatelská péče předpokládá systematický profesionální způsob myšlení v přístupu k nemocnému. Každá informace o něm by měla být zhodnocena jak z profesionálního hlediska zdravotnické péče (např. jakými komplikacemi může být pacient ohrožen), tak ze subjektivního hlediska nemocného. Některé problémy, které se mohou zdát nepodstatné, se mohou nemocnému jevit jako

značně významné (nespavost, neschopnost sebeobsluhy na lůžku, zácpa, dieta apod.). Při ošetřování je nutné brát je v úvahu.

Pro poskytování individualizované ošetrovatelské péče potřebuje být ošetrovatelský personál vyzbrojen hlubokými znalostmi v ošetřování nemocných, ale nezbytná je i průprava psychologická a sociální. Aby uměl shromažďovat informace rychle a účelně, musí ovládat techniku pozorování nemocných a komunikace s nimi. Pak může správně získané informace vhodným způsobem použít ve prospěch nemocných.

3.2 Metody ošetrovatelské péče

Podle údajů Světové zdravotnické organizace (ŠRAJTOVÁ:1992,34-38, KAPITOLY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE: 2006,125, VENGLÁŘOVÁ,BABIÁKOVÁ: 2006, 52-54) se v současné době používají ve světě čtyři specifické metody ošetrovatelské péče:

- „funkční,
- *týmová,*
- *system skupinové péče,*
- *vícestupňový způsob péče.“*

Funkční ošetrovatelská péče

Tento systém poskytování ošetrovatelské péče (JAROŠOVÁ: 2006,17) vychází z popisu práce jednotlivých zdravotnických pracovníků. Jde především o zvládnutí množství práce, které je třeba vykonat v určitém čase. Systém klade důraz na rutinní provádění úkolů a procedur, které mají být splněny. Prioritu mají příkazy lékaře. Často je systém péče popisován jako „metoda montážní linky“.

Funkční metoda může být efektivní v tom, že se zvládne všechna práce i při nedostatku ošetrovatelského personálu, ale pacienti nemusí být s péčí zcela spokojeni.

Pozitiva a negativa funkčního systému ošetrovatelské péče

Tento systém (<http://www.unc.edu/courses/cit.10.6.2011>) je dosud jedním, z nejčastějších organizačních systémů. Jsou zvládnány náročné úkoly ve stanoveném čase za poměrně malého počtu ošetrovatelského personálu.

Výhodou systému je vykonání více pracovních úkonů v krátkém čase s úsporou personálu. Význam to má i v posilování interpersonálních vztahů jednotlivých členů ošetrovatelského týmu. Všichni pracovníci musí pracovat v neustálé koordinaci a není zde prostor na konflikty. Individuální odpovědnost za provedení dílčího výkonu je samozřejmostí, přestože „všichni dělají všechno“. Staniční sestra, jako vedoucí týmu, nemusí kontrolovat jednotlivé ošetrovatelské činnosti, věnuje se diagnosticko-

terapeutickým úkonům a připravuje dokumentaci k ranní vizitě. Deleguje tak pravomoc na jednotlivé členy týmu a oni si toho jsou vědomi.

Nevýhodou (PLEVOVÁ: 2011, 78-79) je univerzalistický přístup k nemocnému. U imobilních pacientů je sebek péče suplována (jak je zmiňováno v kapitole 2.5). Bohužel, nemocný se stává objektem práce ošetrovatelského týmu a na jeho individuální potřeby není dostatek času. Paradoxně tuto situaci pacienti přijímají a nebrání se jí. Často můžeme vidět i určité uznání z jejich strany, jak v krátkém časovém horizontu ošetrovatelský tým zvládá tolik činností a týmovou práci.

Týmová ošetrovatelská péče

Představuje situaci, kdy o pacienty pečují pracovníci s různým vzděláním, kteří tvoří zdravotnický tým. Tento systém ošetrovatelské péče vychází z následujících principů (ŠRAJTOVÁ:1992, 39, KAPITOLY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE: 2006,127, VENGLÁŘOVÁ,BABIAKOVÁ: 2006, 56-58):

- ✓ „nemocný má právo dostat nejlepší možnou péči;
- ✓ péče je plánována;
- ✓ skupina ošetrojícího personálu je schopna poskytnout lepší péči, než člověk
- ✓ pracující individuálně.“

V čele týmu je diplomovaná sestra, která přebírá odpovědnost za priority potřeb nemocného, za plánování, kontrolu a hodnocení ošetrovatelské péče. Při tomto systému jsou nižší (ošetrovatelé/ošetrovatelky) a pomocní (sanitáři/sanitářky) zdravotničtí pracovníci využíváni pro méně náročné ošetrovatelské činnosti, kvalifikované sestry provádějí odbornou péči.

Při týmové péči je zapotřebí efektivní komunikace v týmu, aby byla zajištěna kontinuita poskytované péče.

Úkoly vedoucího týmu (ŠRAJTOVÁ:1992,39-40, VENGLÁŘOVÁ,BABIAKOVÁ: 2006, 56-58) :

- ✓ „zjišťuje informace o každém pacientovi a určuje vhodné ošetrovatelské postupy;
- ✓ koordinuje lékařský plán pro léčbu a ošetrovatelský plán pro péči;
- ✓ vypracovává písemný plán ošetřování nemocného;
- ✓ zajišťuje dokumentování poskytnuté péče.“

Úkoly pro členy týmu:

- ✓ „akceptují vedoucího týmu;
- ✓ dodržují ošetrovatelské postupy, vyplývající z plánu a ordinace lékaře;
- ✓ podávají zprávy o reakci nemocného;
- ✓ přijímají pomoc a dohled ze strany vedoucího týmu.“

Pozitivní a negativní stránky týmové ošetrovatelské péče

Funkce vedoucího týmu je nesmírně náročná. Sestry nejsou pro tuto funkci v rámci studia dostatečně připravovány. Dochází ke tříštění odpovědnosti (vedoucí týmu rozhodne o vykonání určité činnosti určitým pracovníkem). Vystávají například tyto otázky (ŠRAJTOVÁ:1992,40, GROHAR-MURRAY, DICROCE: 2003, 253):

„Kdo je zodpovědný za poskytnutou péči?

Ten kdo rozhodl nebo ten kdo výkon provedl?“

Největší podíl odpovědnosti (<http://www.unc.edu/courses/cit.10.6.2011>) za výsledek ošetrovatelské péče je na vedoucím týmu, staniční sestře. Pokud nemá organizační schopnosti a dostatečnou autoritu, dochází v ošetrovatelském týmu k chaosu. Každý člen pak vykonává práci, která je právě aktuální, bez rozdílu své kvalifikace (polohování imobilních nemocných, příjem nemocného na oddělení, apod.). Při správné koordinaci (GROHAR-MURRAY, DICROCE: 2003, 253) vedoucího týmu jsou jednotlivé činnosti rozdělovány podle kvalifikace ošetrovatelských pracovníků, ale stále postrádají individuální charakter vůči nemocným. U všech nemocných na oddělení koordinuje péči jedna osoba, která vychází ze zpráv od dílčích zdravotnických pracovníků.

Na základě vlastní zkušenosti, jsem poznala staniční sestry, které rozdělovaly úkoly podle sympatií ke svým podřízeným a ne podle jejich kvalifikace. Byli protěžováni a nevyužíváni atraktivní sanitáři a přetěžovány mladé ambiciózní ošetrovatelky.

Tento fenomén (VÉVODA,IVANOVÁ,NAKLÁDALOVÁ,MAREČKOVÁ,: 2010, 207-219) se objevil i ve výzkumu *„Pracovní spokojenosti všeobecných sester“* a publikován v roce 2010 v *Profese on-line, ročník III/3*.

Nevýhodou týmové péče je i riziko špatného rozhodnutí vedoucí týmu, které je závislé na subjektivních informacích od člena ošetrovatelského týmu. Pak dochází ke vzájemnému obviňování z následků ošetrovatelské intervence. Tento negativní fenomén byl zkoumán v rámci

Pozitivem týmové ošetrovatelské péče je větší informovanost vedoucí týmu o nemocných, které má na oddělení. Informace se rychleji dostávají k lékaři, případně na náhle vzniklou komplikaci může zareagovat i samotný vedoucí. Centralizace informací a jejich dokumentování jednou osobou vede k minimálním chybám v dokumentaci nemocných. Je nutné připomenout, že týmová péče představuje opravdu kompetentního vedoucího pracovníka, který má k vedení a řízení týmu předpoklady.

System skupinové péče

Stejně jako Šrajtová, se diferenciací ošetrovatelské péče zabývá Vučková a Jarošová (VUČKOVÁ:1994,54, JAROŠOVÁ: 2006,17). Charakterizuje systém skupinové péče jako systém, který spočívá na principu zvýšené odpovědnosti sestry za určitou skupinu nemocných. Ošetrovací jednotka je rozdělena do několika pracovních úseků. Sestra se zpravidla během směny stará o nemocné na určených pokojích. Ošetrjuje stále stejnou skupinu nemocných a zajišťuje u nich celý léčebný a ošetrovatelský program. U nemocného se střídá určitá skupina ošetrovatelského personálu, který zná problematiku svých nemocných.

Pozitiva a negativa systému skupinové péče

Pozitivní je individualizace ošetrovatelské péče (KOLEKTIV AUTORŮ: 2007,413,) . Sestra zná velice dobře jak zdravotní stav „svých“ pacientů, tak i jejich psycho-sociální potřeby. Daleko lépe a okamžitě dokáže zachytit změnu zdravotního stavu a včas nahlásit lékaři. Zodpovídá za správné provádění diagnosticko-terapeutických činností a vedení dokumentace.

Negativem (<http://www.unc.edu/courses/cit.10.6.2011>) systému skupinové péče jsou vztahy, které mezi sestrou a pacientem vznikají. Jsou daleko intenzivnější. Nemocní si velice často vytvářejí „partnerský“ vztah ke svým sestrám, svěřují se jim se svými starostmi a naslouchají jejich radám. Mnozí si zájem zdravotníka vyloží jako hlubší zájem o svou vlastní osobu a těžko se smiřují s představou, že se s ním už nepotkají. Stejný problém může mít i zdravotní sestra. Pokud si nezachová patřičný profesionální odstup, začíná si „odžívat“, jak říká Tošnerová, život nemocného a nechá se „vtáhnout“ do jeho problémů. Dalším závažným problémem je nepřijetí zhoršení zdravotního stavu a úmrtí pacienta, které zdravotní sestra velmi těžce „snáší.“⁶

System skupinové péče představuje velké nároky na personální obsazení. Jelikož v současné době není zájem posilovat ošetrovatelské týmy z finančních důvodů, můžeme skupinovou péči vidět pouze na vybraných odděleních (dětské odd., JIP), kde je jiný system péče nemožný.

⁶ BURYOVÁ, I., Věnovat pozornost problémům a zájmům sociálních pracovníků. In Otázky různého pojetí sociální práce. Vědecký časopis Sociální práce – sociální práca 3/2009, str. 43-44 ISSN1213-6204.

Vícestupňový způsob ošetrovatelské péče

Vícestupňový způsob ošetrovatelské péče (ŠRAJTOVÁ:1992,39-41, JAROŠOVÁ: 2006,17) je vhodným organizačním opatřením, které vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Je založen na důsledné dělbě práce v ošetrovatelském týmu, který je tvořen ošetrovatelskými pracovníky s různým stupněm vzdělání. Až do nedávné doby sestry prováděly velmi širokou škálu činností od vysoce specializovaných prací po práce pomocné, často včetně úklidu. To samozřejmě vedlo nejen k jejich pracovnímu přetížení, ale také ke snižování společenské prestiže a zejména kvality poskytované ošetrovatelské péče. Při vícestupňovém způsobu ošetrovatelské péče jsou ošetrovatelské činnosti rozděleny. Sestry nesou odpovědnost za jejich zajištění a určují, kdo je provede jednak podle pracovních náplní jednotlivých typů pracovníků a jednak podle momentálního stavu jednotlivých nemocných.

Při vícestupňovém způsobu ošetrovatelské péče se v našem zdravotnictví můžeme setkat s těmito kategoriemi ošetrovatelského personálu (ROZSYPALOVÁ, STAŇKOVÁ: 1996, 43-47) :

Sestry specialistky nebo diplomované sestry s pomaturitním specializačním a vysokoškolským studiem pracují ve funkci vrchních a staničních sester. Organizují práci na oddělení, úzce spolupracují s lékaři, zodpovídají za plynulý chod oddělení a provádějí kontrolní činnost na všech úrovních ošetrovatelské péče.

Zdravotničtí asistenti/ky, absolventi/ky středních zdravotnických škol, zajišťují diagnosticko-terapeutické činnosti, plní příkazy staničních a vrchních sester, asistují lékařům při odborných výkonech, spolupracují s nižším ošetrovatelským personálem při zajišťování základních potřeb nemocných.

Ošetrovatelky, absolventky zdravotnických škol nebo dlouhodobých kvalifikačních kurzů. Zabezpečují základní ošetrovatelskou péči u nemocných, která spočívá v uspokojování hygienických, estetických a kulturních potřeb pacientů. Provádí s nimi jednoduchá dechová cvičení, doprovází je na vyšetření, úzce spolupracují jak s diplomovanými sestrami, tak s pomocným zdravotnickým personálem.

Sanitářky, absolventky krátkodobých kvalifikačních kurzů, pomáhají při hygienické péči u imobilních a nesoběstačných nemocných, doprovázejí pacienty na odborná vyšetření, zajišťují transport biologického materiálu do příslušných laboratoří, pečují o pomůcky, podílejí se na estetizaci nemocničního prostředí a uspokojování kulturních potřeb pacientů.

Vícestuňový způsob ošetřovatelské péče je úspěšný pouze v případě vysokého stupně vzájemné spolupráce. Každý člen ošetřovatelského týmu plní přesně stanovené úkoly dané jeho kompetencí.

3.3 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces (PLEVOVÁ A KOL.:2011,105) je v současné době zaveden jak do klinické praxe, tak i do výuky ve studijních programech ošetřovatelství. Skládá se z několika vzájemně propojených fází:

- posouzení,
- diagnostiky
- plánování,
- realizace,
- hodnocení.

Všechny zmiňované fáze jsou realizovány ve prospěch jednotlivce, rodiny nebo komunity, což umožňuje systémový přístup v ošetřovatelské péči.

Ošetřovatelský proces ((PLEVOVÁ A KOL.:2011,105) byl poprvé definován americkou autorkou Hallovou v roce 1955. Později ošetřovatelský proces charakterizovaly a publikovaly např. Hendersonová, Walshová, Royová. V Evropě byl implementován mnohem později, díky Programu WHO pro ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě pro období 1976 – 1983.

Ošetřovatelská péče (STAŇKOVÁ: 1999, 35, PLEVOVÁ: 2011, 106, SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR: 2011,58) v bývalém ČSSR se více soustředila na realizaci odborných výkonů v péči o nemocného, na plnění příkazů lékaře a diagnosticko-terapeutické výkony. S politickými, ekonomickými společenskými změnami po roce 1989 přišly i změny v transformaci zdravotnictví a s tím i v ošetřovatelské péči. Díky mezinárodním kontaktům v organizacích, programech a mezinárodních projektech (WHO, ICN, HOPE, PHARE) se sestry učitelky i vedoucí pracovníci zdravotnických zařízení seznamovaly s poznatky ošetřovatelského procesu a začaly jej zavádět do praxe. Proces implementace nebyl jednoduchý především pro sestry, které byly zvyklé na rutinní způsoby ošetřovatelské péče. Teprve postupem času, a díky odborným seminářům a konferencím, kde se diskutovalo o specifických podmínkách a problémech při zavádění ošetřovatelského procesu do praxe, se stal prioritou v poskytování ošetřovatelské péče a v roce 2004 zakotven legislativně do norem ČR – Koncepce ošetřovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

Význam ošetřovatelského procesu popisují mnozí autoři, zabývající se problematikou ošetřovatelství a ošetřovatelské péče (STAŇKOVÁ: 1999, 49, 1999,66, TÓTHOVÁ: 2009,16-19 a další) následovně:

- „Podporuje poskytování komplexní, kontinuální, aktivní, individualizované ošetrovatelské péče (je akceptovaná jedinečnost jednotlivce, charakteristiky vývojového období, aktuální zdravotní stav, úroveň informovanosti, problémy při uspokojování potřeb, jeho chování a prožívání).
- Respektuje rozhodnutí, požadavky jednotlivce jako aktivního účastníka ošetrovatelské péče s důrazem na jeho soběstačnost a zodpovědnost za vlastní zdraví.
- Poskytuje sestře myšlenkový algoritmus při realizaci ošetrovatelské péče a prostor pro autonomii a kreativitu, ulehčuje klinické rozhodování a řešení problematických situací.
- Jeho součástí je dokumentování péče ve všech fázích, což zabezpečuje koordinaci, kontinuitu a chronologický přehled o poskytované péči.

I. Fáze ošetrovatelského procesu – posuzování

Cílem první fáze je soubor informací, získaných pozorováním, dotazováním jedince na aktuální zdravotní stav. Do této fáze patří i informace od rodiny či blízkého okolí pacienta. Podmínkou validního a objektivního posuzování (PLEVOVÁ: 2011, 110) je schopnost pozorování, komunikace a výběr měřících přístrojů k fyzikálnímu vyšetření. Analýza získaných údajů vyžaduje schopnost aplikačně myslet a prakticky využívat teoretických znalostí a praktických zkušeností.

II. Fáze – ošetrovatelského procesu – diagnostikování

V současné době (PLEVOVÁ: 2011, 116) se za mezinárodní standard v oblasti ošetrovatelské diagnostiky pokládá klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA Internationa Taxonomie II (North American Nursing Diagnosis Association International. Struktura Taxonomie II má tři úrovně:

- domény,
- třídy,
- ošetrovatelské diagnózy.

Ošetrovatelské diagnózy rozlišujeme podle typů – aktuální, potencionální, syndromové, na podporu zdraví. Rozdělení vychází z aktuálního problému jedince (rodiny, komunity) nebo z přítomnosti rizikového faktoru, ohrožující zdravotní stav, či potenciálu na zlepšení svého chování podporující zdraví.

Specifickou metodou, (PLEVOVÁ: 2011, 116) která umožňuje přesně určit dysfunkční potřeby jednotlivce je „diagnostický algoritmus“. Jedná se o způsob myšlení a organizování získaných informací, které jasně určují diagnostický závěr. Diagnostický algoritmus je rozdělen do tří fází. Každá z těchto fází je zaměřena na určitý typ ošetrovatelské diagnózy. První fáze se zaměřuje na aktuální diagnózy,

druhá fáze na diagnózy potencionální, třetí na welnes diagnózy a na podporu zdraví.

III. Fáze – ošetřovatelského procesu - plánování

Po definování a stanovení (PLEVOVÁ: 2011, 119) ošetřovatelské diagnózy je navržen a zpracován ošetřovatelský plán. Plánování je podle Plevové „ proces vytýčení ošetřovatelských strategií, intervencí, s cílem prevence, redukce, eliminace pacientových problémů, které jsou vyjádřeny v ošetřovatelských diagnózách. Fáze plánování je klíčová pro dosažení kvality ošetřovatelské péče.

Zahrnuje následující kroky (STAŇKOVÁ: 1999, 50):

Vytýčení priorit ošetřovatelských diagnóz.

Formulace ošetřovatelských cílů.

Plánování ošetřovatelských intervencí.

Sestavení písemného plánu ošetřovatelské péče.

Následuje proces realizace ošetřovatelského plánu. Důležitý je neustálý monitoring aktuálních potřeb nemocného a kontrola aktuálnosti naplánovaných intervencí. V průběhu realizace může dojít ke změnám v plánování podle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Každá změna ošetřovatelské intervence musí být zaznamenána písemně a předána dalším kompetentním osobám, podílející se na realizaci ošetřovatelského plánu (ošetřovatelská dokumentace).

Po celou dobu (PLEVOVÁ: 2011,119, STAŇKOVÁ:1999,50) ošetřovatelského plánu probíhá hodnocení ošetřovatelských intervencí. Hodnotí se reakce jedince na poskytovanou péči, změny v klinickém stavu, výskyt nových problémů a následné řešení. Závěrečné hodnocení se uskutečňuje při ukončení ošetřovatelské péče (ukončení hospitalizace, překlad na jiné oddělení, apod.).

4 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY JAKO JEDNA Z POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Při hledání motivačních faktorů, které ovlivňují volbu zdravotnického povolání, jsem se nechtěla upínat jen na české prameny a problematiku zdravotnického povolání v České republice. Volila jsem komparaci dvou různých společenských prostředí, která jsou podobná z demografického i geografického hlediska ale různá svým postojem k procesu pomáhání.

Proto mě velmi zaujaly názory polských autorů: Palikoty (<http://dudnes.cz/?p=409>), Felagunda (<http://www.nekorektno.com/2010/03/cit.13.7.2011>) a Szczygiela (www.dobraadresa.cz/cit.13.7.2011) i z toho hlediska, že polská společnost je daleko více „věřící“, což může, podle mého názoru ovlivnit volbu zdravotnického povolání i charakter ošetrovatelské péče.⁷

Při hledání teoretických východisek bych ráda prezentovala názory polských odborníků ne téma motivace a povolání zdravotní sestry, které se sice od českých moc neliší, přesto je zde vidět určitý humanističtější rozměr.

Rozhodující aspekty při volbě povolání zdravotní sestry

„Termín povolání, jak uvádí Szczepański (SCZEPAŃSKI IN SARAPATA:1965,18), znamená systém činností, opírající se o získání určitých znalostí i dovedností, směřující k uspokojování potřeb. Činnosti, vykonávané systematicky pracovníkem, stanovují podstatu ekonomického bytí a společenskou pozici“.

⁷ *Ze své dlouholeté praxe odborné učitelky na střední zdravotnické škole vím, že polské studentky mají daleko intenzivnější a zodpovědnější vztah k nemocným. Na rozdíl od českých studentek se daleko více, a s určitou pokorou, věnují ošetrování nemocných. Nevyhýbají se neatraktivním ošetrovatelským výkonům a jsou daleko trpělivější. K volbě zdravotnické profese je vede na prvním místě láska k člověku a víra v boha (motivační rozhovory jsou jednou z náplní odborné praxe).*

České studentky si volí obor všeobecná sestra především proto, že vidí určitou atraktivitu v tomto povolání. Specializace zdravotnických výkonů, partnerský vztah s lékařem, možnost studovat dále na VOŠ a VŠ. Rozdíly jsou vidět i k přístupu k nemocným. Daleko hůř snášejí utrpení, bolest a smrt pacientů, se kterou se bohužel v rámci odborné praxe setkávají. Delší je i jejich adaptace na nemocniční prostředí. Dávají přednost diagnosticko-terapeutickým činnostem, před ošetrovatelskou péčí, takže jsem je musela daleko více motivovat a vést i k provádění určitých neatraktivních ošetrovatelských intervencí (hygienu u imobilních pacientů, polohování, ošetrování inkontinentních nemocných, apod.).

Nowacki definuje povolání (NOWACKI:1977,28) jako „komplex specializovaných činností, kterými jednotka uspokojuje své potřeby a současně je zdrojem finančního ohodnocení práce. Volba povolání představuje znalosti jak o sobě samém, tak i o vybrané profesi“.

Szczepański rozeznává dvě skupiny činitelů v procesu rozhodování o výběru povolání (SCZEPAŃSKI:1963,44). První skupinu tvoří činitelé „přírodní“, takzvané schopnosti, zájem, životní představy, cíle a znalost povolání, ve kterých tyto životní cíle mohou plně realizovat. Uvedení činitelé představují základy úspěchu nejen ve studijním zaměření, ale i úspěch v budoucím zvoleném povolání.

Druhou skupinu tvoří činitelé „umělí“, například rodinné ambice, tlak kamarádských skupin, apod. Nejtypičtější aspekty motivace při výběru povolání jsou podle Sztumskiego (SZTUMSKI:1981,58) zdravý rozum, móda, vysoká společenská prestiž zvoleného povolání, osobní přání a rodinná tradice.

Kromě jiného, se o zdravém rozumu hovoří v případě, že vybrané povolání v tu dobu má své uplatnění, vysokou prestiž a minimální konkurenci.

Definice profese zdravotní sestry

Aktuální definicí profese zdravotní sestry je definice podle Mezinárodní rady sester, (International Council of Nurses dále ICN) (ALEXANDER,RUNCIMAN:2003,6) :

„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí, na základě souhlasu příslušného regulačního orgánu, ve své zemi pracovat jako sestra.“

Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentům poskytuje široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetrovatelství, který studenti potřebují pro ošetrovatelskou praxi, řídicí úlohu a pro navazující specializační studium nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe.

Sestra je připravena a oprávněna (ALEXANDER,RUNCIMAN:2003,8):

- „zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví,
- prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří
- ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních;
- vzdělávat se a vést edukaci ve zdravotnické péči;
- plně se zapojovat a být součástí zdravotnického týmu;
- dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči;
- zapojovat se do výzkumu.“

Rżewska (RŻEWSKA:1972,15) uvádí, že profese zdravotní sestry spočívá v „*uspokojování biologických, fyziologických, psychických a sociálních potřeb prostřednictvím služeb a vytváření podmínek, vhodných k rozvoji organismu, zachování zdraví nebo aktivní rehabilitace. Rozpoznáváním a aktivním léčením dle příkazů lékaře, plánování péče u nemocných, v edukaci nemocných i zdravých v oblasti profylaxe, v podílu readaptace biologické, psychické i sociální, ovlivňování postojů pacienta a jeho rodiny v boji za jeho návrat ke zdraví a resocializaci.*“

4.1 Sociální role zdravotní sestry

Chodkowska (CHODKOWSKA:1979,318) popisuje sociální roli jako: „*Pevné schémata postupů, vytvořené společností, fungující ve společném podvědomí, které souvisí s odpovídajícím konkrétním chováním nositelů sociálních rolí.*“

Za to Olechnicki definuje sociální roli trochu jinak a spojuje ji se sociální pozicí. Říká, že sociální role je „*Spojující vnější soubor předpisů i očekávání, týkající se požadovaného chování jednotlivců v konkrétních situacích, v souvislosti s jejich sociálními pozicemi, privilegii, povinnostmi a právy, která jsou společně připsaná dané pozici ve skupině.*“ (OLECHNICKI, ZALECKI:1997,179).

Kromě již existujících vzorů sociálních rolí, osoby, které je hrají, mají určitý margines autonomie a možnost jejich modifikace. Hranice svobody záleží od typu role, významu jednotlivých elementů, kterých se týká a kulturního systému, ve kterém role plní svou funkci.

Každá sociální role souvisí se společenským systémem, ve kterém má svou funkci. Společně se změnami, ke kterým ve společnosti dochází, nastupují změny ve strukturách sociálních rolí, způsobující tak změny v hierarchii. Dynamický charakter rolí umožňuje jejich přizpůsobení se změnám společenského života.

Podle Chodkowské (1979) je profesní role „*Historický popis normativních očekávání a chování jednotlivců ve vazbě s výkonem povolání, týkající se nejen povinností a práv, ale také určitého chování a jednání nositelů rolí.*“ To je pravda. Lze jen souhlasit s názorem Chodkowské a snad jen doplnit, že realizace profesní role závisí na stupni internalizace připsaných normativních vzorů a typu společnosti, ve které se nachází.

Podle Szczepeńského je profesní role ovlivněna následující kategorií činitelů (SCZEPAŃSKI:1970,25):

- ✓ vlivy sociálně - demografické,
- ✓ důkladný popis role, výrazný osobnostní vzor a ideální vlastnosti nositele role,
- ✓ definice role v bezprostředním profesním prostředí a prostředí odběratelů,
- ✓ podmínky, ve kterých se role realizují,
- ✓ identifikace s rolí.

Diskuse

Obecně se dá říci, že profesní role zdravotnických pracovníků výrazně ovlivňuje pohled na ostatní sociální role, odehrávající se ve společnosti. V souvislosti se společenskou vážností profesní role pracovníků ve zdravotnictví, jsou právě oni nejčastěji sledováni a podrobováni kritice ze strany laické veřejnosti. Druh vykonávané práce se váže bezprostředně s plněním profesní role. Současně profese, i předmět práce, rozhodují o materiálním postavení jednotlivce a stanovují jeho sociální pozici. Změny determinují životní styl jedince i obraz sociálních interakcí, ovlivňují postoje a vážnost. Profesní role se tak staly rolemi centrálními, jelikož rozhodují o životě a osudu jednotlivce i jeho rodiny.

Každá profese má jiné požadavky, týkající se zájmu, očekávání, charakteru, podmínek fyzických a zdravotních jednotlivce, rozhodnutého se jí zasvětit. Mnoho profesí klade na kandidáty obtížné požadavky. Sociální role sestry se stále rozvíjí a obohacuje. Mění se obsah její práce a stále více se stává ve své činnosti samostatnější v rozhodování a následné odpovědnosti. Ať už se jedná o českou nebo polskou společenskou realitu a chápání role sestry, mají společný rolový základ a tím je očekávané profesionální chování zdravotní sestry. Polští odborníci kladou větší důraz na identifikaci s rolí. Podle nich je sestra profesionál tehdy, pokud se dokáže zcela se svou rolí pomáhajícího identifikovat (viz Szczepanski), zcela podřídit své chování i osobnost zvolené profesi sestry (viz. Chodkowska, Olechnicki). V tom vidím určitý duchovní rozměr, který v české mentalitě chápání pomáhající profese postrádám.

Názory českých odborníků (Staňková, Neuwirth, Rozsypalová, Pacovský, aj.) na ošetřovatelskou profesi nemají tak duchovní charakter. Neřeší podrobně osobnost sestry, její chování, chápání a vnímání své profese ale především zdůrazňují sesterské kompetence, které souvisí s obsahem jejich práce. Jinými slovy, v Česku se neřeší vztah k nemocnému ale úroveň péče o něj.

Staňková (STAŇKOVÁ:2002,11-12) rozeznává a popisuje několik základních rolí zdravotní sestry:

Pečovatelská role je jednou z tradičních rolí a je spojena s poskytováním základní ošetřovatelské péče jak v nemocnici, tak i v terénu.

Role edukátora zaměřuje se na upevňování zdraví a prevenci poruch.

Cílem je rozvoj soběstačnosti osob s poruchou mobility, předcházení komplikací, pomoc nemocným a jejich rodinám naučit se žít s chronickým onemocněním. Velký význam má edukace i v nábviku praktických dovedností v ošetřování nemocného.

- Role obhájce** spočívá v pomoci při řešení různých problémů nemocného a to v případě, že není schopen si poradit sám.
- Role koordinátora** sestra úzce spolupracuje s ostatními členy ošetřovatelského týmu, podílí se na plánování a realizaci ošetřovatelské péče, získává rodinu nemocného k aktivní spolupráci a koordinuje následnou péči v terénu.
- Role asistenta** podílí se na diagnosticko-terapeutické péči, připravuje nemocného k vyšetření a asistuje v jeho průběhu. Organizuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem, apod.
- Role psychologa** spočívá v opoře, kterou poskytuje pacientovi a jeho blízkým. Svým citlivým přístupem pomáhá nemocnému překonávat těžká období jeho nemoci.
- Role manažerky** musí si umět zorganizovat práci i čas. Delegovat činnosti, znát své povinnosti a být za svá rozhodnutí plně zodpovědná.

4.2 Funkce zdravotní sestry

Základními funkcemi sesterské profese je bezesporu poskytování a řízení ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, edukace nejen pacientů a jejich rodinných příslušníků, ale také kolegů zdravotníků a široké veřejnosti při preventivní činnosti. Samozřejmostí je aktivní začlenění sestry do zdravotnického týmu.

Moderní ošetřovatelství je založeno na potřebách ošetřovatelské praxe a neustále se inovuje. V mnohém je inspirováno zkušenostmi ze zahraničí (USA, Německo, Velká Británie, apod.) a proto je i u nás řada nových samostatných sesterských funkcí. (STAŇKOVÁ:2002,15-16):

- **primární sestra:**
vede ošetrovatelský proces u nemocného od přijetí k hospitalizaci až do jeho propuštění do domácí péče,
- **skupinová sestra:**
odpovídá v průběhu pracovní směny za realizaci ošetrovatelského procesu u skupiny nemocných, která jí byla svěřena,
- **sestra – manažerka:**
sestra v různých manažerských funkcích, která zajišťuje a sleduje kvalitu ošetrovatelské péče (hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra, atd.),
- **stoma – sestra:**
sestra specializovaná na ošetrování různých typů stomií, je využívána jak v rámci oddělení, tak v rámci celého zdravotnického zařízení,
- **sestra pro léčbu chronických ran:**
sestra specializovaná v léčbě chronických ran, pracuje v rámci několika oddělení,
- **diabetologická sestra:**
pracuje samostatně v rámci lůžkové i ambulantní péče, vedle aplikace inzulínu, má především edukační a kontrolní roli,
- **komunitní sestra:**
sestra, která pracuje samostatně v terénu, zejména v prevenci, podílí se aktivně na zdravotní výchově u rizikových skupin obyvatelstva, v péči o děti a dorost,
- **sestra pro domácí péči:**
samostatně pečuje o nemocné v domácím prostředí.

4.3 Zdravotnický tým

Na kvalitní zdravotní a ošetrovatelské péči se podílí zdravotnický tým, který tvoří zdravotničtí pracovníci různých kategorií. Podle zákona č. 96/2004 Sb. jsou tito pracovníci rozděleni do následujících skupin:

Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti:

Zde je zařazena všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost absolvováním nejméně tříletého bakalářského oboru pro přípravu všeobecných zdravotních sester nebo tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na

vyšší zdravotnické škole anebo absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Dále všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odst. 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu po 3 letech výkonu tohoto povolání. Další přesné definice pro zdravotnického pracovníka této kategorie jsou uvedeny v zákoně č. 96/2004 Sb.

Kromě všeobecné sestry je zdravotnickým pracovníkem, který může pracovat bez odborného dohledu, také porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotní laborant, radiologický asistent, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, asistent ochrany veřejného zdraví, ortoptista, ortotik-protetik, zubní technik, nutriční terapeut, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, biomedicínský technik, radiologický technik a farmaceutický asistent.

Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti:

Zde jsou zařazeni: psycholog a klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků, odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví ([http:// www.mvcr.cz,/cit.10.4.2006](http://www.mvcr.cz/cit.10.4.2006)).

Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením:

Do této kategorie jsou zařazeni zdravotničtí asistenti, laboratorní asistenti, dezinfektoři, ortoticko-protetičtí technici, řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby, nutriční asistenti, asistenti zubního technika, zubní instrumentářky, ošetřovatelé, sanitáři, apod. ([http://www.mvcr.cz,/cit.10.4.2006](http://www.mvcr.cz/cit.10.4.2006)).

4.4 Registrovaná sestra

Zdravotnický pracovník (SESTRA:2/2006,18), který získal osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, může ke svému označení odbornosti připojit označení „registrovaný/registrovaná“. Registrace sester je v naší republice povinná od 1.4 2006.

Ministerstvo zdravotnictví, oddělení Registru nelékařských zdravotnických povolání (NCO NZO) v Brně, vydá osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného

dohledu na základě písemné žádosti zdravotnického pracovníka a pokud splnil podmínky stanovené zákonem.

Osvědčení (<http://www.florence.cz/cit.17.2.2006>) se vydává na dobu 6 let. Platnost osvědčení může být zdravotnickému pracovníkovi prodloužena, pokud je odborně a zdravotně způsobilý, bezúhonný a vykonával-li zdravotnické povolání v příslušném oboru minimálně 1 rok z období posledních 6 let a získal-li 40 kreditů z celoživotního vzdělávání nebo složil-li zkoušku k způsobilosti k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu, a pokud požádal o prodloužení osvědčení nejpozději 120 dnů před skončením jeho platnosti. Ministerstvo rozhodne o vydání osvědčení do 30 dnů, v případě konání zkoušky do 90 dnů po obdržení žádosti. O zamítnutí nebo odnětí osvědčení ministerstvo rozhodne, jestliže zdravotnický pracovník nesplňuje nebo přestal splňovat podmínky pro jeho vydání.

4.5 Kvalifikační příprava zdravotních sester

Se vstupem České republiky do Evropské unie souvisí i změny v systému vzdělávání zdravotních sester. Pro Evropskou unii bylo neakceptovatelné, že se v České republice budoucí sestry rozhodovaly pro své povolání již ve svých 14 letech. Studium začínaly v patnácti a odbornou způsobilost získávaly v osmnácti letech. Velká část pak do zdravotnictví ani nenastoupila. Byla zpochybněna i určitá univerzalita studia. Na středních zdravotnických školách nebylo výhradně odborné vzdělávání, studenti byli připravováni k maturitě i ze všeobecně vzdělávacích předmětů.

Směrnice Evropské unie vyžadovala začátek odborné přípravy nejdříve v 17 letech, zpravidla po ukončení úplného středního všeobecného vzdělání. Ucelené, minimálně tříleté odborné vzdělání je zakončeno zkouškou a udělením diplomu či certifikátu. Vzdělání získávají všeobecné sestry buď na vyšších odborných školách anebo v bakalářských a magisterských programech. Standardy Evropské unie mimo jiné vyžadují dostatečně dlouhou praxi (odborné studium minimálně 3 roky – 4600 hodin, z toho nejméně polovinu tvoří praxe), což se v rámci studia na čtyřletých středních zdravotnických školách zvládnout nedá.

Pokud by Česká republika na tyto podmínky z Evropské unie nepřistoupila, vznikl by vážný problém s uplatněním našich zdravotních sester v zemích EU.

Zmíněné změny (<http://www.zdn.cz/cit.17.2.2006>) však neznamenají, že by čtyřleté studium na středních zdravotnických školách úplně zaniklo. Bude existovat i nadále ale s tím rozdílem, že jeho absolventi budou kvalifikováni jen pro práci zdravotnických asistentů. Uplatnění najdou jak v ambulantní péči, tak v lůžkových zařízeních, kde se budou podílet na ošetřování nemocných. Asistenti budou moci pracovat ve zdravotnických zařízeních výhradně pod dohledem kvalifikovaných odborníků.

Dalším doporučením Evropské unie byla tzv. registrace zdravotních sester (<http://www.nconzo.cz/cit.22.2.2006>), která by měla kontrolovat samostatnou a dostatečně kvalifikovanou práci sester a zaručit jejich další celoživotní vzdělávání. Registrace je od 1. 4. 2006 v České republice pro všechny sestry pracující bez odborného dohledu podle zákona č. 96/2004 Sb., § 72. povinná.

Nová koncepce (FLORENC:2/2006,55) vzdělávání sester v České republice, dle zákona 96/2004 Sb., je v souladu se strategií Evropské unie a zohledňuje celosvětový trend. Jsou s tím spojeny i určité požadavky na proměnu celé hierarchie zdravotnického systému. Tento systém, který klade důraz na vysokoškolsky vzdělanou sestru, směřuje k restrukturalizaci rolí, které má plnit lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál.

4.6 Sociální postavení zdravotních sester

Společenská prestiž a postavení zdravotních sester v žebříčku povolání prošla několika vývojovými stádii. Vnímání zdravotnického povolání současnou společností je v dnešní době beze sporu ovlivněno zkušenostmi.

Ošetřovatelství mělo v historii poměrně nízké společenské postavení. Sociální status byl ovlivněn charitativním posláním a určitou neprofesionalitou. V 90. letech 18. století (<http://www.florence.cz/cit.15.1.2006>) byli za ošetřovatele a ošetřovatelky přijímáni lidé naprosto neškolení, jejichž práce byla ceněna méně, než práce vrátného v nemocnici. Ošetřovatelé dostávali 7 zlatých měsíčně, ošetřovatelky 6 zlatých. Spali společně v pokojích nemocných. Jen pro srovnání: vrátný měl 8 zlatých měsíčně, zdarma byt, 5 sáhů dřeva, 18 liber svíček a 30 zlatých na ošacení ročně.

Od poloviny 19. století lze pozorovat nejen profesionalizaci ošetřovatelského povolání, ale i snahu o jeho emancipaci a adekvátní společenskou prestiž, jak již uvádím v kapitole 3. Diplomované sestry byly velmi pyšné na svou profesi a hrdě se k ní hlásily. Trvale usilovaly o zlepšení svých pracovních podmínek a zvyšování kvality vzdělávání (viz. kap.3). Tím se zvyšovala i úroveň ošetřovatelské péče. V tomto úsilí byly díky své kultivovanosti, svému zápalu a vytrvalosti velmi úspěšné a získaly si tak vysokou společenskou prestiž. Postavení diplomované sestry bylo na konci meziválečného období velmi vysoké. Svým samostatným působením v terénu, stoupala jejich prestiž v očích veřejnosti (viz. český film "Sestřičky").

Po únoru 1948 (STAŇKOVÁ:2002,18-20) ošetřovatelské školy zanikly a byly nahrazeny zdravotnickými školami, které vznikaly z rodinných a sociálních škol. Idea ošetřovatelství se rázem změnila.

Bylo „nutné“ vymýtit vše buržoazní včetně stavovské hrdosti diplomovaných sester. Většina diplomovaných sester byla odvolána z vedoucích míst a současně došlo

k potlačení všech stavovských znaků ošetrovatelské profese. Byla zrušena slavnostní tmavá uniforma a pláštěnka. Změnil se i odznak, který byl upraven sloganem: „SLOUŽÍM ZDRAVÍ LIDU“. Zanikl oficiální titul diplomovaná sestra – ošetrovatelka nemocných. S příchodem materialistické ideologie, jak Staňková uvádí: „*Bylo postupně potlačeno i profesní sebevědomí sestry.*“ Ošetrovatelství se postupně stalo servisní službou lékařské péče. Bohužel zmizela i funkce samostatně pracující sestry. Tak klesla i společenská prestiž profese a pocit sestry, že jsou významným faktorem při jejím utváření.

S celospolečenskými změnami se mění i kompetenční model zdravotnického pracovníka. Podle Staňkové (STAŇKOVÁ:2002,20-21) by sestra 21. století neměla postrádat tyto kvality:

- ✓ být emancipovaná, schopná samostatné práce, ochotná samostatně pracovat, převzít více konkrétní odpovědnosti za svou práci,
- ✓ být vzdělaná, projevovat se tak, aby ji jako odborníci respektovali jak nemocní, tak všichni spolupracovníci;
- ✓ být schopna a ochotna samostatně se stále vzdělávat,
- ✓ být sestrou důvěryhodnou, sestrou, která svým vystupováním i vzhledem dává najevo, že si váží svého nemocného, jako rovnocenného partnera a společníka v dosahování jeho zdraví a soběstačnosti,
- ✓ být sestrou, která v praxi aplikuje nové vědecké poznatky, sestrou, která umí obhájit a zdůvodnit, proč se rozhodla ve své práci uplatňovat konkrétní nové poznatky,
- ✓ být sestrou, která samostatně provádí prevenci a edukaci nemocných i zdravých lidí,
- ✓ být registrovanou sestrou,
- ✓ být sestrou, hrdou na své povolání.

Zde bych ráda opět zdůraznila rozdíl v chápání sesterské profese v Polsku a v České republice. Použila jsem právě Staňkovou z roku 2002, která přesně popisuje, jaká by měla zdravotní sestra být. To znamená, co od ní naše společnost očekává. Jsou to především měnící se kompetence a uplatňování odborných poznatků v praxi. Tím samozřejmě nechci říci, že v Polsku nemají odborně vzdělané zdravotní sestry a nedbají na rozšiřování jejich kompetencí. Přesto, jak v dalších kapitolách uvedu, rozdíly v chápání sesterské profese přece jenom jsou a to zejména názory samotných

zdravotních sester. Už systém vzdělávání a příchod do profesní praxe je trochu odlišný u nás a v Polsku.

V následující kapitole podrobněji rozebírám vývoj vzdělávání sesterské profese v České republice, jelikož prošlo tolika změnami, že je třeba alespoň ty základní uvést. Následuje vzdělávání v Polské republice, které není pojato z historického hlediska, protože není pro cíl disertační práce stěžejní, ale především jde o současný charakter vzdělávání a především nástup absolventů do praxe.

5 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICĚ A POLSKU

Ošetrovatelství, jako obor, prochází neustálým vývojem. Pro porozumění nynějšímu stavu ošetrovatelství a pro jeho další rozvoj, je nezbytná orientace v historii vzdělávání v ošetrovatelství. Kate Barrett se v souvislosti s významem vzdělávání v ošetrovatelství zmiňuje o důvodech, které k němu vedou (BARRET:1996,22-30):

„Stupeň a způsob péče jsou závislé na mnoha faktorech, mezi něž patří kulturní tradice a historické zvyklosti v péči, které se dlouhodobě utvářely v průběhu dějin, ale také současná dominantní politická ideologie a komplexnost a organizace té které společnosti. Systém zdravotnictví určité společnosti je založen na stejných hodnotách jako jiné aspekty dané společnosti. Z tohoto důvodu je vhodné sledovat, jak byly ve společnosti systémy zdravotní péče úzce spjaty se sociálními, ekonomickými, politickými a náboženskými organizacemi.“

5.1 Základy profesního vzdělávání v České republice

Zvyšující se úloha (KAFKOVÁ:1992,58-60) a odpovědnost sestry v péči o nemocné si vynutila odborné vzdělávání sester, které bylo zpočátku naplněno založením *První české ošetrovatelské školy v Praze*, která vznikla za výrazného přispění **Ženského výrobního spolku českého a Spolku lékařů českých** v r. 1874.

Ve škole se sestry vzdělávaly v teorii a praxi pod vedením českých lékařů, zpravidla působících na lékařské fakultě Karlovy univerzity. Jednalo se o organizovanou odbornou výuku podle učebního plánu a osnov ve formě čtyřměsíčních kurzů. Praktický výcvik probíhal na Karlově v městském chorobinci. Výuka se týkala především služeb, hygieny a potřeb kolem nemocných. Škola zanikla v roce 1882 pravděpodobně z národnostních a finančních důvodů.

Výchova sester (PLEVOVÁ A KOL.: 2011, 45, STAŇKOVÁ, M.: 2002, 58) se v mezidobí od roku 1882 až do roku 1916 konala pouze formou „vyučení“ v nemocnicích. Nařízením rakouského ministerstva vnitra č. 139 Říšského zákona ze dne 25. 6. 1914 bylo uděleno povolení k zřízení dvouletých ošetrovatelských škol, které měly zaručit praktický výcvik ve všech oborech nemocniční péče. Ve výše zmíněném nařízení byla ustanovena organizační struktura, obsah studia, podmínky pro přijetí (adeptky musely prokázat ke studiu způsobilost a věk nad 20 let, později byla věková hranice o dva roky snížena), práva a povinnosti studujících a absolventek aj. Absolventky končily školu diplomovou zkouškou a získaly titul diplomovaná ošetrovatelka. Státní česká i německá ošetrovatelská škola byla otevřena až v roce 1916 v Praze.

Již v té době kvalitní teoretickou výuku, obohacenou o nové předměty: etiku a historii ošetřovatelství, doplnila výuka ošetřovatelské techniky ve školní učebně. Odborná praxe se uskutečňovala na pražských klinikách, na nichž se postupně vytvářely tzv. školní stanice vedené a podporované školou. Ošetřovatelská péče, její organizace a vzdělání sester se poměrně rychle zlepšovaly. Tento vývoj byl přerušen druhou světovou válkou. Výuka ve stávajících ošetřovatelských školách byla zachována, ale nové školy se neotvíraly. Rozvoj probíhal na poli organizace nemocniční ošetřovatelské péče. Během války a zejména po jejím skončení se výrazně projevila potřeba vyššího počtu kvalifikovaného ošetřovatelského personálu. Proto se síť státních ošetřovatelských škol rychlým tempem rozrůstala.

V roce 1946 (JAROŠOVÁ, D.: 1999, 46) byla otevřena Vyšší ošetřovatelská škola v Praze, která zajišťovala specializační pedagogické vzdělávání sestrám, které chtěly učit na ošetřovatelských školách, a připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetřovatelství

5.1.1 Profesionální vzdělávání v letech 1948 – 1989

Jak uvádí Staňková (STAŇKOVÁ: 1996, 32, 2002, 46), komunistický puč v roce 1948 zcela zrušil dosavadní kontinuitu rozvoje vzdělávání v ošetřovatelství. Na základě nových zákonů, zvláště pak školského zákona č. 95/1948 Sb. a zákona č. 103/1951 Sb. o jednotné léčebně preventivní péči, byla výrazně ovlivněna organizace i obsah zdravotnického školství. Ošetřovatelské školy byly zařazeny do jednotného systému odborných škol a sloučeny s rodinnými a sociálními školami (tímto sloučením došlo k obrovskému nárůstu počtu sociálně zdravotních škol v českých zemích na 143 oproti počtu 31 ošetřovatelských škol v roce 1947. Většina škol byla do roku 1953 zrušena a po organizačních změnách se počet škol ustálil do roku 1971 na 53) po vzoru Sovětského svazu. Vznikly tak střední odborné školy, v nichž nabývali studenti současně všeobecného středoškolského vzdělání i odborné kvalifikace.

Školy se zprvu nazývaly (PLEVOVÁ A KOL.: 2011, 47, STAŇKOVÁ, M.: 2002, 60) vyšší sociálně zdravotnické školy (později střední zdravotnické školy), ve kterých se připravovaly všechny kategorie středního zdravotnického personálu (vedle sester také laboranti, rehabilitační pracovníci, dietní sestry, ženské sestry apod.). Studium končilo maturitní zkouškou, která absolventům umožnila studium na vysoké škole, což bylo jistě pozitivum, které však nevyvážilo ostatní negativa vzniklého systému. Adepti byli přijímáni zpravidla ve 14 – 15 letech a doba studia byla čtyřletá. V roce 1951, z důvodu nedostatku středních zdravotnických pracovníků, byla délka studia snížena na 3 roky, což ovlivnilo, mimo jiné, i obsah studia. Ze škol vycházely neplnoleté absolventky, které nemohly pracovat na všech nemocničních odděleních a na nočních službách. Vládním

nařízením č. 80/1955 Sb. bylo studium na zdravotnických školách prodlouženo na 4 roky. Správa Středních zdravotnických škol byla převedena na Ministerstvo zdravotnictví a školy byly rovněž převedeny do Ústavů národního zdraví.

Staňková (1996,34) hodnotí: *„K náročnému ošetrovatelskému povolání se začala připravovat sociálně nezralá mládež. Tomu se samozřejmě musela přizpůsobit organizace a kvalita studia. Způsob práce se studenty bylo nutno zjednodušit a přiblížit jejich velmi nízkému věku. Studenti přicházeli do styku s klinickou praxí příliš nezralí a to se odráželo v jejich časté maladaptaci ve vztahu k povolání již na konci studia, s nimiž se setkáváme dodnes. Ve čtyřletém kombinovaném vzdělání při 34 vyučovacích hodinách týdně se studujícím nedostávalo ani dostatečného všeobecného vzdělání ani kvalitní teoretické odborné průpravy, a především chyběl potřebný rozsah odborné praxe.“*

Ukázalo se, že základní profesní příprava v této formě byla pro praxi nedostatečná, a tak se počátkem padesátých let začíná aktivně propagovat myšlenka dalšího soustavného vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Další vzdělávání (STAŇKOVÁ:1996,36-38, KUTNOHORSKÁ, J.: 2010, 45) mělo zprvu podobu tzv. seminárních školení, která seznamovala zdravotnické pracovníky s novými poznatky v oblasti zdravotnické péče. Ministerstvo zdravotnictví vydávalo seznam povinných a doporučených témat seminárních školení, čímž byla zabezpečena jednotna vzdělávání.

Problémy jednotlivých regionů byly řešeny v rámci doplňujících témat, která vydávaly Národní výbory resp. Krajské ústavy národního zdraví (později jejich organizačně metodická oddělení). Seminární školení se odehrávala na úrovni krajů, zdravotnických ústavů a jejich jednotlivých oddělení. Na bázi krajských školících akcí se začaly konat celo-krajské odborné konference středních zdravotnických pracovníků, které významnou měrou přispěly k založení Středisek pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.

Střediska byla (KUTNOHORSKÁ, J.: 2010, 47) založena v roce 1960 a sídlila v Brně a Bratislavě a převzala řadu kompetencí v oblasti dalšího vzdělávání z ministerstva zdravotnictví. Významnou úlohu pro zvyšování dalšího vzdělávání hrála jejich trvalá spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví, s organizačně metodickými odděleními Krajských ústavů národního zdraví, se zdravotnickými zařízeními i krajskými Středními zdravotnickými školami. Brněnské středisko (později Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a nyní Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) se stalo centrem postupně se rozvíjejícího ošetrovatelského výzkumu. Zde se rovněž vytvářely základy teorie československého ošetrovatelství a rozvíjela se mezinárodní spolupráce.

Ve stejném roce bylo umožněno sestřám, které učily na Středních zdravotnických školách odborné předměty, studovat při zaměstnání pětiletý program oboru ošetrovatelství v kombinaci s psychologií a později pedagogikou na Filozofické fakultě Karlovy univerzity. Od roku 1980 bylo umožněno i řádné denní studium. Zejména pro hlavní a vrchní sestry bylo v letech 1987-1994 otevřeno jednooborové studium: Péče o nemocné.

Staňková celé meziválečné období shrnuje (1996,42): *„Meziválečné období položilo velmi solidní základy českého ošetrovatelství i ošetrovatelského školství. Sestry měly silnou profesní organizaci, která hájila úspěšně jejich odborné i stavovské zájmy a vytvářela ošetrovatelskému povolání vysokou společenskou prestiž. Období socialismu zastavilo především vývoj kvalifikačního základního vzdělávání budoucích českých sester a oproti celosvětovému vývoji je posunulo do nejnižších věkových kategorií. Práce sester se stále více zaměřovala na technickou stránku, takže perfektní zajišťování diagnostických a léčebných výkonů se stalo hlavní náplní ošetrovatelské profese. V přípravě sester i v klinické praxi byly podceněny otázky ošetrovatelské etiky, aplikované psychologie a sociologie v přístupu a jednání s nemocnými. Nebylo by však spravedlivé celé toto období odsoudit.*

Československo se vyznačovalo velmi kvalitním systémem dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků včetně sester. Byly vytvořeny solidní základy pomaturitního specializačního a univerzitního vzdělávání sester, dobře pracovala Československá společnost sester a vznikla řada hodnotných výzkumných prací. Byly vypracovány teoretické základy českého ošetrovatelství. To vše lze pokládat za pozitivní.“

Ráda bych upozornila na fakt, že právě v tomto období, jak Staňková a ostatní autoři uvádí, nastaly nejvýznamnější změny ve vzdělávání sester v České republice. Posunula se věková kategorie studentek směrem dolů a cílem vzdělávání byla především technická stránka oboru a zvládnutí odborných činností. Jak Staňková správně uvádí: *„vytratila se etika povolání.“*

5.1.2 Profesionální vzdělávání v letech 1989 – 2005

Počínaje rokem 1989 došlo k výrazným změnám v oblasti vzdělávání sester jak na úrovni středoškolské a vysokoškolské, tak ustanovením nového typu přípravy k profesi v podobě Vyšších zdravotnických škol, i v oblasti postgraduálního vzdělávání. Nejvýraznější změny (<http://www.maxdorf.cz/>, cit.23.2.2006) v rámci vzdělávání sester přinesl rok 2004. Veškeré změny, které dosud probíhají, jsou v souladu s mezinárodními úmluvami, směnicemi, deklaracemi, doporučeními OSN, Světové zdravotnické organizace (WHO) a Rady Evropy.

Pro systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je zásadní dokument WHO: Evropské zdraví 21, Strategie zdraví pro všechny, který byl schválen na zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v roce 1998. Na základě tohoto dokumentu, který je určen pro státy ucházející se o vstup do EU, regulují země, přistoupivší do EU, ošetřovatelství a porodní asistenci a soustředí se na standardy, struktury a procesy, které podporují volný pohyb zdravotníků v rámci členských států EU a částečně také na standardy vzdělávání a odborné přípravy.

Mezi podmínkami vstupu ČR do EU bylo přijetí tzv. harmonizačních zákonů. Jedním z nich je zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních znatelně ovlivnil systém vzdělávání a nabídku oborů zdravotnických škol.

Zdravotnické školy byly do roku 1996 zřizovány, financovány a metodicky vedeny Ministerstvem zdravotnictví. Od 1. listopadu 1996 byla správa podstoupena resortu školství a kompetenčním zákonem č. 132/2000 Sb., o krajích, přešly střední a vyšší zdravotnické školy do kompetence jednotlivých krajů. Na schvalování obsahu, rozsahu a formy všech stupňů vzdělávání ve zdravotnictví nadále spolupracuje ustanovená meziresortní komise Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Studium (<http://www.mvcr.cz/>, cit. 10.4.2006) některých studijních oborů bylo ukončeno, část studijních oborů byla transformována a některé studijní obory nově vznikly. Studijní obor 53-41-M/001 **Všeobecná sestra** byl vyhláškou č. 144/2003 Sb., kterou se mění vyhláška č. 354/1991 Sb., o středních školách, ve znění pozdějších předpisů, nahrazen od 1. září 2004 novým studijním oborem 53-41-M/007 **Zdravotnický asistent**. K 1. září 2005 byla nabídka studijních oborů středních zdravotnických škol rozšířena o nový studijní obor: **Zdravotnické lyceum**, které připravuje žáky ke studiu všech oborů na lékařských fakultách a zdravotně sociálních fakultách vysokých škol a ke studiu na vyšších zdravotnických školách. Absolvováním oboru se nezíská způsobilost zdravotnického pracovníka v případě, že absolvent nebude pokračovat ve studiu na vyšší nebo vysoké škole, může získat oprávnění k výkonu některých nelékařských zdravotnických povolání formou akreditovaných kurzů. Studium studijního oboru 53-41-N/001 **Diplomovaná všeobecná sestra** na vyšších zdravotnických školách se k 1. září 2004 prodloužilo na 3,5 roku a došlo i ke změnám učebních dokumentů, které odpovídají požadavkům příslušných směrnic EU.

Studijní obor **Všeobecná sestra** lze studovat v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. v nejméně tříletém akreditovaném bakalářském studiu na vysokých školách.

Co se týče dalšího vzdělávání všeobecných sester, je realizováno prostřednictvím akreditovaných vzdělávacích programů, především formou certifikovaných kurzů a specializačního vzdělávání. Akreditace uděluje Ministerstvo zdravotnictví dle posouzení odborné akreditační komise. Dále jsou nabízeny vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání formou kurzů, odborných stáží, seminářů, konferencí, kongresů a inovačních kurzů. Pokud nejsou tyto akce pořádány na akreditovaném pracovišti, je nutné sjednat souhlasné stanovisko příslušné profesní organizace dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. Pro všeobecné sestry je profesní organizací Česká asociace sester.

V návaznosti na zákon č. 96/2004 Sb. (<http://www.nconzo.cz/cit.10.4.2006>) byl zřízen registr zdravotnických pracovníků, kteří splňují podmínky pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Na základě žádosti a za splnění kvalifikačních podmínek, zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti a prokázání účasti na celoživotním vzdělávání je žadatelům vydáno osvědčení, na jehož základě je držitel oprávněn vykonávat povolání bez odborného dohledu v zemích Evropské unie.

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Zdravotní sestry nutně potřebovaly systematické celoživotní vzdělávání, které by bylo podobné vzdělávání lékařů, fungující od roku 1953 (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). V roce 1960 bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. (<http://www.nconzo.cz/cit.15.5.2006>).

K významné změně došlo v roce 2003, kdy se z Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků stává opravdové „Centrum“ oboru ošetřovatelství s oficiálním názvem Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. InSTITUTE sídlí v Brně a zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů plní tyto funkce:

- ✓ podporuje regulační procesy,
- ✓ zabývá se realizací a rozvojem celoživotního vzdělávání pracovníků v zdravotnictví,
- ✓ je především poradenským, koordinačním a informačním centrem pro řešení otázek v oblasti odborného vzdělávání a regulace nelékařských zdravotnických

povolání,

- ✓ je akreditovaným zařízením s celorepublikovou působností,
- ✓ poskytuje širokou nabídku vzdělávacích programů specializačního vzdělávání, kvalifikační a certifikované kurzy a další formy celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníkům, ale i široké veřejnosti.

Centrum má dlouholeté zkušenosti se vzděláváním, spolupracuje s tisíci externími lektory a zdravotnickými zařízeními a poskytuje vzdělávání na vysoké odborné úrovni.

5.2 Současný systém profesního vzdělávání zdravotních sester v Polsku

Současné společenské změny, které ovlivňují chápání zdravotnické profese veřejností ale i samotnými odborníky na tuto profesi, dokladuje komentář Krystyny Baszak v publikaci: *Andragogika w ujeciu interdyscyplinarnym*, od W.Horynia a J. Maciejewskiego, v článku: *Kształcenie zawodowe pielegniarek instrumentariuszek*. Jak Baszak uvádí (BASZAK:2007,59):

„V Polsku probíhá proces restrukturalizace v období velkých příležitostí i rozsáhlých úkolů v reformě služby zdraví, realizované v podmínkách špatných standardů péče, finanční krize, nespokojenosti konzumentů a nechuti k centrálně řídicím strukturám. Zdravotní služby čelí potřebám vytvoření nových systémů, následným výzvám budoucnosti, aby obstály v plnění složitých úkolů, které uspokojí současné potřeby společnosti. V nové společensko-ekonomické situaci se ocitly také pielegniarki“ (pielegniarki je termín, který můžeme srovnat s českým termínem – zdravotní sestry pozn. autora).

„Transformace v Polsku ukázala nové možnosti změn, především v chápání vlastní profese v podmínkách každodenní práce. Zaměstnání vyplňuje přinejmenším polovinu našeho aktivního života a právě tato polovina rozhoduje významně o tom, zdali člověk svůj život řídil správným směrem.“

Zde autorka jasně poukazuje na to, že zvolená zdravotnická profese musí být, a je, součástí aktivního života jedince. A jak už jsem poukázala v textu, na rozdíl od českého pojetí zdravotnické profese vnímají Poláci profesi pielegniarki více jako poslání, kterému jedinec podřizuje celý svůj život.

Jak dále Baszak uvádí:

„Vzdělávací program pro sestry prvního stupně obsahuje poznatky v oblasti vědy o životě a bytí člověka, dále v ošetřovatelství a také zajišťuje získání znalostí v klinice. Přípravuje k výkonu odborné praxe na vyšší pozici, k řízení organizováním ošetřovatelské péče a také ke splnění hlavní role v rozvoji ošetřovatelství.“

Zde bych si dovolila malou poznámku k tomu, co už bylo řečeno. Už v kvalifikační přípravě je kladen velký důraz na „bytí a život člověka, jako živoucí bytosti“. Je dán daleko větší filozofický prostor v chápání člověka, jako individuality a jedinečnosti.

„Obsáhlost a okolnosti těchto definic, pokračuje Baszak ve svém komentáři, navazují na všeobecné vnímání významu termínů ošetrovatelství (pečovatelství) a ošetřování (pečování – péče) přijatých, jako profesní úkony a náplň práce, zabývající se ošetřováním (péčí) o člověka.“

Těmito termíny je možné definovat tvořící se vědu, jejímž předmětem je ošetřování a ošetrovatelství v souvislosti s obecnou problematikou.

Věda o ošetřování zahrnuje zatím teorii ošetřování, souvislosti s tématem profesního ošetrovatelství, techniky ošetřování, kompetence sester, didaktiku ošetrovatelství, historii a hledání odpovědi na téma postavení v systému jiných věd, zejména v medicíně stejně, jako v České republice.

Oblast zdravotní způsobilosti je dána jednoznačně výjimečností zdravotnické profese a to nejen v Polsku. To znamená, že služby na ochranu zdraví (též zdravotnické služby) mohou poskytovat pouze osoby, které splňují právem dané podmínky a mohou vykonávat danou profesi.

Základním právním aktem (PRAKTYCZNY PORADNIK DLA PIELEGNIAREK/4, 2001,2-4), který stanovuje materiálně-právní podmínky, je Zákon ze dne 5. května 1996 o povolání zdravotní sestry a porodní asistentky v Polsku.

Podmínkou přijetí na zdravotnickou školu je dosažení plnoletosti (BASZAK:2007,62). Zdravotnická škola ve smyslu zákona vzdělává v ošetrovatelské profesi v souladu s normou všech členských států EU, kvalifikaci a titul odbornosti se získává v pomaturitním studiu a na školách vyššího typu. Vzdělávání probíhá formou magisterského studia nebo na vyšších odborných školách. Studium trvá nejméně šest semestrů o počtu nejméně 4600 hodin odborné výuky. Z toho praktická část představuje polovinu a teoretická nejméně třetinu z celkového objemu výuky. Vzdělávací program je sjednocen a přizpůsoben podle evropských požadavků. Splňuje rovněž podmínky Mezinárodní rady sester jak v oblasti vzdělání, tak i v poměru teoretického a praktického vzdělávání. Zákon ukládá dvanáctiměsíční odbornou praxi a neustálou aktualizaci odborných znalostí. Přehled činností, vykonávaných sestrami je přesně definován a splněním daných studijních podmínek získává absolvent zdravotnické školy titul magistr nebo licencjat.

Povolení (<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>) k výkonu profese sestry vydává **Úřad zdravotních sester a porodních asistentek** podle daného zákona. Do kompetence úřadu patří i rozhodnutí, zdali kandidát splňuje všechny podmínky.

(Zde je kardinální rozdíl mezi Českou republikou a Polskem. U nás nastupují absolventky škol přímo na vybraná zdravotnické pracoviště, pozn. autora).

Tímto odpovědný orgán úřadu, kterým je **Okresní rada sester a porodních asistentek**, rozhoduje o schválení či zamítnutí (odebrání) práva vykonávat danou profesi.

(Stačí např. nevyhovující zdravotní stav nebo etický delikt a sestra nemá šanci vykonávat svou profesi. Může jít o přechodné rozhodnutí, které se po čase znovu řeší, pozn. autora).

Činnost odpovědného orgánu Úřadu sester a porodních asistentek ve věci práva výkonu zdravotnického povolání je především administrativní.

Potvrzení práva (<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>) k výkonu sestry a porodní asistentky je spojena se zápisem do registru členů úřadu sester. (Administrativa, která v této podobě v ČR naštěstí neexistuje, pozn. autora).

S rozvojem ošetrovatelské profese (BASZAK:2007,64) souvisí získávání specializace. Ošetrovatelská specializace vzbuzuje největší zájem a stala se cestou k profesnímu uznání.

Program vzdělávání k specializaci v kvalifikačním a specializačním kurzu vychází z rámcového programu. Obsahem vzdělávacího programu je: typ vzdělávání, jeho cíl a studijní plán předmětů nebo vzdělávacích modulů včetně počtu vyučovacích hodin v teoretické i praktické výuce, studijní harmonogram, způsob organizace studia, způsob ověřování efektu vzdělávacího procesu, přehled odborných znalostí a dovedností, které budou výstupem vzdělávání, plán studia, program studia, jednotlivé předměty a moduly vzdělávání s výkazy o úspěšnosti a výsledcích studia, zvolená metodika vzdělávání.

Specializace sester probíhá v různých ošetrovatelských disciplínách: rodinné, v ochraně zdraví pracujících, ve střediscích výchovy a vzdělávání, v geriatrické, kardiologické, nefrologické, diabetologické, pediatrické, chirurgické, onkologické, psychiatrické, paliativní, neurologické, v intenzivní péči, anesteziologické, v rychlé pomoci a ve výchově ke zdraví.

Profesní vzdělávání a zvyšování kvalifikace v Polsku, jak Baszak dále zdůrazňuje, je přínosem pro rozvoj daného oboru a pomáhá reflektovat na rychle nastupující společenské změny a změny v oblasti vědeckého rozvoje.

Operační specializace ošetrovatelství, jak Baszak uvádí ve svém článku, je specifická zdravotní disciplína, na kterou se nevztahuje žádný vzdělávací program v rámci zdravotnických škol.

(V ČR vždy existovalo pomaturitní studium v oboru instrumentářka na operačním sále a nejen to. Zdravotní sestry se mohly v rámci celoživotního vzdělávání dále kvalifikovat v Brně v Institutu dalšího vzdělávání, jak je uvedeno v předcházející kap. č. 5.1.2 a 5.1.3, pozn. autora).

Zdravotní sestry a porodní asistentky, které začínají po studiu pracovat na operačních sálech, jsou nuceny učit se za provozu a získávat informace o své pracovní činnosti od starších kolegyň. Často jsou to informace již zastaralé a nemoderní, neodpovídající novým trendům v této specializované činnosti a mnohdy jsou získávány na základě vlastní zkušenosti. Zdravotní sestry a porodní asistentky často po ukončení studia nastupují na operační sál, kde pracují až do důchodového věku, nemajíc tak možnost srovnávat své pracovní postupy s jinými, na jiném operačním bloku, v jiném zdravotnickém zařízení. V Polsku je jen několik zdravotnických zařízení, která mají vzorové operační sály a málo je i zodpovědně připravených pracovníků v oblasti řízení.

Proto velmi obtížně vznikají školní vzorová pracoviště na operačních úsecích zdravotnických zařízení.

(V ČR je součástí odborné praxe na středních, vyšších a vysokých školách získávání praktických i teoretických znalostí a dovedností na chirurgických odděleních, jejichž součástí jsou operační sály a JIP. Studenti jsou součástí pracovního týmu na všech úsecích operační, pooperační a intenzivní péče. Výuka probíhá pod dohledem vybraného zdravotnického pracovníka, který zodpovídá za studenta nebo přímo pod dohledem odborné učitelky. Cílem je, seznámit se se všemi úseky zdravotnických zařízení. Je pravdou, že i u nás musí být zdravotnická pracoviště označeny jako „školní pracoviště,“ pozn. autora).

Operační sestry s několikaletou praxí, jak dále Baszak ve svém článku uvádí, jsou právě ty, které nejčastěji předávají zkušenosti mladým nastupujícím absolventkám. S informacemi a svými profesními zkušenostmi jim vnucují i konvenční způsoby práce, které jsou na pracovišti „zažité“ a pro každý operační sál typické po celá léta. Stává se, že nereflktují na nové trendy v zásadách asepse a pracovníci si ani neuvědomují chyby, kterých se při práci dopouštějí. Lidé, pracující na operačním sále, musí být především zodpovědní a disciplinovaní. Od operační sestry se očekává, že bude přísně dodržovat sanitární režim, vzorový pořádek a uplatní své schopnosti a získané dovednosti v jakémkoli operačním bloku.

Činnost sestry instrumentářky je specifická především svým charakterem a požadavky na tuto profesi. Instrumentářka na operačním sále musí být osobností, která má přirozený respekt, je trpělivá, klidná, dokáže se ovládat a ve vypjatých situacích je silná fyzicky, psychicky, schopna snášet útrapy při dlouhých náročných operativních zákrocích. Musí být manuálně zručná, koncentrovaná a mít pozorovací talent, rychle reagovat na náhle vzniklé problémové situace. Při instrumentování stále sleduje práci operátora a stav operačního pole, aby mohla včas reagovat a správně asistovat při volbě a podávání příslušných chirurgických nástrojů a pomůcek. Kvalitní asistence instrumentářky proto předpokládá její odborné teoretické znalosti operačních zákroků, včetně stále inovujících se chirurgických postupů v operativě.

V této profesi existují tři možnosti odborného zdokonalování (BASZAK:2007,65):

- ✓ **letitá praxe v oboru** – tato forma je zdlouhavá a neefektivní,
- ✓ **sebevzdělávání** – má svou hodnotu, ale vyžaduje sebedisciplínu a systematičnost,
- ✓ **řízené sebevzdělávání** – zahrnuje praktické zkušenosti i sebevzdělávání.

Tato forma vzdělávání efektivně zdokonaluje pracovní činnost, motivuje a cíleně vede k sebevzdělávání, jehož zpětnou vazbou jsou výsledky vzdělávacího procesu.

Místem speciální přípravy sester pro práci instrumentářky na operačním sále jsou školící akce, realizované prostřednictvím **Centra po-diplomového vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek**, označovaná jako „Centra“. Centrum zdokonalování zdravotnických pracovníků pomáhá při aktualizaci a prohlubování znalostí a dovedností, získaných studiem a praxí na operačním sále. Jmenované specializace jsou realizované pro sestry, které mají už praxi na operačním sále a znají zásady asepse, antisepse a jsou zcela adaptovány na pracovní prostředí. Rámcový program vzdělávání v oblasti operačního ošetřovatelství vznikl z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví a sociální péče v r. 1998 v souvislosti s dalším po-diplomovým vzděláváním sester a porodních asistentek.

(Všimněme si, že specializace je určena pro sestry, které už na operačním sále pracovaly nebo pracují. Nelze si tedy zvyšovat kvalifikaci hned po absolvování základního kvalifikačního studia, na rozdíl od získávání další kvalifikace v ČR, pozn. autora).

Absolvování kvalifikačního kurzu slouží jako základ pro práci sestry na operačním sále a dále umožňuje specializaci v oblasti operačního ošetřovatelství.

Program má systémový charakter. Důvodem je, že obsahem je určitý stupeň generalizace, která poskytuje příležitost přizpůsobení se při realizaci ve zvláštních podmínkách a garantuje porovnatelnost kvalifikační a znalostní úroveň absolventa kurzu nezávisle na lokalitě, kde kurz absolvoval.

V systémovém programu organizátor po-diplomového vzdělávání vypracuje podrobnou specifikaci, která musí být výstupem pro učební plán systémového programu. Přehled kvalifikací obsažený v programu je jeho povinnou součástí. Tento aspekt zaručuje jednotnost získané kvalifikace pro všechny absolventy, nezávisle na místě realizace a ukončení kurzu.

Každý modul obsahuje kvalifikační rámec, který je součástí vzdělávání teoretického i praktického. V souvislosti s tím, jsou v metodice a učebním plánu vytyčena místa realizace praktické stáže. To znamená, že v programu vzdělávání, který je připraven organizátorem podiplomového vzdělávání a řídicím pracovníkem kvalifikačního kurzu

i garanty praktické stáže, musí opakovaně popsat obsahový cíl a přehled kvalifikací pro praktická pracoviště, kde se stáže uskutečňují.

Kvalifikační kurz se skládá ze dvou částí:

- z všeobecně odborného (jednotného pro všechny kvalifikační kurzy),
- specializace pro operační ošetřovatelství.

Program trvá tři měsíce a počet doporučených hodin je 530.

Jak jsem již uvedla v doprovodných komentářích, vzdělávání zdravotních sester v Polsku je daleko komplikovanější, než v České republice. Základní kvalifikační struktura sesterské profese je v terciálním vzdělávání. Tím splňují, a splňovali daleko dříve, než Česká republika, požadavky na vzdělávání a vzdělání zdravotních sester v EU.

V předcházejících kapitolách jsem zmiňovala společenské rozdíly a motivační faktory, které vedou k volbě profese zdravotní sestry u nás a v Polsku. Polská společnost je daleko víc „věřící“, než česká, takže se tento fakt odráží i v důvodech a volbě sesterské profese. Krystyna Baszak realizovala v rámci rigorózního studia výzkum, zaměřený na motivaci výběru profese zdravotní sestry. Jeho výsledky jsou velmi zajímavé a potvrzují můj názor.

Výzkum K. Baszak, zaměřený na motivaci výběru profese zdravotních sester v Polsku

V rámci rigorózního studia K. Baszak realizovala výzkum, zaměřený na motivaci výběru profese zdravotní sestry. Autorka zvolila metodu teoretické analýzy, empirického zkoumání a pozorování.

Reprezentativní vzorek výzkumu tvořilo 60 respondentek, které byly náhodně vybrány ze 116 zdravotních sester. Respondentky byly vybrány ze všech wroclawských zdravotnických zařízení, z různých typů zdravotnických oddělení. Výzkum byl realizován v r. 2002.

Nejčastěji uváděným motivem výběru profese (50%) byl altruismus. Pro 30% oslovených, byl výběr ovlivněn tradicí. Skupina 13% resp. uvedla, že motivací výběru profese bylo přání, umět instrumentovat a pracovat na sále. Pro necelých 12% respondentek bylo motivem další studium a zvyšování zdravotnické kvalifikace. V několika málo případech byl motivem volby profese náhodný výběr (1,7%), práce s dětmi (1,7%) nebo kamarádské vztahy.

Výsledky analýzy empirického materiálu představují nejen důvody volby ošetřovatelského povolání ale i zájem se dál vzdělávat a zvyšovat svou kvalifikaci.

K obecné profesní přípravě patří získání znalostí, dovedností a profesionálního chování. Z dalších výsledků výzkumu se ale ukazuje, že už škola na úrovni zdravotního

lycea a pomaturitního studia, nepřipravila sestry pro práci na specializovaných odděleních (99%). Je zarážející, že výsledky výzkumu v otázce efektivity přípravy k povolání na půdě zdravotnických škol, vyšly velmi negativně (98%). Svědčí to o zanedbání v přípravě vzdělávání ve zdravotnickém školství, zejména v kategorii sester instrumentářek. Z toho vyplývá, že velká část sester na specializovaných úsecích zdravotnických zařízení získávala znalosti a dovednosti od starších kolegyň přímo v pracovním procesu.

Důležitým hodnocením, je kladné hodnocení kvalifikačních kurzů, které mají význam v profesní přípravě sester specialistek. Teprve informace z kurzu pomohly sestřám v přípravě na náročnou práci např. operační sestry.

Analýza výsledků ukázala, že 63% respondentek je přesvědčeno, že kvalifikace je velmi důležitá a splnila jejich očekávání. Přesto 35% oslovených nepotvrdilo zlepšení pracovních dovedností. To potvrzuje, že faktické dovednosti získávají především na pracovišti, během pracovního procesu od svých zkušenějších kolegyň.

Efektům školení, kromě získaných znalostí, dovedností a kompetencí, je schopnost rozhodování a vyvozování závěrů ve své pracovní činnosti sestry specialistky. Ukázalo se, že dovednosti a systematickosti znalostí, získaných v kvalifikačním kurzu, které zefektivnily jejich pracovní činnost, přiznalo 82% oslovených.

Nejdůležitějším efektem vzdělávání po ukončení kvalifikačního kurzu instrumentářek byla, podle respondentek, profesní satisfakce (76%). Marginální bylo dodatečné ohodnocení a odměna nebo možnost postupu.

Obecně lze říci, že dodatečná kvalifikace není vždy cestou k postupu nebo zvýšení platu, konstatuje Baszak (2007,75) a dále uzavírá:

„V závěru lze potvrdit, že jsme účastníci velkých změn, které se týkají všech sfér našeho života. Násilný přechod od reálného socialismu do nejasného kapitalizmu je pro mnoho sester velmi bolestným procesem. Ošetřovatelství se potýká s mnoha problémy. Vzdělávání sester všeobecně odborné i specializační je realizováno v podmínkách, které nejsou přizpůsobeny současným potřebám, související s odbornou přípravou k dané profesi. Neustálý vývoj a rozvoj sesterských specializací vyžaduje stálé zdokonalování a intenzivnější specializaci v souvislosti se závazným celosvětovým standardem.“

V závěru Baszak konstatuje:

„V transformovaném Polsku je problém vzdělávání a kvalifikace na všech úsecích v systému zdravotní péče předmětem veřejného sporu a rozhodování bez účasti hlavních zainteresovaných skupin. Sestry se nepodílejí na rozhodování o strategii jejich profese, musí neustále bojovat o své zviditelnění se. Vzdělávání sester a kvalifikace ve zdravotních službách jsou nejdůležitějším pilířem zdravotní péče.

Posílení role sestry prostřednictvím zvyšování profesní kvalifikace je vážným problémem, stále připraveným k řešení pro organizátory systému edukace.“

Názory K. Baszak jsou velmi skeptické a kritické zároveň. Emotivně popisuje společensko-politické změny v Polsku, které vedly k určité degradaci sociálního statusu sester a porodních asistentek. Velmi překvapuje nedokonalost formálního vzdělávání zdravotnických pracovníků, které se dosud nepřizpůsobilo evropským standardům. Polsko bylo jedno z prvních, které promptně reagovalo na Kodaňskou a Boloňskou dohodu (terciální vzdělávání). Jak je vidět, legislativa byla rychlejší, než realizace změn ve zdravotnické praxi.

Přestože Polsko mělo profesi zdravotní sestry v terciálním vzdělávání (vyšší typy škol, vysoké školy) a přizpůsobení se evropskému standardu by nemělo být takovým problémem, je vidět, že po obsahové a metodické stránce je vzdělávání sester nedokonalé, zejména v specializační přípravě.

Nelze se ubránit dojmu, že se polské zdravotnické školství více soustředí na organizaci a byrokracii, lpí více na didaktických zásadách vzdělávacího procesu, než na obsahu vzdělávání a možnosti využití alternativních forem vzdělávání dospělých. Stále je profesní vzdělávání sester řízeno centrálně prostřednictvím ministerstva, krajů apod. Uznávání profesní způsobilosti a výběr kandidátů pro další kvalifikační vzdělávání mi připadá obstrukční a pro sestry demotivující.

6 IDENTIFIKACE SOUČASNÝCH VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB V CELOŽIVOTNÍM VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER

Andragogické dimenze profesního vzdělávání

Při hledání (PALÁN, Z.: 2002, 101, PLAMÍNEK, J.: 2010, 50) andragogické dimenze profesního jsou největší výzvou společenské změny. Andragogika musí na tuto výzvu reagovat a primárně se na tyto změny orientovat. Podle Knowlese je andragogika (KNOWLESS et Al:1973,65-66):

- ✓ umění a věda o pomoci dospělým učit se,
- ✓ systém předpokladů.

Tyto předpoklady spočívají podle Knowlese v uznání andragogického procesu jen jako vývoje od závislosti k sebeurčení osobnosti. Jinak řečeno, andragogický proces vede člověka od stavu "mít roli" ke stavu "být v roli". Andragogika je v tomto smyslu skloubením vědy a umění, teorie a praxe a spočívá na dvojím vědění:

- **knowing that** - vědění „že“ - tedy teoretická věda o něčem, například sociologie, psychologie, teorie řízení,
- **knowing how** - vědění „jak“ - praktické profesní vědění, tedy technologie dosažení změn, resp. způsobu, jak se se změnami vyrovnat.

Nelze jinak, než uvést i Šimkův argument (ŠIMEK:2006,92), související s rozvojem andragogiky na základě principů a zobecněných zkušeností z praxe. Musí však současně přepracovávat a nově formulovat výsledky zkoumání jiných věd.

6.1 Kvalifikace a kompetence

V andragogice je proces učení chápán jako schopnost člověka produktivně vytvářet nebo měnit představy, zvyky, chování, schopnosti a dovednosti. S tím souvisí pojmy: kvalifikace a kompetence. Beneš (BENEŠ:2008,17) definuje kvalifikaci jako *„vztah člověka a práce, tedy vztah mezi individuálními předpoklady pracovní síly a technicko-organizačními pracovními podmínkami“*

Šimek ve svém článku (ŠIMEK:4/2007,9): „Plíživá změna“ charakterizuje kvalifikaci jako: *„Spojení teoretického vzdělání s praktickými dovednostmi a zkušenostmi.“* Kompetence jako *„spojení vzdělání z tradiční společnosti a kvalifikaci ze společnosti industriální.“* K oběma uvedeným „tvrdým kategoriím“ přičleňuje „soft skills“, které se operacionalizují obtížněji. Jsou to především specifické osobnostní předpoklady jako je motivace, flexibilita, sociabilita, kreativita, které se v rámci rozvíjení klíčových kompetencí dají formovat, rozvíjet a které svou podstatou reflektují na měnící se požadavky obsahu, charakteru, dělby i organizace práce ve společnosti vědění.

V dnešní době se používá především pojem kompetence, který je chápán v širším, extrafunkčním kontextu. Beneš rozlišuje kompetence odborné, metodické a sociální.

K odborným kompetencím patří (BENEŠ:2008,18):

- všeobecné, odborné a další odborné vzdělání,
- kompetence získané při pracovní činnosti,
- obecně odborné kompetence – práce na PC, jazykové znalosti, apod.,
- specifické znalosti a pracovní techniky.

Sociální kompetence mají zaručit zvládnání:

- sociálních interakcí,
- komunikačních strategií,
- konfliktů,
- kooperace,
- moderace.

Metodické kompetence představují:

- schopnost vyhledávat a zpracovávat informace,
- úroveň logického, abstraktního, deduktivního a induktivního myšlení,
- určitá soudnost a schopnost úsudku,
- řešení problémů,
- vedení projektů,
- management času apod.

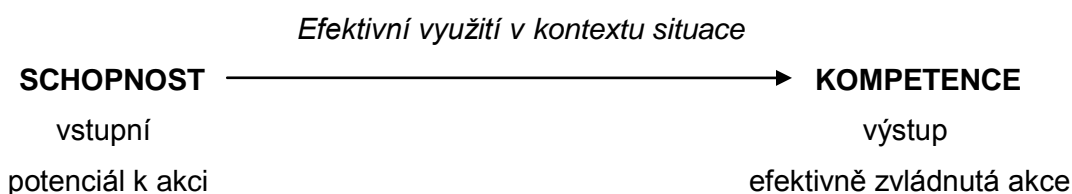
Sebekompetence (reflexivní kompetence, meta-kompetence) vyjadřují schopnost reflektovat vlastní jednání, učit se a rozvíjet se. Patří k nim i životní energie, aspirace, náročnost vůči sobě, stupeň dominance, sebevědomí apod.

Podle Vetešky a Tureckiové je pojem kompetence definován jako (VETEŠKA,TURECKIOVÁ:2008,27): *„Jedinečná schopnost člověka úspěšně jednat a dále rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to v kontextu různých úkolů a životních situací, spojenou s možností a ochotou (motivací) rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.“*

Člověk se v průběhu svého života dostává do různých situací, plní rozličné sociální role a s nimi spojené úkoly a cíle. Zdravotničtí pracovníci, stejně jako ostatní profesionálové v pomáhajících profesích, musí čelit společenským změnám, které od nich vyžadují stále se měnící kompetenční model (multikulturní přístup v ošetrovatelství, individualismus, jazyková vybavenost, počítačová gramotnost, marketingové strategie apod.). Zejména střední a starší generace profesionálů má velké problémy s adaptací na nové profesně - sociální a kulturní prostředí. Jejich

„ZDROJ“ nebo-li vstup do systému, což představuje soubor veškerých informací, znalostí, dovedností, zkušeností a především postojů, které zdravotníci nabyli v době získávání kvalifikace, se liší od „ZDROJE“ mladších pracovníků v pomáhajících profesích. Velmi záleží na schopnostech člověka přizpůsobit se novým změnám. Při aplikaci systémového přístupu bychom **schopnost** mohli označit jako jeden ze vstupů a **kompetenci** označit jako výstup, jak ukazuje schéma č.2

Schéma č. 2 *Schopnosti a kompetence*



Zdroj: VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., Kompetence ve vzdělávání, Praha 2008, s.31

Schopnost a kompetence se od sebe liší svou univerzálností. Schopnost je daleko univerzálnější nežli kompetence. Schopnost není omezena určitou situací. Například schopnost „řešení složitých situací s chladnou hlavou“ může být uplatněna nejen v náročné situaci na operačním sále, kdy se zkomplikuje náhle stav pacienta ale i při jízdě autem v náhle vzniklé kritické situaci. Lze říci, že kompetence je soubor několika schopností, které jsou podmíněny jak geneticky, tak i na základě již zažitých zkušeností, postojů, eventuálně dalších zdrojů. Kriteřiem při jejich výběru je správné vyhodnocení situace a měřítkem efektivita jejich využití. Výsledkem je požadovaný nebo žádoucí výkon.

Charakteristické znaky kompetence

Kompetence, jak uvádí Veteška s Tureckiovou, je vždy kontextualizovaná. To znamená, že je zasazená do určitého prostředí nebo situace. Kompetence je multidimenzionální – skládá se z rozličných zdrojů a předpokládá efektivní nakládání s těmito zdroji (znalosti, představy, postoje, apod.). Kompetence je definována standardem. To znamená, že předpokládaná úroveň zvládnutí kompetence je dána předem a zároveň je definován i soubor daných kriteřií. Kriteřiem se myslí měřítko standardů očekávaného výkonu, ve smyslu výsledků činnosti a chování (VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M.:2008,31-32). Kompetence má potenciál pro akci a rozvoj. Je získávána a rozvíjena v procesu vzdělávání a učení. Ty jsou považovány za kontinuální a celoživotní procesy, odvozené z konstruktů zdrojových (vstupních) faktorů a z hlediska získávání a rozvíjení kompetencí. Jsou založeny na předem vymezeném

rámci výstupních kategorií (konceptů, dovedností a postojů) obecně účinného konání. Kompetentní je ten, kdo efektivně zvládá rozdílné situace a je úspěšný ve svých sociálních rolích.

Je mnoho definicí a výkladů termínu kompetence. A pravděpodobně neexistuje jednotné vymezení. Zaujalo mě pojetí Woodruffovo, které uvádí ve své publikaci *Firemní vzdělávání* Bartoňková (BARTOŇKOVÁ, H.:2010,86, KUBEŠ, SPILLEROVÁ, KURNICKÝ:2004,26): „Kompetence se používá jako deštník, pod který se vejde vše, co může přímo nebo nepřímo souviset s pracovním výkonem“

Jak dále Bartoňková uvádí (2010,86): „Kompetence je množina chování pracovníka, které musí v dané pozici použít, aby úkoly z této pozice kompetentně zvládl.“ U zdravotnických pracovníků je důležité splnit požadovaný úkol (připravit pacienta k operaci) nejen z pohledu kvalifikace a odbornosti ale i ve spojení s určitým chováním a přístupem k nemocnému, jako člověku (způsoby verbální a neverbální komunikace, tempo jednotlivých úkonů přípravy vycházející z osobnosti nemocného, evokovat pocit bezpečí u pacienta).

To znamená, že pokud je zdravotnický pracovník kompetentní, splňuje při plnění pracovní úkol tyto předpoklady (BARTOŇKOVÁ,H.:2010,86, In KUBEŠ, SPILLEROVÁ, KURNICKÝ:2004,26):

- *„Je vnitřně vybaven vlastnostmi, schopnostmi, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, které k takovému chování potřebuje.*
- *Je motivovaný takové chování použít, tedy vidí v požadovaném chování hodnotu a je ochoten tímto směrem vynaložit potřebnou energii.*
To byl jeden z dílčích cílů andragogického kurikula.
- *Má možnost v daném prostředí takové chování použít.“*

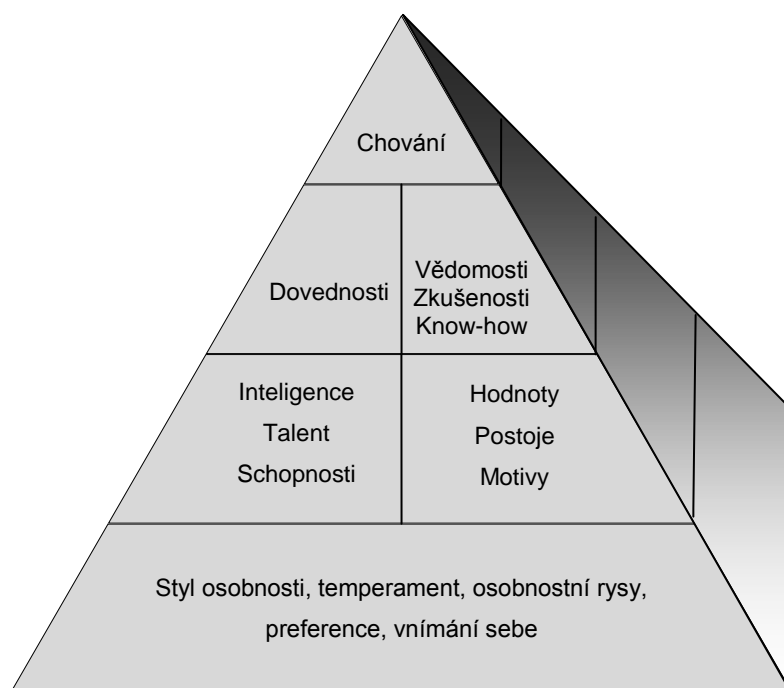
První předpoklad lze u zdravotnických pracovníků celkem snadno rozvíjet v rámci celoživotního vzdělávání. Druhý předpoklad, a tady souhlasím s Bartoňkovou, se jistě bude ovlivňovat velmi obtížně, jelikož jde o dospělé, kteří už mají stabilní své postoje, hodnoty a životní filozofii. Třetí předpoklad je spojen s prostředím a podmínkami, ve kterém se proces uskutečňuje a které mohou velmi významně oba předcházející předpoklady ovlivnit.

„Aby mohl být pracovník kompetentní (BARTOŇKOVÁ, H.: 2010,86), musí splňovat všechny tři podmínky současně. Největším úskalím při pohledu na kompetence bývá právě ta skutečnost, že jako kompetence se někdy označuje manifestované – pozorovatelné chování. Lidé však mají různé předpoklady vykonat úkol kompetentně.

Někdy jim chybí dovednosti, jindy vědomosti, někteří trpí pocitem méněcennosti a nemají důvěru ve vlastní schopnosti. Někteří nejsou schopni požadovaného chování z důvodu ztráty motivace.“ Tady bych Bartoňkovou doplnila i o další faktory, které mohou ovlivnit kompetence pracovníků v pomáhajících profesích a jsou spojeny právě s motivací. Jedná se o syndrom vyhoření, kdy ve druhé fázi dochází k určité apatii a nezájmu o nemocného a profesionální deformaci, která se objevuje u zmíněných pracovníků po mnohaletém vykonávání profese a projevuje se rutinním chováním a jednáním k nemocnému jako k „objektu“ své práce.

Pro lepší představu o podmínkách, za kterých probíhá očekávané chování, použiji od Bartoňkové model anatomie kompetence (viz. Schéma č. 3), který přesně vystihuje problematiku kompetencí u zdravotních sester.

Schéma č. 3 Hierarchický model struktury kompetence



Zdroj: BARTOŇKOVÁ, H., *Firemní vzdělávání*. Praha, 2010, s. 87

Uvedená struktura kompetencí, kterou představuje schéma č. 3, úzce souvisí s mým návrhem vzdělávacího projektu. Základnu trojúhelníků tvoří charakterové rysy člověka, které se dají jen stěží ovlivnit. Já se odvážně pokusila, v rámci navrhovaného vzdělávání, ovlivnit sebepoznávání zdravotních sester v procesu pomáhání (viz kap. 6.3).

Druhá úroveň struktury kompetence, kterými jsou: inteligence, talent, schopnosti, hodnoty, postoje a motivy, představuje oblast, kterou lze pomocí specifických způsobů vzdělávání rozvíjet. Tady bych zdůraznila především motivaci, která je stěžejní pro povolání zdravotní sestry a kterou je třeba neustále posilovat.

Třetí úroveň představuje klíčovou oblast pro další vzdělávání. Rozvíjení vědomostí, dovedností a zkušeností za aktivní spoluúčasti objektu vzdělávání je předpokladem úspěšného splnění zvoleného vzdělávacího cíle.

„Vrcholem trojúhelníku je požadované chování, které je konkrétním projevem kompetence za předpokladu, jak poznamenává v komentáři Bartoňková (2010,87), že jsou splněny všechny tři uvedené předpoklady projevu kompetence.“ To znamená, že by se měl výsledný efekt andragogického kurikula pro střední zdravotnický management projevit posílením všech tří oblastí, vytvářející požadované chování a jednání, jako vrchol modelu kompetence:

- Zdravotní sestra je vnitřně vybavena vlastnostmi, schopnostmi, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, které k takovému chování nezbytně potřebuje.
- Zdravotní sestra je motivována takové chování použít, to znamená, že v požadovaném chování vidí hodnotu a je ochotna vynaložit tímto směrem potřebnou energii.
- Zdravotní sestra má možnost v daném prostředí takové chování použít.

Kompetence jsou úzce vázány na intelektuální kapitál. Při sestavování vzdělávací aktivity je třeba se soustředit na cíl vzdělávání, jeho metodiku a podle mého názoru i na cílovou skupinu, která musí být před započítím vzdělávacího projektu jasně definována a nesmí se v průběhu vzdělávání její struktura měnit. S tím jsem měla určité problémy v průběhu realizace andragogického kurikula, jak uvádím v pozdějších kapitolách.

6.2 Změny v přístupu ke vzdělávání – CBA

Přístup ke vzdělávání (VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M.:2008,36) založený na osvojování a rozvoji kompetencí - CBA (*competency-based approach – přístup podle kompetencí*) se začal rozvíjet v 70. letech 20. století v USA. V Kanadě byl pak v 70. letech vyvinut první model tzv. DACUM model (Developing a Curriculum). Ten je dodnes aplikován především v profesním a podnikovém vzdělávání.

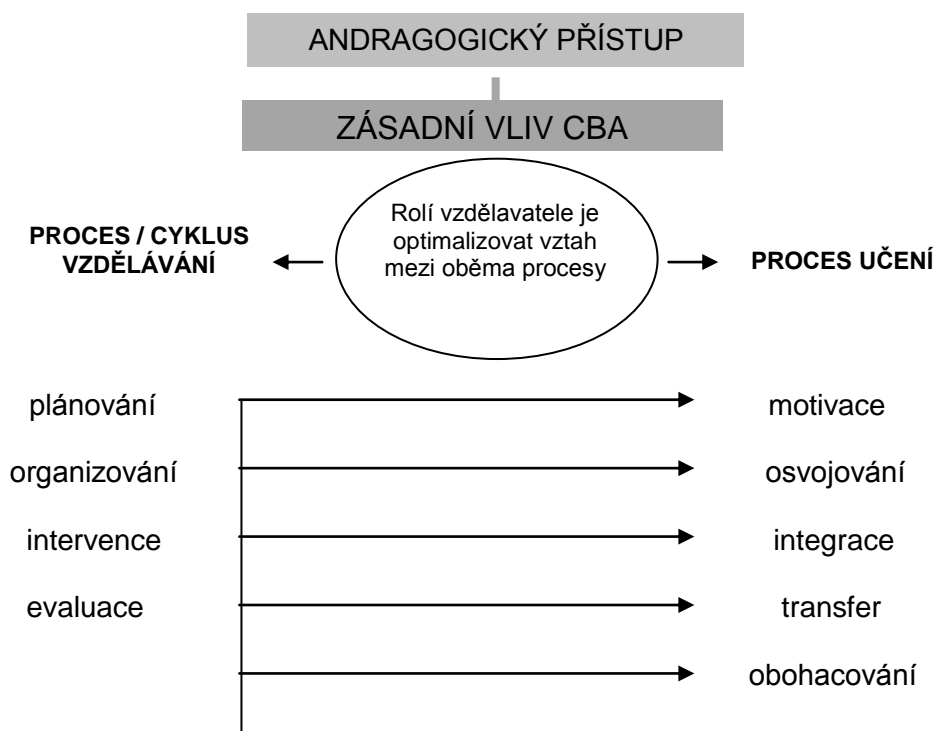
CBA je způsob vzdělávání a učení podle toho, jaké kompetence mají být u učících se zdokonalovány. Cílem není obsah učiva a předávání poznatků nebo informací. Rolí vzdělavatele je optimalizovat a facilitovat proces získávání a rozvoje kompetencí.

Hlavním záměrem vzdělávání CBA je, aby byl učící jedinec schopen pružně reagovat na změny kolem sebe a dokázal se s nimi vyrovnat bez cizí pomoci. S flexibilitou a schopností adaptovat se ve stále měnících se společenských i profesních podmínkách, bude posilováno i sebevědomí a pocit profesní jistoty. Pro svoje propojení s aktuální potřebou konat kompetentně se CBA přirozeněji a dlouhodoběji rozvíjí ve vzdělávání dospělých a má mnoho společného s andragogickým přístupem. viz schéma č. 4.

Schéma č. 4 Zobrazení vztahu mezi andragogickým přístupem a CBA ve vzdělávání dospělých

Činnosti vzdělavatele:

Činnosti učícího se jedince:



Zdroj: VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., *Kompetence ve vzdělávání*, Praha 2008 ,s.37

CBA vzdělávání lze uplatnit při zdokonalování sebekompetencí a to v tom smyslu, že nachází „edukační cesty“ v hledání metody, která posiluje u pracovníků v pomáhajících profesích sebereflexi a současně mění jejich postoje ke klientům.

Jak uvádí Veteška s Tureckiovou (2008,37), „mottem“ dalšího profesního vzdělávání je „*odstranění nežádoucích rozdílů mezi tím, co jedinec (pracovník) umí, zná a jak koná, a tím, co má dělat tak, aby byl jeho výkon efektivní.*“

Lze namítnout, že v současné době je profesní celoživotní vzdělávání v pomáhajících profesích zaměřeno právě na vztah „klient“ – „pomáhající“. Existuje spousta modelů komunikačních, psychologických i ošetrovatelských, které skoro až krokovou metodou (rozhovor s nemocným) učí pracovníky správné komunikaci a přístupu ke klientům. Jejich vztah je ale „umělý“ až divadelní. Důkazem jsou stále se opakující fráze typu: „Dobrý den, jmenuji se.....a budu o vás po celou dobu hospitalizace velmi ráda pečovat.“ „Co pro vás mohu udělat?“ Tento model vztahu mezi klientem a pomáhajícím profesionálem vytváří paradoxně stále větší vzájemný odstup.

Pomáhající vidí ve svých klientech „objekty své práce“ a klienti v současné době vnímají profesionální pomáhání jako „službu“. Tento fakt dokazuje, že neexistuje stále úspěšný vzdělávací model, který by narovnal a zlepšil vztahy mezi oběma zainteresovanými stranami.

6.3 Andragogické kurikulum pro střední zdravotnický management

Kurikulum a didaktika (BENEŠ: 2008,103, PALÁN, Z.: 106-111) jsou původně pedagogické pojmy, které našly uplatnění v andragogice, a které se dnes do určité míry kryjí. Jádrem kurikula a didaktiky jsou vzdělávací programy. Teorie kurikula a didaktika zkoumají ale širší okolnosti, ideové zázemí a rámcové podmínky tvorby těchto programů.

Kurikulum se ve vzdělávání dospělých tradičně odvozovalo těmito směry (BENEŠ: 2008,104-105) :

První směr stojí v tradicích humanitně liberální filozofie vzdělávání. Jeho snahou je nalézt koherentní soubor vědění, který odpovídá potřebám dospělého člověka, přispívá k rozvoji osobnosti (vznik sebeuvědomění, schopnosti komplexního myšlení, získávání určitého odstupu od každodenních problémů).

Druhý směr uvádí, že kurikulum je vždy sociálně podmíněno. Na jeho vývoj mají vliv mocenské a kulturní elity daleko více, než minority a sociálně slabší skupiny.

Třetí směr zprostředkované vědění musí mít bezprostředně instrumentální hodnotu.

Čtvrtý směr je ovlivněn především andragogikou Knowlese, který se zaměřuje na metodickou a psychologickou stránku učení se dospělých.

Přesně to je ten důvod, proč jsem volila cestu *Andragogického kurikula*. Žák se podle Knowlese učí na didaktických předmětech, dospělý ze zkušenosti. Kurikulum dospělých hledá praktická východiska. Výchozí bod je rozvoj člověka od závislosti k sebeurčení. V dnešní době převažuje pátý směr, který je označován, jako kurikulum organizací. Vzdělávací organizace a organizace, které plánují a realizují vzdělávání pracovníků, rozhodují o kurikulárních otázkách a tématech v souladu s vlastními potřebami.

6.3.1. Design Andragogického kurikula

V roce 2005 projevila Karvinská hornická nemocnice, a.s. zájem o krátkodobý vzdělávací kurz pro vyšší a střední zdravotnický management, který se měl zaměřit na oblasti:

- ✓ řízení lidských zdrojů,
- ✓ ekonomiku zdravotnictví,
- ✓ pracovně - právní vztahy.

Po vzájemné dohodě jsem managementu zdravotnického zařízení předložila doplňující oblasti vzdělávání zaměřené:

- ✓ na efektivní komunikaci v týmu,
- ✓ na přístup orientovaný na pacienta, jako klienta,
- ✓ na upevnění interpersonálních vztahů.

Po několika vzájemných konzultacích s managementem zdravotnického zařízení, jejichž cílem byla přesná specifikace potřeb organizace a cíle vzdělávání, na základě vlastního dlouhodobého pozorování a analyzování stávajících kompetencí zdravotnického personálu, jsem vytvořila konkrétní design vzdělávacího kurzu (viz schéma č. 3).

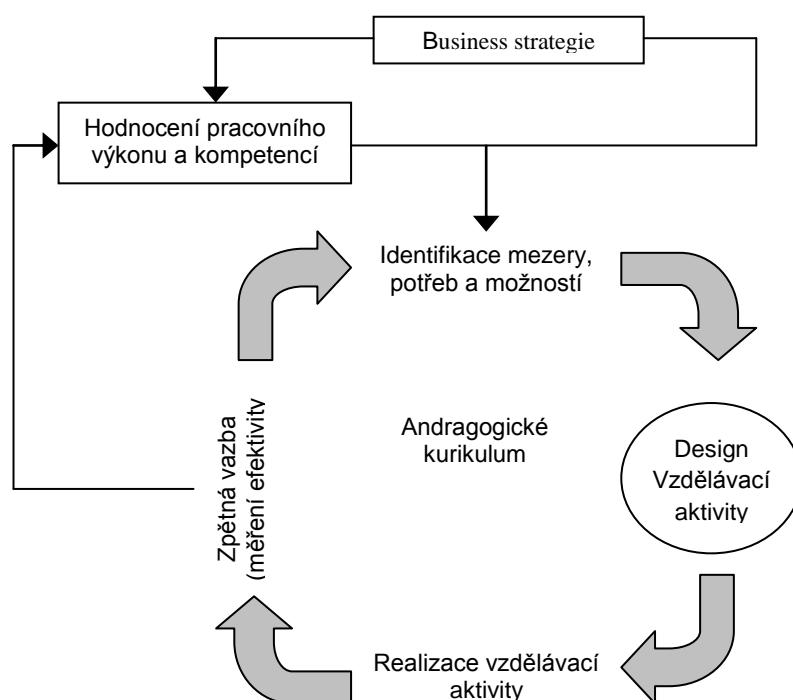
Při grafickém sestavování vzdělávacího modelu jsem využila schéma designu vzdělávacího cyklu od Hroníka (HRONÍK:2007,143) a upravila podle svých potřeb.

Design vzdělávací aktivity, jak Hroník uvádí, (HRONÍK:2007,143) „je *bezprostředně spjat s identifikací. Nejdříve potřebujeme vycházet z cíle a zaměření vzdělávací aktivity. Design se týká pěti základních oblastí, respektive zohledňuje pět elementů:*

- ✓ *kontext vzdělávací aktivity,*
- ✓ *student – objekt vzdělávací aktivity,*
- ✓ *obsah vzdělávací aktivity,*

- ✓ lektor – subjekt vzdělávací aktivity,
- ✓ prostředí, ve kterém se vzdělávací aktivita realizuje.“

Schéma č 5 Design vzdělávací aktivity



Zdroj: HRONÍK, F.: *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha, 2007, s. 143, upraveno

Vytvořené *Andragogické kurikulum* absolvovali střední zdravotničtí pracovníci, kteří byli na postu středního managementu. Zde jsem musela řešit první problém s vedením zdravotnické organizace. Management měl v úmyslu zahrnout dodatečně do vzdělávací aktivity všechny zdravotnické pracovníky (zdravotní sestry, ošetřovatelky, sanitářky, laborantky, dokumentační pracovnice a lékaře). Znovu jsem jim vysvětlila, jak důležitá je cílová skupina vzdělávaných. Pro vybranou skupinu (střední zdravotnický management) byl vytvořen vzdělávací cíl a sestavena struktura vzdělávání. Tak zněla dohoda ještě před sestavováním vzdělávacího plánu. Pokud by se cílová skupina změnila, nebylo by dosaženo žádaného cíle. Nakonec jsme se dohodli, doplnit cílovou skupinu vzdělávaných o vyšší management. Opět byl z tohoto důvodu upraven vzdělávací plán a předložen k poslednímu schválení vedení zdravotnického zařízení. Oficiálně byla sepsána smlouva mezi vedením Obchodně podnikatelské fakulty v Karviné a managementem Karvinské hornické nemocnice a.s. Vzdělávací kurz trval 3 měsíce a jeho realizace se uskutečnila ve zdravotnickém zařízení, které poskytlo jak prostory, tak i potřebné audio-vizuální zařízení.

6.3.2 Cíle Andragogického kurikula

Současné celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků je zaměřeno především na odborné znalosti v ošetrovatelství a medicíně. Cílem odborných seminářů jsou nové poznatky v ošetrování nemocných s určitou diagnózou.

Jsou vždy zmiňovány bio-psycho-sociální potřeby nemocného a je kladen důraz na komunikaci s nemocným. Stále je však nedostatek vzdělávacích seminářů, jejichž výstupem by byly odpovědi na otázky typu:

Jak zdravotníci v procesu pomáhání chápou sami sebe?

Dokáží se vnímat ve zdravotnickém týmu jako lidské bytosti nebo jako součásti jednoho celku, které musí být funkční?

Proto byla při koncipování navrženého modelu *Andragogického kurikula* nezbytná jeho interdisciplinarita. Ošetrovatelství, jako vědní disciplína, vychází z tradičních humanitních věd: filozofie, sociologie, psychologie, pedagogiky, etiky, apod. Jistě nejde o nic nového a převratného, pouze v současném trendu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků se na tato transdisciplinární spojení poněkud zapomnělo.

Vzdělávacím cílem projektu je zdokonalování a posilování osobnostních a sociálních kompetencí středního zdravotnického personálu, zejména v procesu komunikace a vztahu k nemocným, vedoucí k individualizaci ošetrovatelské péče a komplexnímu přístupu k nemocnému. S tím úzce souvisí i efektivní komunikace s jednotlivými členy ošetrovatelského týmu a posilování týmové práce. Po tomto zdůvodnění vzdělávacího záměru jsem si stanovila dílčí cíle *Andragogického kurikula*:

- *Andragogické kurikulum* umožní frekventantům kurzu získat nové poznatky z humanitních věd a konfrontovat je s již získanými vědomostmi, v rámci formálního vzdělávání. Cílem je uvědomění si principů humánního chování a postoje k nemocnému, jako k člověku, který je v procesu pomáhání partnerem, ne jeho objektem.
- *Andragogické kurikulum* podpoří sebemotivaci, seberealizaci zdravotnických pracovníků a upevní interpersonální vztahy ve zdravotnickém týmu.
- *Andragogické kurikulum* posílí kompetence pracovníků středního managementu v oblasti řízení a rozvoje lidských zdrojů.

6.3.3 Struktura Andragogického kurikula a jeho realizace

Vzdělávací kurz trval tři měsíce a po dohodě s vedením Karvinské hornické nemocnice se uskutečnil v prostorách zdravotnické organizace. Management nemocnice zajistil přednáškový sál a potřebnou video i audio techniku.

Pro potřeby vzdělávání byli vybráni lektoři, kteří znali problematiku zdravotnické profese a měli zkušenosti se vzděláváním dospělých. Monotematické přednášky byly kombinovány s interaktivními semináři, kde měli účastníci vzdělávání prostor diskutovat k danému tématu a prezentovat vlastní postřehy a zkušenosti. Všichni zúčastnění obdrželi rozvrh vzdělávacích aktivit a pracovní sešity, které jsem připravila do interaktivních seminářů.

Vzdělávací kurz byl uspořádán do tematických modulů (viz tab.č.1):

Tabulka č. 1 Struktura vzdělávacích modulů

Vzdělávací modul	Cíle vzdělávacího modulu
1. Lidské zdroje ve zdravotnické organizaci	Chápat a rozlišovat pojmy: Podniková filozofie a podniková kultura v systému řízení lidských zdrojů ve zdravotnické organizaci. Strategicky využívat vlastní schopnosti a dovednosti v: Řízení pracovních vztahů ve zdravotnické organizaci.
2. Komunikace a kooperace v pracovní skupině	Získat znalosti a naučit se využívat: Typy komunikačních médií a komunikačních kanálů. Analyzovat: Výhody a nevýhody direktivní komunikace. Uvědomit si a naučit se interpretovat: Zásady kooperace v pracovní skupině. Team Building. Řešení problémů.
3. Vedení a řízení pracovníků ve zdrav. organizaci	Získat znalosti v oblasti: Organizačního chování. Vedení a řízení pracovníků. Prevence konfliktních situací v týmu.
4. Sociální psychologie	Uvědomit si a naučit se využívat v praxi: Sociálně psychologické aspekty osobnosti zdravotnického pracovníka. Strategie zvládnání náročných životních situací. Sociální percepce a sociální kognice.
5. Etika ve zdravotnictví	Znovupoznání a uvědomění si: Morálních hodnot v souvislosti s etickým kodexem. Dobrá a zlá. Etiky ve zdravotnictví. Zákonitostí při tvorbě a základních cílů etických kodexů pracovníků v pomáhajících profesích.
6. Interaktivní tematické semináře	Ověřit si získané poznatky a dovednosti.

Zdroj: Vlastní

Modul: Lidské zdroje ve zdravotnické organizaci

Cílem modulu bylo seznámení účastníků vzdělávání s pojmy podniková filozofie a podniková kultura. Vysvětlit vzájemné propojení filozofie a kultury podniku. Charakterizovat firemní kulturu, jako součást podnikové filozofie a kultury. Konkretizovat tyto pojmy na příkladu zdravotnického zařízení. Uvést příklady silné a slabé firemní kultury, činitele, kteří firemní kulturu ovlivňují a definovat firemní kulturu, jako výsledek vztahů managementu a všech pracovníků. Zdůraznit význam firemní identity a loajality, které jsou výsledkem zdravých mezilidských vztahů v organizaci. Posлуchači si v interaktivních seminářích zkoušeli vytvářet imaginární týmy na základě vlastního definování pracovních míst a s tím spojené klíčové i osobnostní kompetence potencionálních pracovníků. V druhé části modulu byli účastníci vzdělávání seznámeni s řízením pracovních vztahů ve zdravotnické organizaci, s motivačními mechanismy, ovlivňující výkony pracovníků, s metodami hodnocení pracovního výkonu a moderními trendy týmové komunikace.

V interaktivních seminářích byly vytvářeny modulové situace pracovních konfliktů a jejich řešení. Posлуchači si zkoušeli hodnotící škály v systému hodnocení pracovníků a s tím spojený význam odměňování.

Modul: Komunikace a kooperace v pracovní skupině

Cílem modulu byla prezentace výhod a nevýhod jednotlivých typů komunikačních médií a komunikačních kanálů pro přenášení různých druhů informací. Velký důraz byl kladen na osobnost účastníka a jeho vliv na kvalitu komunikace v komunikačním procesu, na základní komunikační dovednosti, a na význam naslouchání a sdělování informací.

Posлуchači byli seznámeni se zásadami komunikace nadřízený – podřízený, s výhodami a nevýhodami direktivní komunikace. Součástí byla analýza příčin a vzniku komunikačních konfliktů na pracovišti a jejich řešení, vybrané komunikační strategie, taktiky a techniky.

Interaktivní semináře byly zaměřeny na posuzování osobnosti prostřednictvím pozorování a rozhovoru, na faktory, ovlivňující posuzování lidí – vliv osobního vztahu, předpojatost, haló-efekt, tendence k podmiňování, efekt zakotvení, první dojem.

Ve druhé části modulu byli účastníci vzdělávání seznámeni se zásadami kooperace a s jejími faktory, usnadňující život v pracovní skupině. Byly jim představeny moduly řešení problémů v pracovní skupině z hlediska jejich příčin vzniku, byl kladen důraz na emocionální kvalitu, určující individuální jednání a tím také schopnost řešení problémů. Seznámili se s pravidly úspěšné kooperace i s brzdícími mechanismy.

V interaktivních seminářích si účastníci zkoušeli metody efektivní skupinové práce, spojené s kreativním myšlením při řešení zadaných úkolů.

Modul: Vedení a řízení pracovníků ve zdravotnické organizaci

Cílem modulu byla prezentace vybraných stylů vedení a řízení, seznámení účastníků s hlavními rysy úspěšnosti vedení. Důraz byl kladen na efektivní a neefektivní způsoby chování vedoucích pracovníků, na význam vize a charismatu manažera. Předmětem vzdělávání byla strategie vedení a taktika v rozhodovacích procesech, v orientaci na pracovníka a jeho pracovní výkon.

V interaktivních seminářích si posluchači zkoušeli na modelových situacích různé styly jednání s podřízeným, v různých pracovních situacích i pracovním prostředí.

Modul: Sociální psychologie

Modul byl zaměřen na sociálně psychologické aspekty osobnosti zdravotnického pracovníka, zejména na jeho osobnostní kompetence, identitu a autenticitu. Byl kladen důraz na složky sebesystému (sebepojetí, sebehodnocení, sebeprezentace) a na sebemonitorování. Cílem vzdělávání byla klasifikace a strategie zvládnutí náročných životních situací, které úzce souvisí s dispozičními a situačními faktory, spojené s náročnou profesí zdravotnického pracovníka. Praktická část byla zaměřena na sociální percepci a sociální kognici.

V interaktivních seminářích si účastníci vzdělávání ověřovali vlastní schopnosti sebereflexe, vnímání a poznávání druhých osob i sociálních situací, proces utváření dojmů, apod. Měli možnost si tak uvědomit vlastní stereotypy, chyby a nedostatky ve vnímání. Součástí seminářů byl výcvik profesních dovedností, který byl zaměřen na speciální techniky výcviku k posilování kompetencí, především v:

- ✓ rozvíjení sociálních dovedností v rozhodování,
- ✓ motivování spolupracovníků a podřízených,
- ✓ přesvědčování o správnosti vlastního rozhodnutí,
- ✓ posilování schopnosti kontroly,
- ✓ monitorování pracovních výkonů a činností pracovníků v interakci s pacienty a členy zdravotnického týmu,
- ✓ koordinování pracovních činností,
- ✓ kritizování a přijímání kritiky.

Modul: Etika ve zdravotnictví

Cílem modulu bylo seznámení účastníků vzdělávání s etickými a mravními hodnotami pracovníků v pomáhajících profesích a jejich normou. Zejména s problémem objektivního a subjektivního vnímání těchto hodnot. Posluchači se mohli podílet na rozboru pojmů dobro a zlo a snažit se o jejich filozofickou definici. Předmětem výuky byla i vlastní koncepce v oblasti hodnot a uvědomění si pojmů morální optimismus - morální pesimismus.

Cílem interaktivních seminářů byla rozprava na filozofická témata, která se týkala chápání zdravotnické profese očima laické veřejnosti a vnímání zdravotnické profese samotnými zdravotnickými pracovníky.

Modul: Interaktivní tematické semináře

Cílem praktického modulu bylo ověření si dosažených znalostí, schopností a dovedností, které účastníci vzdělávání získali v jednotlivých modulech andragogického kurikula. Je prakticky jeho evaluací. Posluchači se zde testovali prostřednictvím her sebepoznávání a sebehodnocení, vytvářeli osobnostní profil. V modelových situacích, zaměřených na stresovou zátěž, navrhovali vlastní řešení. Procvičovali si testování odborných a osobnostních kompetencí, související s pracovním zařazením pracovníka ve zdravotnickém týmu. Ověřovali si schopnost zvládnutí problémových situací, vznikajících v ryze ženském kolektivu. Prověřovali svou schopnost řešení psychosociálních problémů v pracovní činnosti – zásady vyjednávání s problematickým nemocným, s příbuznými, monitorování profesionálních postojů svých podřízených. Součástí modulu byla i identifikace a saturace vlastních psychosociálních potřeb, nácvik relaxačních technik apod.

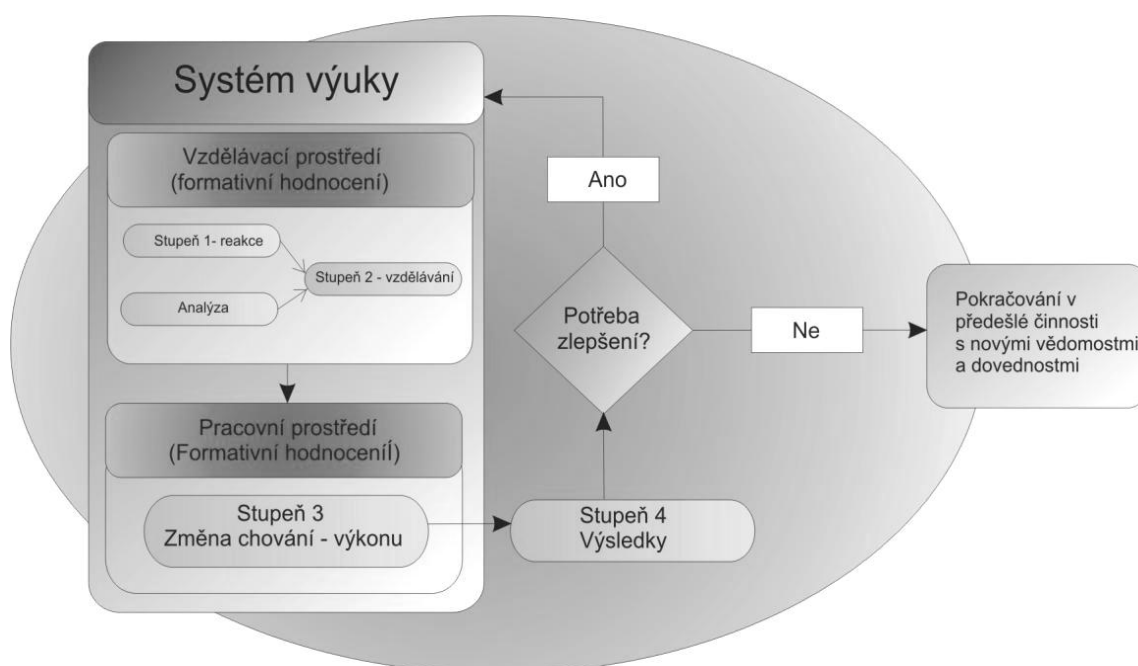
6.3.4 Hodnocení Andragogického kurikula

Při hodnocení vzdělávací akce jsem vycházela ze čtyřstupňového modelu Donalda Kirkpatricka (KIRKPATRIK:2006,21-26). Metoda je rozdělena do 4 úrovní. Vychází od jednodušších metod měření, přes důmyslné komplexní postupy a systémy kontroly dosažení nových vědomostí a dovedností, které si studenti osvojují.

Přechází od samotného procesu vzdělávání do světa pracovních požadavků (viz. schéma č. 6). Záměrem je, vytvořit zpětnou vazbu pro zjištění, zda se může vzdělávání nějakým způsobem hodnotit či měřit. Proto hodnocení probíhá v prostředích vzdělávacím a pracovním. Zde se zjišťuje, zda se studentům daná výuka líbila, jaký mají pocit ze vzdělávacího procesu, zda byli spokojeni s tím, co si zaplatili.

Dalším bodem je analýza, která vytváří celkový názor či pohled na to, zdali se studenti naučili novým vědomostem, jestli si vytvořili nové názory a pohledy na danou problematiku, upevnili nové dovednosti a následně v pracovním procesu ověřit, jak se změnilo jejich chování a výkon a jaké to zanechalo následky.

Schéma č. 6 Hodnocení vzdělávací akce



Zdroj: <http://www.businessballs.com/trainingprogramevaluation.htm#cit.10.3.2011/> upraveno autorem

První stupeň: - Reakce

Hodnocení na tomto stupni specifikuje způsob reakce vzdělávaného na proces vzdělávání. Často bývá tento stupeň měřen s názory v dotazníkových formulářích po jednotlivých blocích výuky a představuje hlavní myšlenku percepce (reakce) na daný kurz.

V rámci zpětné vazby, po skončení vzdělávacího kurzu, vyplnili frekventanti dotazníky, ve kterých se vyjadřovali k odborné úrovni celého vzdělávacího kurzu, k časové náročnosti, k prostředí, ve kterém vzdělávací kurz probíhal, k náročnosti výkladu lektora a k atraktivitě jednotlivých témat. Klasifikací hodnotili nejen obsah vzdělávání, ale i výkon lektora.

Jak z analýzy dotazníků vyplynulo, byli účastníci vzdělávání nejvíce spokojeni s interaktivními tematickými semináři. Velmi ocenili přístup a lektorskou činnost v modulu sociální psychologie, kde se naučili relaxační techniky a poznávali „sami sebe“.

Jako „osvěžující“, ale pro jejich profesi bezpředmětné, vnímali filozofická témata. Překvapující bylo velmi kladné hodnocení tématu řízení lidských zdrojů a organizační

chování. Jak sami uvedli, získali poznatky o nových možnostech v oblasti personální a v procesu budování a soudržnosti v týmu. Zejména vrchní a staniční sestry kladně hodnotily témata, týkající se řešení intrapersonálních konfliktů, hodnocení pracovníků a dalších personálních činností.

Hlavním počátečním záměrem vzdělávací akce bylo upevnění pozornosti a motivace, účastníků vzdělávání, které představují podstatu úspěchu v jakémkoli vzdělávacím snažení.

Tento význam okomentoval sám Kirkpatrick (2006,22): *„Reakce by měla být považována za to, jak si žák oblíbil konkrétní vyučovací proces. K upoutání pozornosti a zvýšení zájmu o výuku slouží především upravené vyučovací jednotky v podobě zábavnějšího programu či didaktických her. Použití vyučovacích metod by mělo podporovat vyučovací proces a ne pouze učení samotné.“*

Druhý stupeň: - Vzdělávání

Druhý stupeň představuje podle Kirkpatricka (2006,50-51) hranici, kdy student mění své názory, zdokonaluje vědomosti a zvyšuje dovednosti, jako výsledek aktivní účasti v rámci vzdělávacího programu. Zde se nabízejí otázky:

- Učili se žáci skutečně to, co si představovali ?
- Učili se žáci dovednostem, které měli v úmyslu se učit ?
- Jak velká je míra či změna znalostí nebo dovedností žáků po absolvování školení v zamýšlené oblasti?

Jinými slovy: „Naučil se žák vůbec něco?“ Hodnocení tohoto stupně požaduje kontrolu naučených dovedností během učebního procesu. Tato zpětná kontrola může být validní za předpokladu porovnání vstupního a výstupního testu po skončení daného vyučovacího procesu. Tak můžeme porovnat rozdíly ve vědomostech, které už znali a nově naučených. V případě vzdělávacího projektu mi nešlo o porovnávání dosavadních a získaných informací formou vstupního a výstupního testu. Samotnou kontrolou efektu získaných znalostí a dovedností byly výsledky v interaktivních seminářích. Zde si frekventanti spontánně ověřovali nové znalosti a zdokonalovali dosavadní dovednosti.

Nacházeli v sobě skrytý potenciál, který se naučili využívat především (jak sami uváděli) v komunikaci s podřízeným pracovníkem, při delegování úkolů, řešení konfliktů nebo při výběru informačních kanálů pro rychlé a efektivní předávání informací mezi členy v týmu. Naopak menší zájem, a s tím související vzdělávací efekt, byl u témat, související s komunikací a přístupem k nemocnému, jako ke klientovi. Tady jsem vždy „narazila“ na rutinní způsoby přístupu k pacientovi, zde se občas zúčastnění uzavírali

do sebe a méně spolupracovali. Nemám tudíž moc dobrý dojem z tohoto výstupu vzdělávání.

Hodnocení učení konané ve vzdělávacím procesu je důležité pro zjištění efektivnosti výuky. Pro celkové zhodnocení procesu vzdělávání jsem si stanovila následující otázky:

„Které vědomosti byly získány?“

„Jaké dovednosti se zlepšily nebo byly rozšířeny?“

„Jaké názory byly změněny?“

Z evaluačních dotazníků účastníků vzdělávání jsem otázky vyhodnotila následovně: Nejvíce vědomostí získali frekventanti v oblasti řízení lidských zdrojů, v problematice podnikové kultury a významu podnikové filozofie. Naučili se různé způsoby motivace podřízených, moderní způsoby hodnocení pracovního výkonu, a efektivní způsoby předávání informací.

Zlepšili své dovednosti v řízení interpersonálních vztahů, zejména v oblasti delegování pravomocí a řešení konfliktů v týmu. Jak sami uvedli, zlepšila se u nich i úroveň komunikace nejen se členy týmu ale i s nadřízenými a s lidmi mimo zdravotnické zařízení (rodinní příslušníci pacientů, dodavatelské firmy, apod.).

Co se týče změny postojů a názorů, byl zaznamenán pozitivní efekt pouze ve větší loajalitě k vedení zdravotnického zařízení a zvýšení zájmu o další podnikovou strategii. Jak sami frekventanti přiznali, dosud nevěděli, a ani se nezajímali, s jakými problémy se management zařízení musí potýkat. Teprve poznatky z oblasti ekonomiky, legislativy a řízení organizace, včetně personálních činností, je do problematiky managementu uvedly a proto se nyní na vedení zdravotnického zařízení dívají jinak. Názory změnil i na vedení a práci v kolektivu. Mnozí se konečně oprostili od metody „řídít a rozhodovat o všem, co se děje v týmu“ a dokázali přenést některé pravomoci na členy týmu a důvěřovat jejich schopnostem.

Stupeň třetí – Chování (konání)

Kirkpatrick (2006,61) tento stupeň nazval „stupněm změnou chování, avšak chování je činnost konání, zatímco konečný výsledek chování je čin. Pokud by šlo o tuto složku chování, bylo by nutné, zaměřit se na prostředí ve vzdělávání, zatímco následek behaviorální složky je to, co je žák doopravdy, až po celém průběhu vzdělávacího procesu.“

Hodnocení, jak Kirkpatrick uvádí, zahrnuje testování způsobilosti studentů vykonávat naučené dovednosti v určitém pracovním prostředí. Stupeň tři může být vykonáván formálně (testovou metodou) nebo informativně (pozorováním). S tím souvisí i otázky, které jsou součástí 4 fázového Kirkpatrickova modelu:

„Používají studenti nově dosažené vědomosti a dovednosti při pracovní činnosti?“

„Byly dovednosti a znalosti užity relevantním způsobem?“

„Došlo ke změně v aktivitě a výkonu žáka tak, že ji bylo možné zaznamenat a měřit po návratu do jeho role?“

„Byla změna v chování a v nové úrovni znalostí trvalá?“

„Byl by schopen žák přenést své poznatky na další osobu(y)?“

„Je si žák vědom úrovně změny ve svém chování, znalostech a dovednostech?“

Primárním účelem *Andragogického kurikula* bylo zdokonalit výsledky novými znalostmi a schopnostmi, které se frekventanti naučili a jsou schopni je implementovat v praxi. Ověřování si efektivity nových znalostí, schopností a dovedností není vhodné, dokud si je účastníci vzdělávání sami nevyzkouší během vlastních pracovních aktivit. Určení třetího stupně měření ve vzdělávání se proto zjišťovalo s ročním časovým odstupem.

Stupeň čtvrtý – Výsledky

Stupeň čtyři uzavírá vzdělávací proces, jehož výsledkem je celková efektivita učebního procesu. To znamená, že se posuzuje, jaký dopad má dosažení cíle ve vzdělání na učícího se ale i na celou organizaci. Typickým měřítkem míry je podle Kirkpatrickova 4 fázového modelu „*obchod, návratnost investic, růst kvality, úbytek fluktuace, množství stížností, získání akreditací a další kvantifikovatelné ukazatele výkonu organizace.*“

Analýza čtvrtého stupně je náročným úkolem z hlediska času i složitosti posuzovaných indikátorů. Při hodnocení výsledku andragogického kurikula vycházím z vytýčeného cíle a jednotlivých dílčích cílů, které byly stanoveny po vzájemné dohodě se zadavatelem vzdělávací aktivity.

Andragogické kurikulum jsem vytvořila pro potřeby zdravotnické organizace. Jak schéma č. 5 uvádí, vzdělávací cíl byl definován na základě aktuální identifikaci potřeb organizace.

V souvislosti s tím je nutno uvést stručnou charakteristiku Karvinské hornické nemocnice a.s. (<http://www.khn.cz/index.php?volba=o-nemocnici&i=107/cit.2.6.2011>): „*Vlastní objekt nemocnice byl vybudován na začátku padesátých let minulého století a sloužil jako Vojenská nemocnice. Dne 1. listopadu 1958 byla nemocnice předána do užívání nově vzniklého Závodního ústavu národního zdraví v Karviné, jehož úkolem bylo pečovat především o zdraví pracovníků zaměstnaných v OKD. Nemocnice disponovala oddělením chirurgickým, interním a neurologickým, včetně odborných ambulancí. V rámci komplementu bylo modernizováno oddělení klinické biochemie a*

RDG. Záhy, jako jedna z prvních v okrese, byla v rámci interního oboru vybudována jednotka intenzivní péče. V průběhu následujících let byl v nemocnici zahájen provoz na oddělení rehabilitačním a ARO.

V letech 1985 až 1988 prochází objekt nemocnice rozsáhlou rekonstrukcí. Základní objekt je propojen s objektem správy nemocnice a je přistavěna ambulantní část u hlavního vchodu. Dne 1. července 1991 získala nemocnice nový název - "Hornická nemocnice s poliklinikou".

V roce 1996 byla schválena privatizace nemocnice. Nově vzniklá společnost nese název "Karvinská hornická nemocnice a.s." (dále jen KHN a.s.). Počátkem roku 2001, na základě smlouvy o spolupráci se strategickým partnerem společností OKD, a.s., který je majitelem objektů nemocnice, byl přijat projekt "Restrukturalizace KHN a.s.". Byla vytýčena nová vize nemocnice – stát se moderní, pro pacienty přátelskou, nadregionální a prosperující nemocnicí, s motivovaným personálem, poskytující specializovanou zdravotní péči ve třech nosných programech :

- Centrum nemocí páteře a pohybového aparátu.*
- Centrum pracovní medicíny.*
- Primární iktová jednotka.*

V rámci projektu restrukturalizace byly v objektech nemocnice uskutečněny rozsáhlé rekonstrukce a vybudovány nové provozy.“

Karvinská hornická nemocnice je jedním z několika málo privátních zdravotnických zařízení, které vsadilo na spokojenost pacienta a vytváření si stále klientely.

Management si uvědomuje, že konkurence v regionu je velká (čtyři zdravotnická zařízení v nejbližším okolí) a proto vsadil na elitní výběr zdravotnických pracovníků, zejména lékařů a soustředil se na výběr vyššího a středního zdravotního managementu (např. vrchní sestru operačních sálů vyhledal a získal z Rakouska, hlavní sestru NsP. přemluvil ke spolupráci z jiného zdravotnického zařízení, apod.). V prvních letech fungování se začaly objevovat problémy s některými vedoucími pracovníky. Vznikaly konfliktní situace především v řadách lékařů, kteří se nedokázali smířit s tím, že se musí podřídit nařízení managementu a respektovat podnikovou kulturu a filozofii. Stejný problém se objevil i u staničních a vrchních sester. Své týmy řídily nekompromisně tvrdě nebo naopak s laxním přístupem. To se začalo odrážet i v péči o pacienta a nemocnice začínala mít v regionu špatné renomé.

Právě hlavní sestra nemocnice spolu s ředitelem se rozhodli, že cesta postupné nápravy může být jen prostřednictvím vzdělávání, které bude zaměřeno na identifikované problémy. V roce 2005 si nemocnice provedla vlastní výzkum, který byl zaměřen na sociální a pracovní klima. Výsledky ukázaly, že 85% všech pracovníků

organizace není spokojeno se svým pracovním zařazením, mají problémy s nadřízenými a nejsou loajální k vedení. Výsledky výzkumu dále odhalily problémy v pracovních skupinách, zejména časté konflikty s nadřízeným a problematickou komunikací v týmu.

Na základě všech zjištěných ukazatelů jsem po vzájemné dohodě s vedením KHN stanovila vzdělávací cíl a obsah jednotlivých tematických modulů. Společně jsme vytvořili plán vzdělávání a domluvili se na jeho realizaci.

Zpětnou vazbou správně vytyčeného vzdělávacího cíle a zvoleného obsahu vzdělávání, bylo hodnocení účastníků bezprostředně po realizaci andragogického kurikula metodou dotazování (dotazník viz Příloha č. 1), kde se vyjadřovali k úrovni vzdělávání, hodnotili jednotlivé vzdělávací moduly a činnost lektorů.

Po šesti měsících jsem účastníky vzdělávání opět kontaktovala a požádala o spolupráci při další fázi hodnocení vzdělávacího kurzu. Metodou dotazování, technikou dotazníků (viz Příloha č. 2) se vyjadřovali, jaké poznatky z kurzu uplatnili v praxi. Z důvodu objektivity hodnocení jsem využila i metodu pozorování v průběhu celého roku (výhodou byla spolupráce se Střední zdravotnickou školou v Karviné, kde jsem externě vyučovala odbornou praxi, která probíhala právě v Karvinské hornické nemocnici na všech ošetrovacích jednotkách).

Výsledky dotazníkového šetření byly stejné, jako výsledky v první fázi hodnocení. Pracovníci na pozici středního managementu využili zejména poznatky z modulu řízení lidských zdrojů, především v organizaci práce na oddělení, při sestavování pracovních skupin a převzaly navrhovaný systém hodnocení pracovníků.

S odstupem 1 roku jsem realizovala poslední fázi hodnocení formou sociologické sondy. Opět jsem zvolila metodu dotazování, technikou dotazníků (viz. Příloha č. 3).

Cíl vzdělávání, který jsem si stanovila ve spolupráci s Karvinskou hornickou nemocnicí, byl splněn částečně. Část cíle, která byla zaměřena na posilování sebekompetencí a změnu přístupu k nemocným, splněna nebyla. Po dlouhodobém pozorování členů zdravotnického týmu na jednotlivých odděleních Karvinské hornické nemocnice, v rámci vedení odborné praxe zdravotnických asistentů, je třeba si přiznat, že nebyla zaznamenána žádná změna v chování k pacientům. Stále přetrvává rutinní přístup. Ostatní dílčí cíle, vztahující se k oblasti řízení a týmové spolupráce, ve zkvalitnění interpersonálních vztahů a v oblasti komunikace, byly splněny. Kladně lze hodnotit především zkvalitnění interpersonálních vztahů. Jak samy účastníci vzdělávání uvedli, díky seminářům, zaměřeným na řešení konfliktních situací v týmu, využívají některé taktiky a triky na pracovišti i v soukromém životě. Podrobnější hodnocení výsledků je prezentováno v následující kapitole č.7.

7 SOCIOLOGICKÁ SONDA – HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ANDRAGOGICKÉHO KURIKULA

S odstupem jednoho roku byla realizována sociologická sonda, jejímž cílem bylo zhodnocení efektivity andragogického kurikula a udržitelnost výsledků vzdělávání. Sociologická sonda byla součástí plánovaného komplexního sociologického výzkumu, který si objednala Karvinská hornická nemocnice (dále jen KHN) u Obchodně podnikatelské fakulty v Karviné.

V měsíci dubnu 2006 byly zahájeny přípravy sociologického výzkumu, jehož cílem byla analýza kvality sociálního klimatu ve zdravotnickém zařízení. Na základě výsledků výzkumu chtěl zadavatel (KHN) zefektivnit personální politiku a provést personální změny na jednotlivých úsecích zdravotnického zařízení.

Cílem sociologické sondy byla analýza efektivity výsledků andragogického kurikula s odstupem jednoho roku. Šlo o poslední – čtvrtou úroveň Kirckpatrickova hodnotícího modelu, kde jsem si chtěla potvrdit implementaci výsledků vzdělávání do praxe. Primární cíl sociologické sondy jsem rozdělila do následujících dílčích cílů, které částečně komparovaly dílčí cíle hlavního sociologického výzkumu:

- kvalita řízení středního managementu,
- kvalita interpersonálních vztahů zdravotnických týmů,
- loajalita a participace pracovníků směrem k vedení organizace,
- úroveň a efektivita sdělování informací,
- hodnocení výsledků vzdělávání a jeho implementace v praxi.

Sestavila jsem projekt sociologického výzkumu, který se skládal z přípravné fáze, realizační fáze a vyhodnocování empirických výsledků.

V přípravné fázi jsem společně se zadavatelem výzkumu (KHN) stanovila:

Výzkumný cíl – analýza sociálního klimatu ve zdravotnické organizaci,

Objekt výzkumného šetření – sociální klima ve zdravotnické organizaci

Předmět výzkumu - komunikace v týmu, přístup orientovaný na pacienta a kvalita interpersonálních vztahů.

Cílovou skupinu - zaměstnanci KHN z pracovních úseků: managementu, administrativy, provozního úseku a členové zdravotnických týmů na všech odděleních.

Metodu výzkumu - dotazování, technikou dotazníku.

Dotazník obsahoval všechny typy otázek (uzavřené, polootevřené a otevřené). Respondenti mohli volit možnosti odpovědí, které jsem jim u některých otázek nabídla. Tato forma dotazování je velmi efektivní při následném zpracovávání výsledků a vede k vypovídající hodnotě výzkumného šetření.

V realizační fázi jsem měla v plánu distribuovat dotazníky sama, bez spolupráce vedení KHN. Chtěla jsem tak zajistit validitu výsledků výzkumného šetření. Distribuce dotazníků, jejich anonymita při vyplňování a návrat vyplněných byla klíčová pro vyhodnocení výsledků. Vedení nemocnice zpočátku nesouhlasilo a chtělo si distribuci dotazníků realizovat samo. Opět jsem celému vedení vysvětlila, jaké by bylo v tom případě riziko validity výsledků dotazníkového šetření a přesvědčila je, aby během realizační fáze byly nezáčastněny. Celkem jsem rozdala na všechny pracovní úseky 358 dotazníků. Vyplněno a odevzdáno bylo 209 dotazníků. Jeden dotazník byl vyřazen jako neúplný. Celkem bylo vyhodnoceno 208 dotazníků ze všech pracovních úseků Karvinské hornické nemocnice, a.s. Po získání dotazníků jsem provedla kontrolu dat, jejímž cílem bylo vyřadit ze souboru vyplněných dotazníků ty, které jsou zpracovány chybně a neúplně. Logická kontrola dotazníků znamená ověření si, že respondenti odpovídali pravdivě. Nástrojem logické kontroly jsou tzv. kontrolní otázky, záměrně zabudované do dotazníku na různá místa a dotazující se věcně na stejnou situaci. Pozornost byla věnována i odpovědím na otevřené otázky „jiné“, které se zaznamenávaly a použily do komentáře vyhodnocení. Vyčištěný soubor dotazníků jsem podrobila kódování, kterým se odpovědi převedly do podoby elektronického zpracování údajů.

Interpretační fáze byla zaměřena zejména na dílčí cíle výzkumného šetření a následně na zhodnocení hlavního cíle sociologického výzkumu. Management Karvinské hornické nemocnice obdržel výsledky výzkumného šetření v podobě výzkumné zprávy. Součástí celého hodnotícího procesu a interpretace výsledků sociologického výzkumu byla prezentace v Power Pointu na závěrečné schůzce s managementem KHN.

Pro potřeby disertační práce a vzhledem k jejímu cíli, jsem vyselekovala ze sociologického výzkumu jen takové výsledky, které se týkaly poslední úrovně hodnotícího Kirkpatrickova modelu. Jak jsem již uvedla, jde o analýzu efektivity výsledků andragogického kurikula, především o udržitelnost výsledků vzdělávání a implementaci nových poznatků a dovedností do praxe. Objektem sociologické sondy měli být původně jen zdravotničtí pracovníci na postu středního managementu (především staniční a vrchní sestry). Výsledky z jiných úseků KHN a názory ostatních pracovníků mě natolik zaujaly, že jsem se rozhodla, zakomponovat je do závěrečné evaluace. Potvrdily zpětnou vazbou (360⁰ zpětná vazba objektivního hodnocení) úspěšnost vzdělávacího projektu.

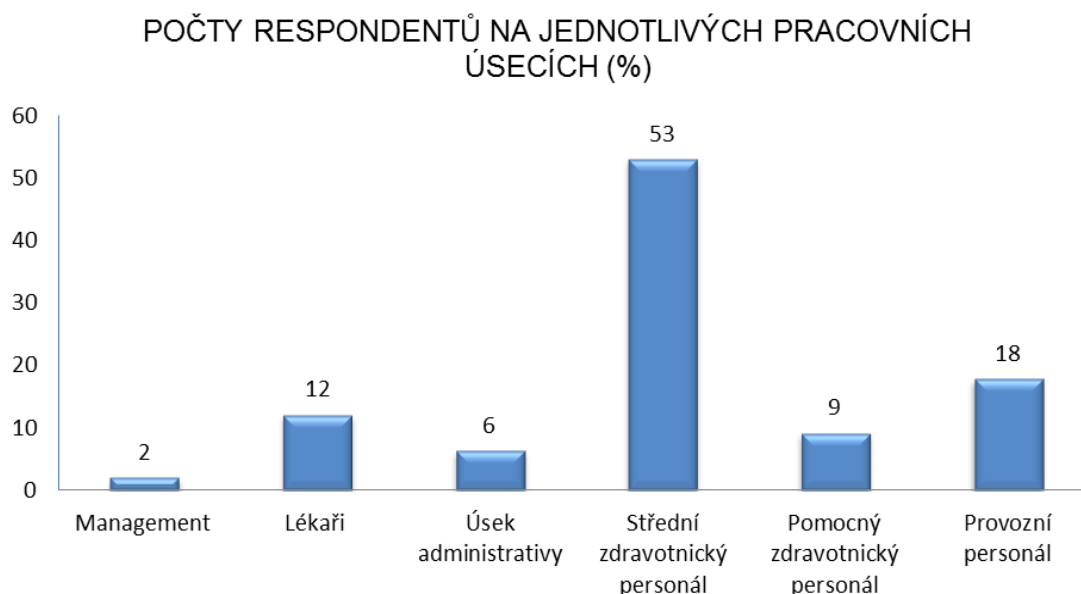
7.1 Analýza výsledků sociologické sondy

7.1.1 Charakteristika zkoumaného souboru respondentů

Z každého pracovního úseku jsem vybrala reprezentativní vzorek respondentů. Výsledky jsem zpracovala do tabulek (Příloha č.4) a přehledných grafů.

I. Počty respondentů podle jednotlivých pracovních úseků

Graf č.1



Zdroj: vlastní

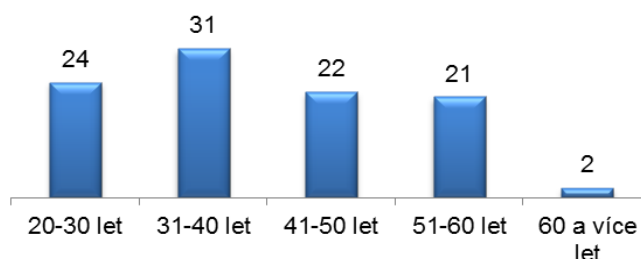
Celkem bylo osloveno 208 respondentů. Graf č. 1 představuje procentuální zastoupení oslovených zaměstnanců na jednotlivých pracovních úsecích. Nejpočetnější skupinou (53%) jsou střední zdravotničtí pracovníci, následuje provozní personál (18%), lékaři jsou zastoupeni 12%. Následuje pomocný zdravotnický personál (9%) a nejmenší skupinu tvoří management v počtu 4 respondentů (2%).

II. Věkové kategorie respondentů

Uvedení jednotlivých věkových kategorií má velký význam k pochopení personálního obrazu zdravotnické organizace. Jak ukazují následující výsledky sociologické sondy, budou důležitou součástí výsledného hodnocení vzdělávacího projektu.

Graf č.2

VĚKOVÁ KATEGORIE RESPONDENTŮ (%)



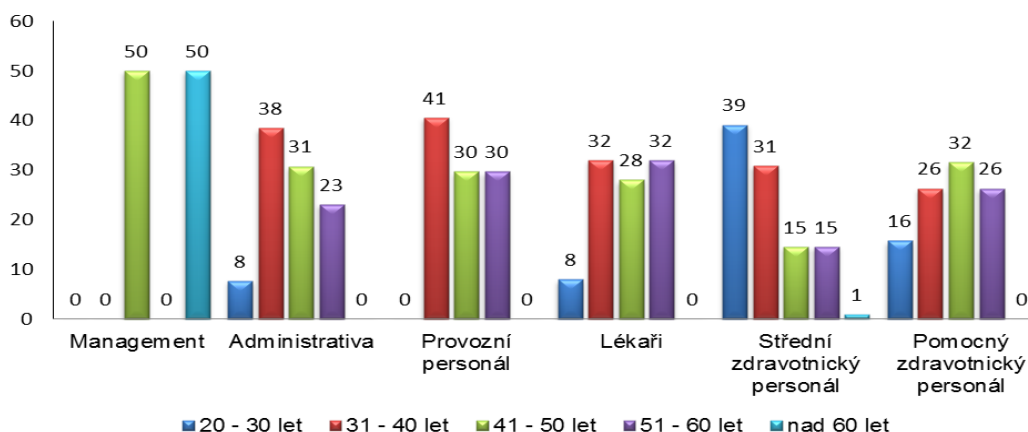
Zdroj: vlastní

Jak z grafu č. 2 vyplývá, nejpočetnější zastoupení (31%) mají respondenti ve věku 31 – 40 let. Nejméně (2%) je respondentů ve věku nad 60 a více let. Následující graf č. 3 (Tab. č. 3 viz. Příloha č.) specifikuje věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích.

Věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích:

Graf č.3

Věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích (%)



Zdroj: vlastní

V managementu jsou respondenti ve věkové kategorii 41 – 50 let zastoupeni v počtu 50% a nad 60 let také 50%. Jedná se o výběrový soubor málopočetné skupiny pracovníků vedení, takže uvedená % se týkají jednotlivců.

V administrativě je celkem vyrovnaná věková kategorie oslovených pracovníků. Ve věkové kategorii 31-40 let je 38% respondentů, 31% se pohybuje v rozmezí 41-50 let a necelá čtvrtina dotázaných je ve věku 51-60 let.

Další kategorií s početnějším zastoupením oslovených zaměstnanců ve věkovém rozmezí 31 – 60 let je **pomocný zdravotnický personál**. Ve věku 41 – 50 let je 32% respondentů, následuje stejné procentní zastoupení 26% u věkové kategorie 31-40 let a 51-60 let. Pouze 16% oslovených pracovníků se zařadilo do kategorie 20 – 30 let.

Následují účastníci výzkumu **s lékařským vzděláním**.

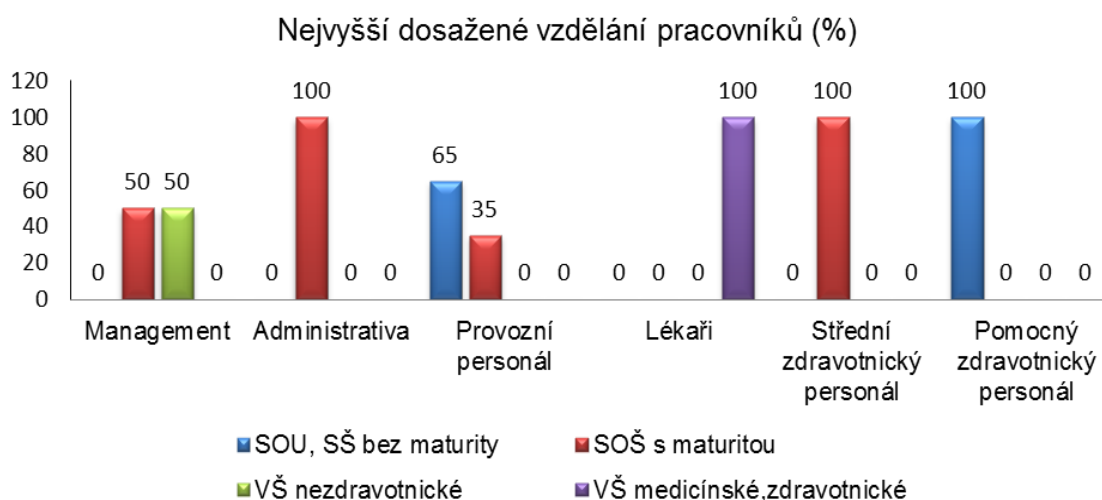
Ve věkovém rozpětí 31 – 40 let a 51-60 let je stejné procentní zastoupení – 32%. Méně početnou věkovou kategorií (41-50) je 28% oslovených lékařů a pouze 8% respondentů je ve věku od 20 – 30 let

V provozním úseku jsou oslovení zaměstnanci ve věku od 31 – 40 let zastoupeni v největším počtu ve své skupině, a to 40%. Následují dvě stejně početně zastoupené věkové kategorie (30%), které jsou ve věkovém rozpětí 41-50 a 51-60 let.

Nejméně početní ve středním a starším věkovém rozmezí jsou respondenti z řad **středního zdravotnického personálu**. Z celkového počtu je 15% respondentů ve věkové kategorii 41 – 50 let a stejný počet je ve věku od 51 – 60 let. Pouze 1oslovený pracovník je ve věkové kategorii nad 60 let. Nejpočetněji je zastoupena věková kategorie od 20 – 30 let a to 39%. Ve věkové kategorii 31 – 40 let je 31% oslovených pracovníků.

III. Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků:

Graf č.4



Zdroj: vlastní

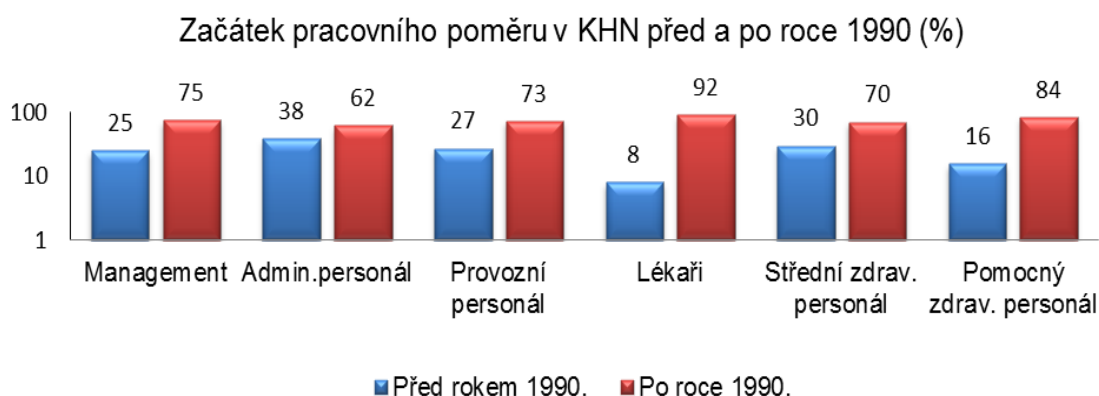
Jak je z výsledku grafu č. 4 patrné, všichni respondenti mají odpovídající úroveň vzdělání vzhledem k pracovnímu zařazení. V managementu je stejné zastoupení vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných (50%) oslovených pracovníků, Ve skupině respondentů, kteří jsou v provozním úseku, má 65% střední odborné vzdělání bez maturity a 35% má středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Ostatní respondenti – lékaři, střední zdravotnický personál, pomocný zdravotnický personál a administrativní úsek - splňují kvalifikační předpoklady v 100%.

IV. Začátek pracovního poměru v KHN před a po roce 1990

Záměrně jsem zařadila tuto otázku, jelikož výsledky, jak ukazuje graf č. 5, jsou důležité a ovlivňují výsledek hodnocení vzdělávacího projektu. Nemocnice v tomto období prochází velkými restrukturalizačními a především personálními změnami (kap. 6.3.4.), docházelo

ke střetu dvou i více firemních kultur a to přinášelo velké problémy zejména v interpersonálních vztazích a ve vztahu k vedení KHN.

Graf č.5



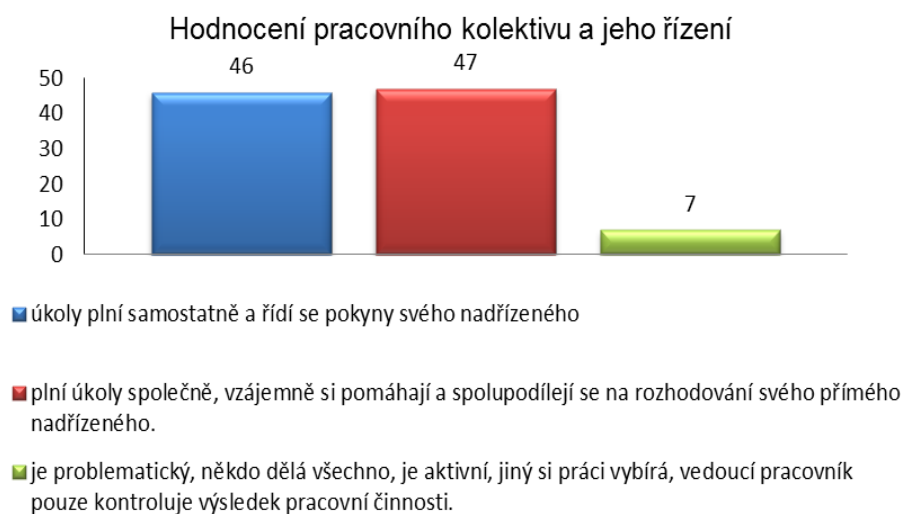
Zdroj: vlastní

Jak výsledky v grafu ukazují, po roce 1990 začalo v KHN pracovat 92% oslovených lékařů. Zůstalo pouze 8% dotázaných. Velkou personální obměnou prošel pomocný zdravotnický personál (84%), management (75%), provozní personál (73%) a střední zdravotnický personál (70%). V 60% se změnila personálně i administrativa. Největší personální změny se staly v řadách lékařů a managementu. Následuje pomocný zdravotnický personál, personál z provozního úseku a střední zdravotnický personál. Nejmenší personální otřesy byly v administrativním úseku.

7.1.2 HODNOCENÍ STŘEDNÍHO MANAGEMENTU V OBLASTI ŘÍZENÍ

V. Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení

Graf č. 6



Zdroj: vlastní

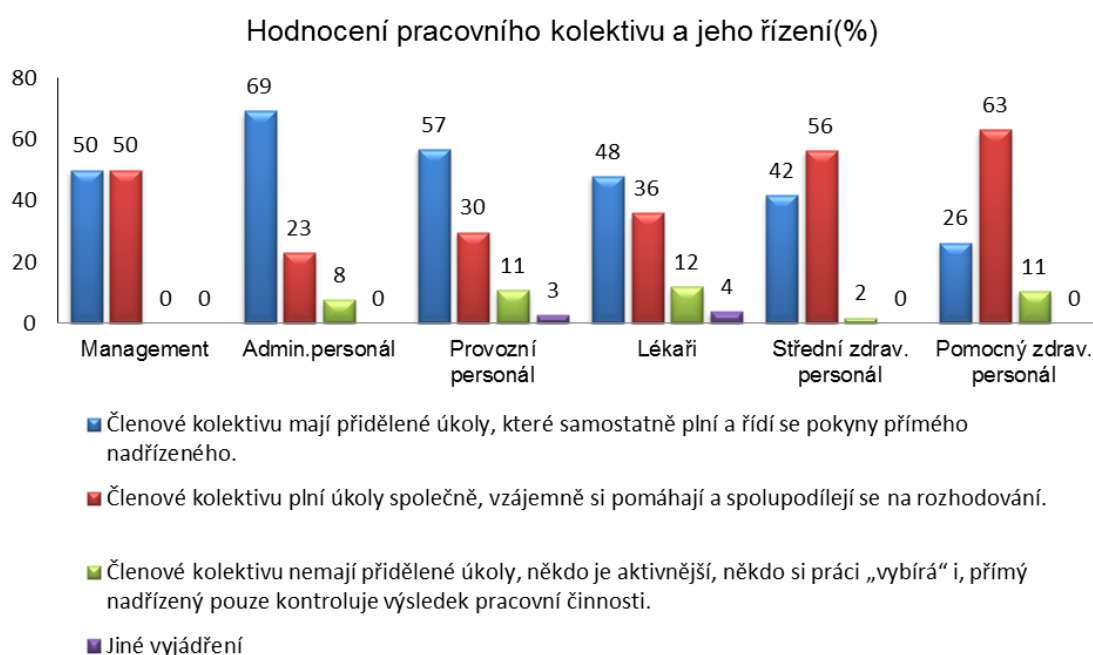
Jak z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, 47% respondentů z celkového počtu 208 dotázaných uvedlo, že plní úkoly společně, vzájemně si pomáhají a spolupodílejí se na rozhodování svého přímého nadřízeného.

Následuje 46% oslovených pracovníků nemocnice, kteří uvedli, že úkoly plní samostatně a řídí se pokyny svého nadřízeného.

Pouze 7% dotázaných, z celkového počtu všech oslovených, charakterizuje pracovní kolektiv jako problematický. „Někdo dělá všechno, je aktivní, jiný si práci vybírá. Vedoucí pracovník pouze kontroluje výsledek pracovní činnosti.“

Následující graf č.7 specifikuje názory respondentů na jednotlivých pracovních úsecích.

Graf č. 7



Zdroj: vlastní

Nejsamostatnější v plnění úkolů jsou respondenti z úseku administrativy (69%), což je pochopitelné vzhledem k charakteru jejich pracovní náplně. Následují oslovení pracovníci z provozu (57%) a dotazovaní lékaři (48%). Nej kolektivnější při plnění pracovních úkolů je pomocný zdravotnický personál (63%), následuje střední zdravotnický personál (56%). Pouze 36% lékařů pracuje společně a vzájemně si pomáhá a 23% respondentů z administrativy uvedlo, že plní úkoly společně, vzájemně si pomáhají a spolupodílejí se na rozhodování.

Jak z výsledků vyplývá, problematickou spolupráci uvádějí častěji respondenti z řad lékařů (12%), provozní personál a respondenti z řad pomocného zdravotnického personálu v počtu 11%. Nejméně problematická spolupráce je v kolektivu středního zdravotnického personálu (2%).

U oslovené skupiny lékařů a zástupců z provozního personálu je velmi malé procentní vyjádření v možnosti **jiné**.

Jde pouze o dva respondenty, kteří uvedli v poznámce:

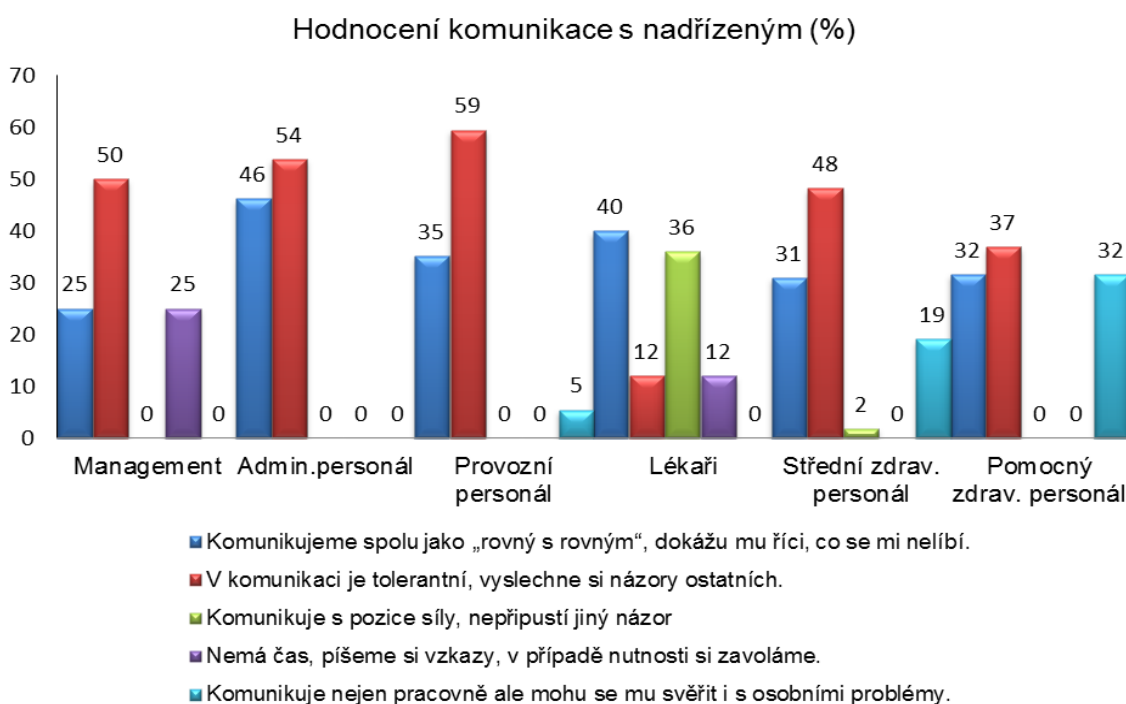
„Nedodržují se kompetence, neřídí se věstníkem.“

„Všichni dělají všechno. Nemám slov (komunikace vážne).“

„Není odpovídající hodnocení, chybí komunikace, je špatná spolupráce.“

VI. Hodnocení komunikace s nadřízeným:

Graf č.8



Zdroj: vlastní

Komunikaci se svým přímým nadřízeným kladně hodnotí 93% oslovených respondentů. Komunikují se svým nadřízeným jako rovný s rovným a jsou akceptovány jejich případné názory a připomínky.

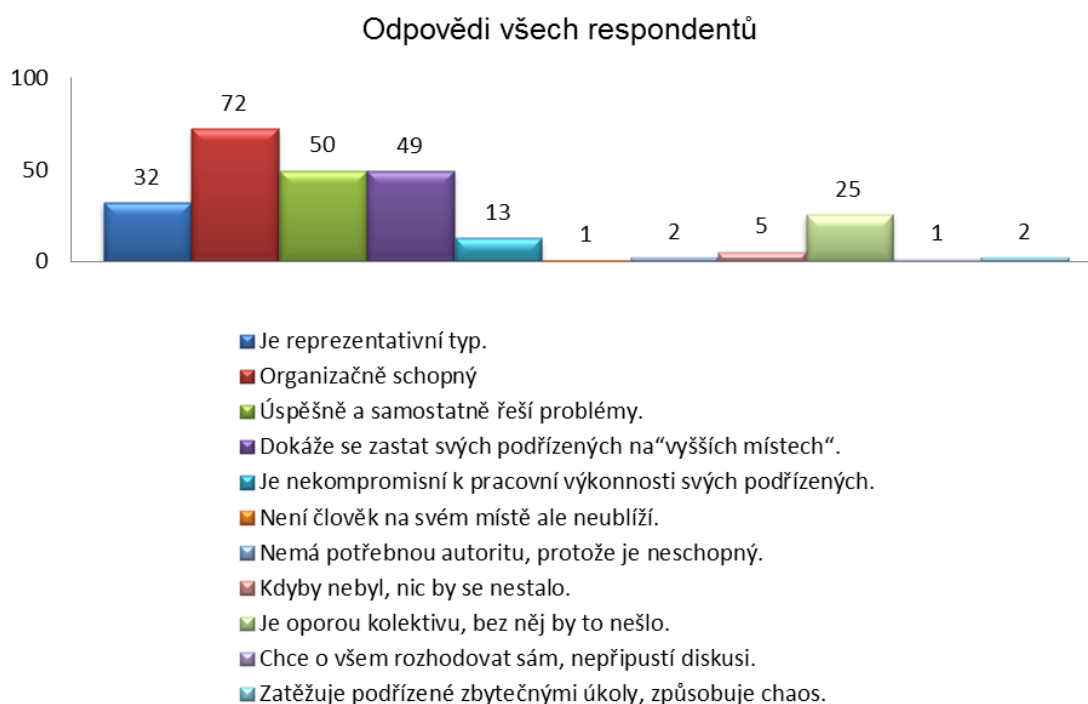
Mimopracovní komunikaci s nadřízeným a ochotu sdělovat své osobní problémy uvádí 14% všech oslovených.

Necelých 7% respondentů udává špatnou komunikaci se svým přímým nadřízeným, a to 5% respondentů uvedlo, že nadřízený komunikuje z pozice síly a nepřipouští jiný názor (větší procento – 36%- volili respondenti z řad lékařů a necelé 2% tvořili oslovení ze skupiny středních zdravotnických pracovníků).

Z celkového počtu respondentů 2% dotazovaných uvedlo, že jejich nadřízený nemá čas, proto si píší vzkazy, případně si zavolají. Opět převažují respondenti z řad lékařů – 12% .

VII. Hodnocení přímého nadřízeného

Graf č. 9

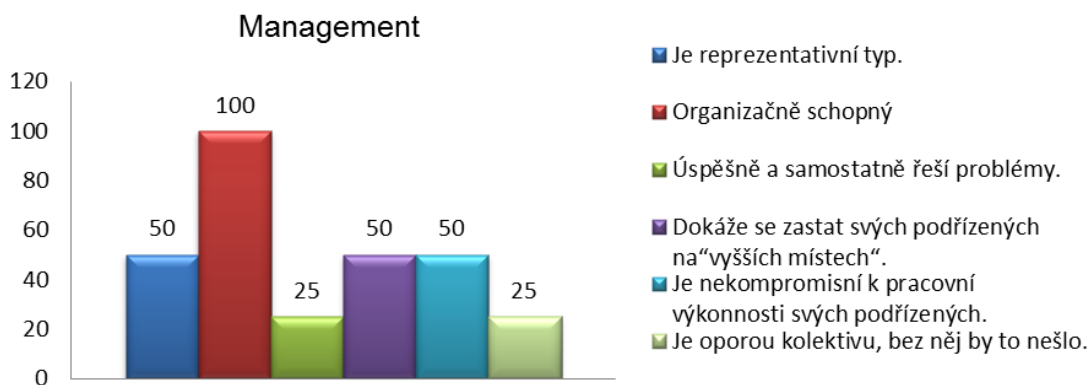


Zdroj: vlastní

U této otázky mohli respondenti volit více možností odpovědi. Celkem 208 oslovených volilo 528 možností odpovědi. Nejpočetněji zastoupený (72%) byl názor, že přímý nadřízený je **organizačně schopný**. 50% respondentů uvedlo, že nadřízený **úspěšně a samostatně řeší problémy** a 49% oslovených pracovníků volilo nabízenou možnost odpovědi: „**dokáže se zastat svých podřízených**“. Jako **reprezentativní typ** považuje svého nadřízeného 32% respondentů z celkového počtu (208) oslovených pracovníků KHN. **Oporou kolektivu** je přímý nadřízený u čtvrtiny (25%) dotazovaných.

Hodnocení přímého nadřízeného je jedním z klíčových faktorů výsledku andragogického kurikula. Proto jsem se rozhodla blíže specifikovat názory respondentů z jednotlivých pracovních úseků. Stojí za povšimnutí, sledovat reakci dotazovaných lékařů, kteří se do vzdělávacího projektu zapojili v nejmenším počtu a reakci středního a pomocného zdravotnického personálu, které úzce souvisí s výsledným efektem andragogického kurikula.

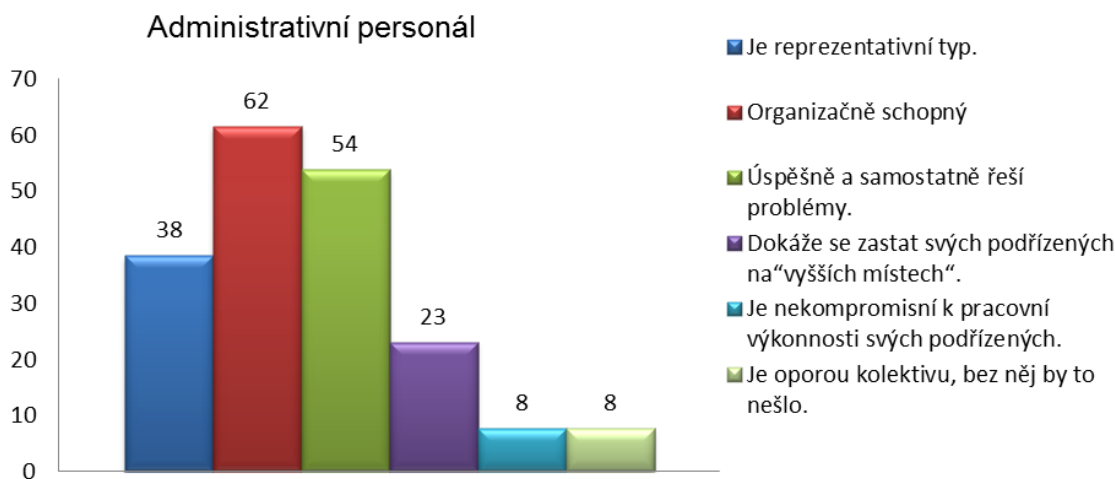
Graf č. 10



Zdroj: vlastní

V managementu převažují kladné názory na své přímé nadřízené. Všechny 100% oslovených zastává názor, že je nadřízený organizačně schopný. Z dalších výsledků vyplývá, že v managementu jsou lidé nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených (50%), kteří jsou současně oporou kolektivu (25%) a dokáží se zastat svých podřízených na „vyšších místech“ (50%). Dokonce 50% oslovených respondentů hodnotilo svého nadřízeného jako „reprezentativní typ“. Jen v 25% je nadřízený hodnocený jako samostatný v řešení problému.

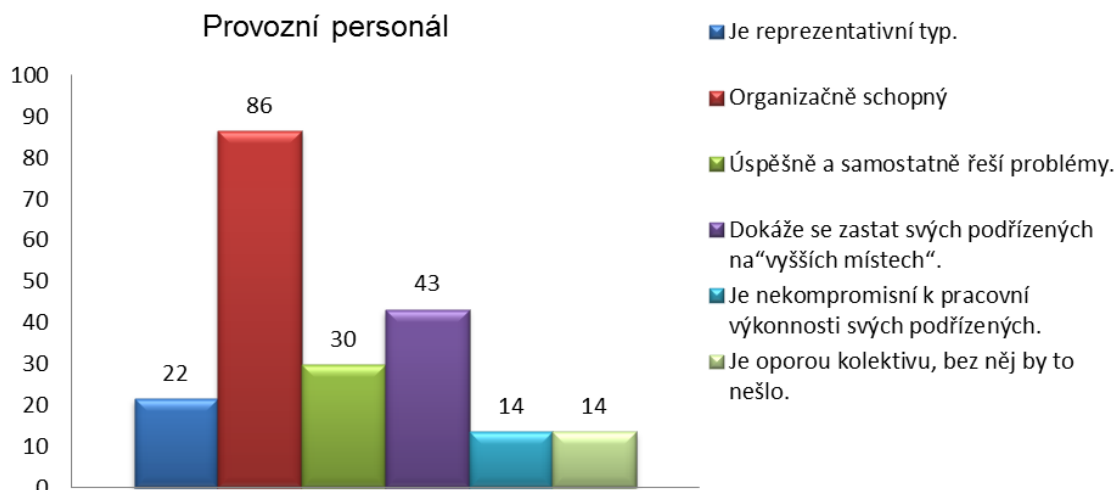
Graf č. 11



Zdroj: vlastní

Respondenti z administrativního úseku hodnotí svého nadřízeného jako organizačně schopného (62%), který úspěšně a samostatně řeší problémy (54%). Je reprezentativní typ (38%) a dokáže se zastat svých podřízených (23%). Pouze 8% odpovědí charakterizuje přímého nadřízeného jako nekompromisního k pracovní výkonnosti svých podřízených a jako člověka, bez kterého by to nešlo.

Graf č. 12



Zdroj: vlastní

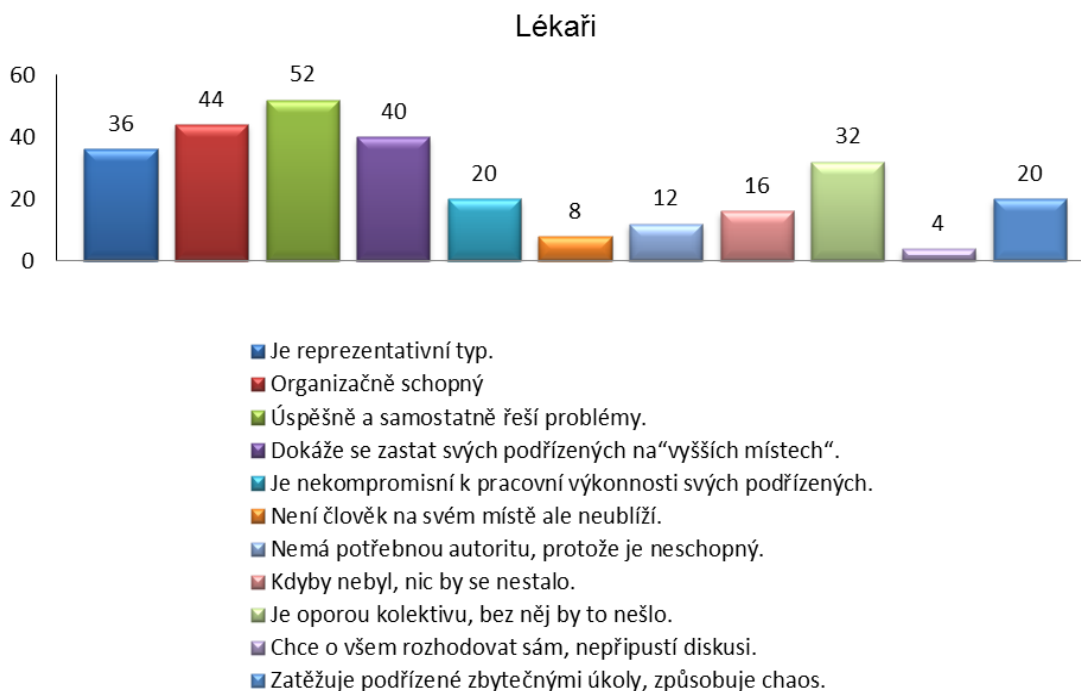
Respondenti z provozního úseku charakterizovali přímého nadřízeného jako organizačně schopného (86%), který se dokáže zastat svých podřízených (43%) a úspěšně řeší problémy (22%). V malém procentním zastoupení (14%) panuje názor, že je oporou kolektivu a nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených (14%).

Podobně, jako respondenti z úseku administrativy, tvořily nejmenší % odpovědi: „Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.“

„Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.“

Mohlo by se zdát, že pracovníci v obou zmiňovaných úsecích svého přímého nadřízeného zas tak moc neakceptují. Na jedné straně uznávají jeho kvality, na straně druhé by se bez jeho vlivu klidně obešli.

Graf č. 13



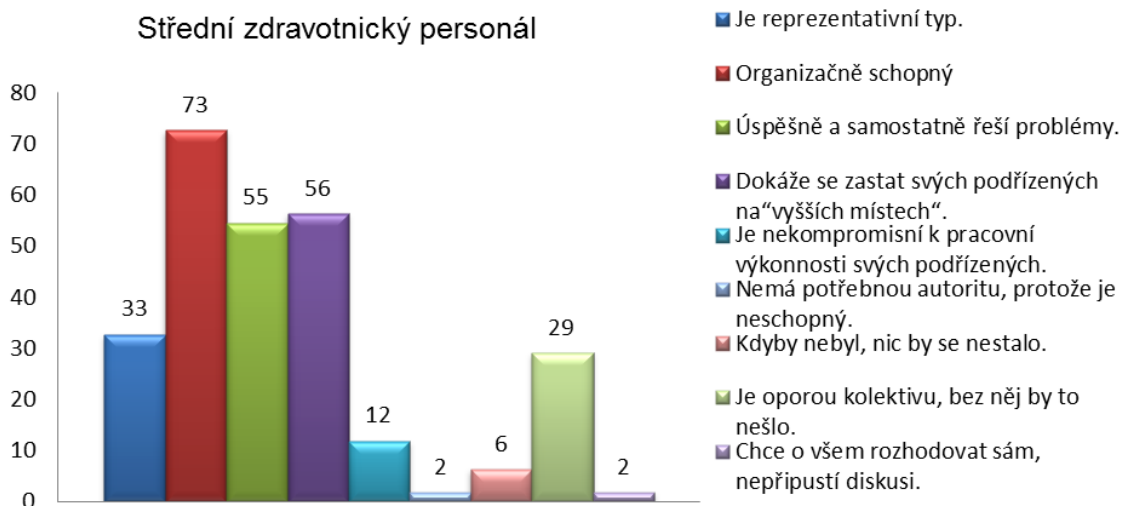
Zdroj: vlastní

Dotazovaní lékaři charakterizovali svého nadřízeného jako člověka, který úspěšně a samostatně řeší problémy (52%), je organizačně schopný (44%) a dokáže se zastat podřízených na vyšších místech (40%). Je reprezentativní typ (36%), oporou kolektivu (32%) a nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených (20%). Následuje kritika, kterou lze vidět pouze u této profesní skupiny. Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly a způsobuje chaos (20%), kdyby nebyl, nic by se nestalo (16%), nemá potřebnou autoritu (12%) a není člověk na svém místě (8%). Dále dotazovaní v 4% usuzují, že jejich přímý nadřízený chce o všem rozhodovat sám a nepřipustí diskusi.

Příčiny v kritickém hodnocení přímého nadřízeného vidím dvě. Tou první je velká rivalita mezi lékaři v KHN. Jak už jsem se zmínila výše, management KHN vybíral lékařské specialisty z celé České republiky. Při výběru se soustředili především na vysokou odbornost a popularitu. Čím větší lékařská kapacita, tím větší zájem pacientů, potažmo klientů. Nezanedbatelný je i fakt, že lékaři by do KHN přivedli i své klienty! Vedení KHN jim bylo ochotno zajistit i nadstandardní podmínky, pokud se stanou jejími zaměstnanci. Tak se stalo, že se ve zdravotnickém zařízení sešlo několik desítek lékařských kapacit, kteří nebyli ochotni podřídit se kolektivní spolupráci a každý se snažil prosazovat své individuální názory.

Druhá příčina navazuje na první. Lékaři v KHN neprojevíli velký zájem o vzdělávací projekt. Přestože se vedení snažilo o jejich účast, lékaři se vzdělávacího programu zúčastňovali minimálně. Svou erudici spatřovali pouze ve své odbornosti a s tím i názor, že jsou ochotni se dále vzdělávat je ve své specializaci.

Graf č. 14

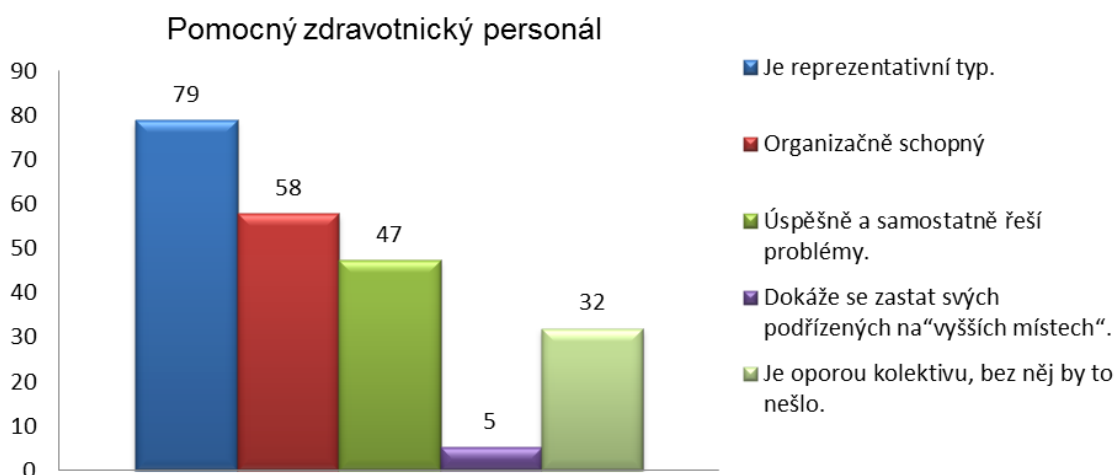


Zdroj: vlastní

Respondenti ze skupiny středního zdravotnického personálu vnímají svého nadřízeného jako člověka, který je organizačně schopný (73%), dokáže se zastat svých podřízených (56%) a úspěšně a samostatně řeší problémy (55%). Je reprezentativní typ (33%) a oporou kolektivu (29%). V menším procentním zastoupení je vyjádření, že je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených (12%) a kdyby nebyl, nic by se nestalo (6%).

Na první pohled je zřejmé, že v této profesní skupině převažuje kladné hodnocení přímého nadřízeného. Kritických názorů je jen minimálně (2%). Skupina středního zdravotnického personálu byla nejpočetnější skupinou vzdělávajících se pracovníků a účastníků andragogického kurikula.

Graf č. 15



Zdroj: vlastní

Pomocný zdravotnický personál tvoří sanitáři a sanitářky. Řídí se pokyny staniční sestry a jejich bezprostředním nadřízeným může být i zdravotní sestra jako střední zdravotnický pracovník.

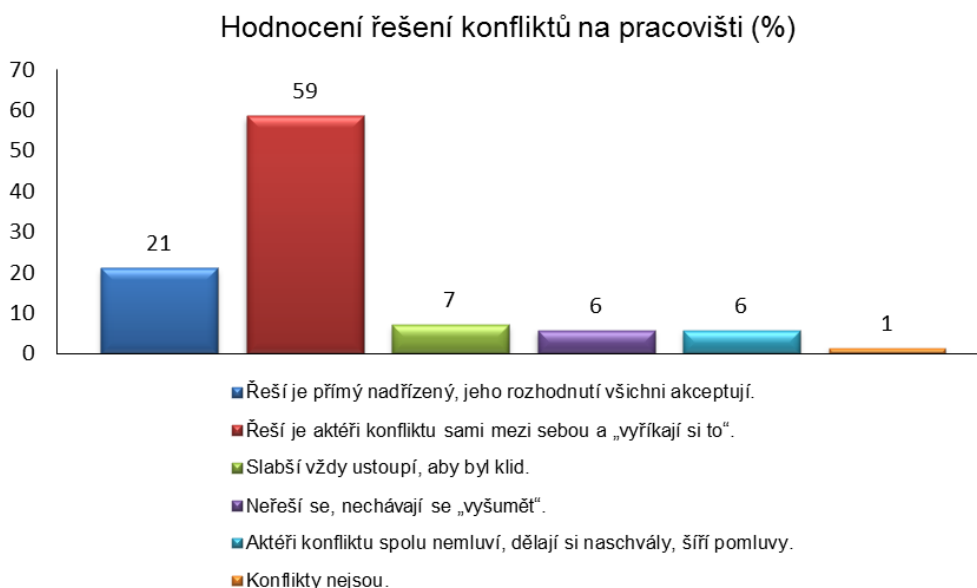
Je třeba zdůraznit, že pomocní zdravotničtí pracovníci se nezúčastnili vzdělávacího projektu! Znamená to, že výsledky hodnocení v tomto případě jsou objektivní a mají charakter 360° zpětné vazby.

Jak z grafu č.15 vyplývá, hodnotí respondenti svého nadřízeného velmi pozitivně. Více jak polovina uvádí, že je nadřízený reprezentativní ty (79%), organizačně schopný a úspěšně řeší problémy (47%). Je oporou kolektivu (32%) a dokáže se zastat podřízených na vyšších místech (5%). Nejmenší procentní zastoupení hovoří o tom, že moc velké zastání na vyšších místech pomocní zdravotničtí pracovníci nemají. Je to dáno tím, že při své pracovní činnosti přijdou do kontaktu jen se svými spolupracovníky na oddělení a s nemocnými. Komunikace a kontakt s jinými pracovními skupinami a s vyšším managementem je minimální.

Pokud dojde ke sporu mezi pomocným zdravotnickým pracovníkem a nemocným nebo s jiným pracovníkem zdravotnického zařízení, vždy to řeší staniční sestra příslušného oddělení.

VIII. Hodnocení řešení konfliktů

Graf č. 16



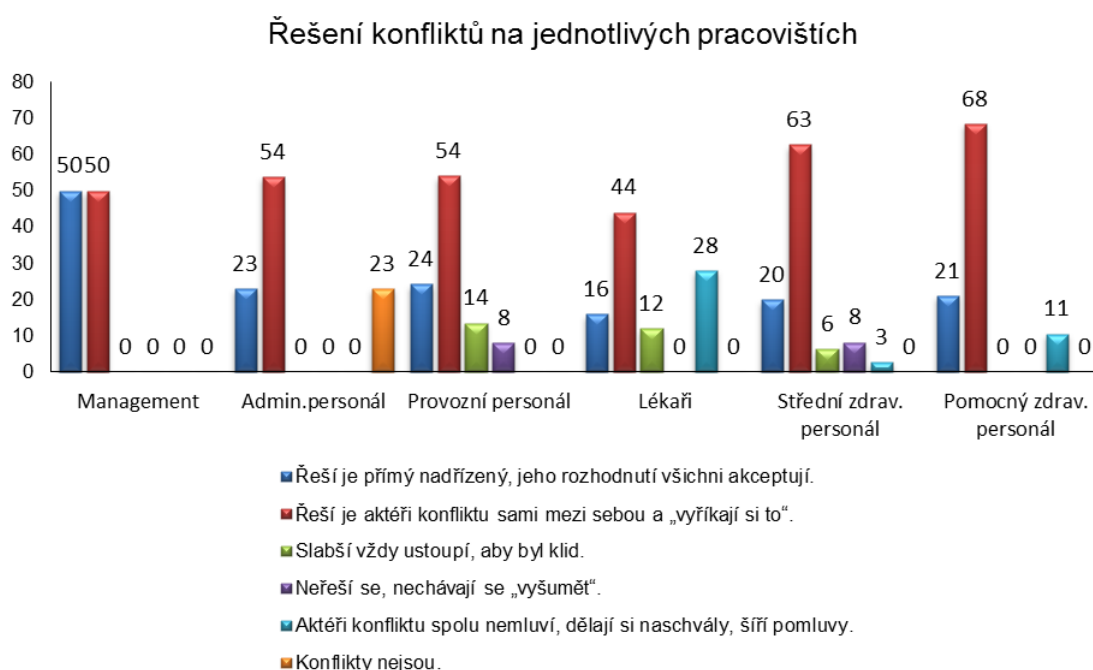
Zdroj: vlastní

U této otázky byla jedna volitelná možnost odpovědi. Celkový výsledek jednoznačně hovoří pro kladný způsob řešení konfliktních situací. Z celkového počtu oslovených se vyjádřilo 59% respondentů tak, že konflikty si řeší mezi sebou a „vyříkají si to“. Následujících 21% oslovených uvedlo, že konflikty řeší přímý nadřízený a jeho rozhodnutí všichni akceptují. Konflikty zcela popírá. 1% dotazovaných (administrativní personál).

Pouze 6% z celkového počtu respondentů se vyjádřilo, že se konflikty neřeší, nechávají se „vyšumět“, u 7% oslovených se objevuje názor, že slabší ustoupí a 6% přiznává, že aktéři konfliktu spolu nemluví a dělají si naschvály (obecně zdravotničtí pracovníci).

Jelikož je řešení konfliktů součástí úspěšného personálního řízení a poukazuje na schopnosti a dovednosti získané vzděláváním, rozpracovala jsem výsledky dotazníkového šetření pro každou pracovní skupinu zvlášť. Následující graf č. 17 podrobněji ukazuje jednotlivé volby řešení konfliktů a jejich poměrné zastoupení u jednotlivých pracovních skupin.

Graf č.17



Zdroj: vlastní

Úspěšně řeší konflikty oslovení **pracovníci z administrativního úseku a managementu**. Celá polovina (50%) si to „vyříkají mezi sebou“ nebo zasáhne přímý nadřízený (50%). Podobné výsledky jsou patrné i pracovníků administrativy. Vzájemně řeší problémy 54% oslovených respondentů a 23% uvádí, že konflikty řeší přímý nadřízený a ostatní jeho rozhodnutí akceptují. Dalších 23% dotázaných konflikty na svém pracovišti popírá.

Další úspěšnější skupinu tvoří **pracovníci na pozici pomocného zdravotnického personálu**. Zde také převažoval způsob řešení konfliktů mezi sebou, a to v 68%, pouze 21% z celkového počtu pomocných zdravotnických pracovníků volilo řešení konfliktu přímým nadřízeným. Pouze 11% účastníků výzkumu přiznává, že si aktéři konfliktu dělají naschvály a šíří pomluvy.

Na třetím místě v úspěšnosti je **střední zdravotnický personál**. Ten z 63% si problémy řeší mezi sebou, v 20% je řeší jejich přímý nadřízený. Následuje malé procentní zastoupení ostatních možností řešení konfliktních situací.

Nepatrná část respondentů (8%) uvedla, že se konflikty neřeší vůbec a nechávají se vyšumět, v uvedených 6% odpovědí oslovení pracovníci připouští, že slabší ustoupí a nejmenší zastoupení (3%) jsou respondenti, kteří přiznávají řešení konfliktů různými naschvály a šířením pomluv.

Účastníci výzkumu z řad **provozního personálu** volilo v počtu 54% možnost vzájemného vyřešení konfliktu, kdy si to aktéři mezi sebou vyříkají. Následujících 24% odpovědí ukazuje, že konflikty řeší přímý nadřízený a ostatní jeho rozhodnutí akceptují. Konflikty zcela neguje 23% respondentů.

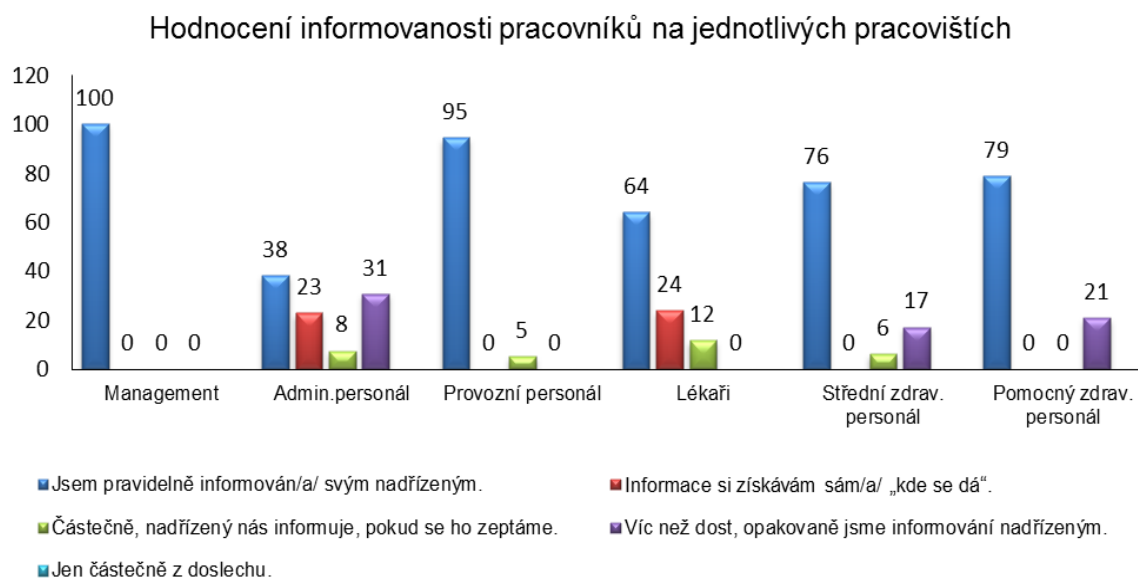
Nejproblematictější je **skupina dotazovaných z řad lékařů**. Z celkového počtu dotazovaných v této skupině 44% řeší konfliktní situace pouze mezi sebou. Přímý nadřízený zasahuje při řešení konfliktu v 16%. V 28%, což je nejvyšší procentní zastoupení ze všech pracovních skupin, si aktéři konfliktu dělají naschvály, nemluví spolu a šíří pomluvy. Pouze 12% dotazovaných volilo možnost, že slabší ustoupí, aby byl klid.

Jedním z dílčích cílů sociologické sondy je i schopnost efektivního předávání informací jak vertikálně, tak i horizontálně. Výsledkem je informovanost pracovníků, která je významná nejen v samotné pracovní činnosti ale především v posilování zdravých interpersonálních vztahů. Informační šumy vedou k chaosu na pracovišti a jsou příčinou vzájemných konfliktů nejen mezi pracovníky ale i mezi poskytovateli zdravotnické péče a jejím pacienty.

Následující graf č. 18 opět zobrazuje výsledky informovanosti pracovníků na jednotlivých pracovištích.

IX. Hodnocení informovanosti pracovníků

Graf č.18



Zdroj: vlastní

Management je ze 100% informován pravidelně svými nadřízenými.

Provozní personál je z 95% pravidelně informován svým nadřízeným, pouze 5% respondentů uvádí, že informace získávají dostatečně, pokud se sami nadřízeného zeptají.

Jak respondenti z řad **pomocného zdravotnického personálu** uvádějí, více jak tři čtvrtiny (79%) je pravidelně informováno přímým nadřízeným a 21% je informováno opakovaně, více než dost.

Pravidelnou informovanost nadřízeným uvádí 76% oslovených **středních zdravotnických pracovníků**, 17% tvrdí, že má informací víc než dost. Malé procento dotazovaných (6%) získává informace dotazováním nadřízeného a 4% získává informace samostatně z různých pramenů.

Respondenti z **administrativního úseku** (38%), jsou informováni pravidelně svým nadřízeným. Další dost početnou skupinu tvoří část oslovených administrativních pracovníků (23%), kteří informace získávají sami „kde se dá“. Trochu rozporuplné je další %, kde dotazovaní (31%) uvádějí, že mají informací více než dost a opakovaně jsou svým nadřízeným informováni.

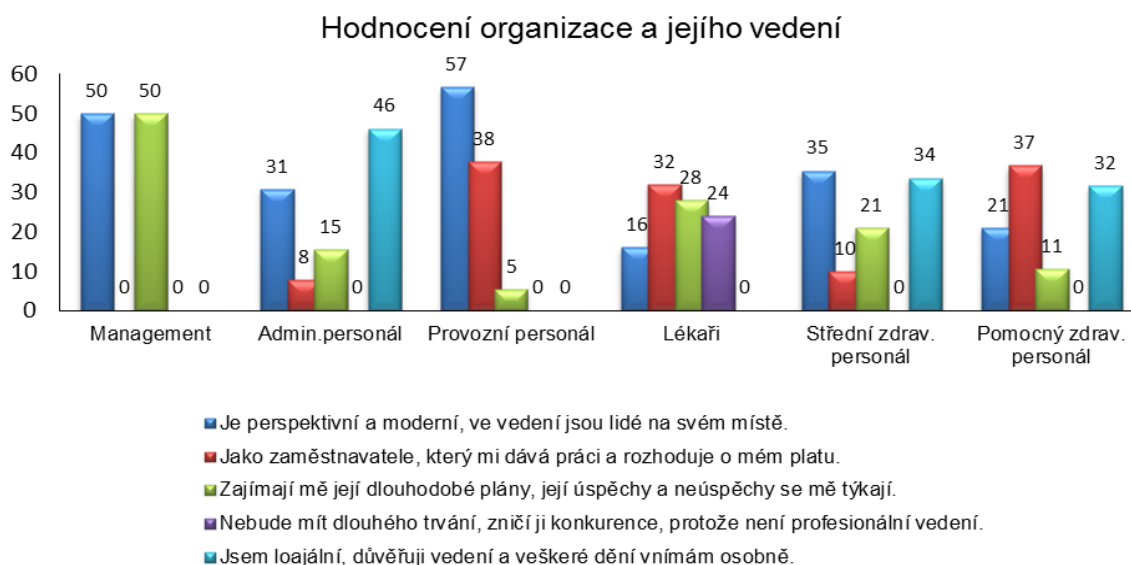
Zcela jinou skupinou dotazovaných jsou respondenti z řad **lékařů**. Více jak polovina (64%) je pravidelně informována přímým nadřízeným. Necelá čtvrtina (24%) všech oslovených lékařů shání informace „kde se dá“ a 12% je informována jen pokud se zeptají. U této skupiny respondentů jsou výsledky dotazníkového šetření nejrozporuplnější.

Následující výsledky poskytují zpětnou vazbu vedení KHN, jak pracovníci vnímají zdravotnickou organizaci a jaký k ní mají vztah. Při tvorbě andragogického kurikula jsem chtěla ovlivnit jejich chápání zdravotnické organizace tím, že byli účastníci vzdělávání seznámeni s problematikou řízení, jejími ekonomickými a právními aspekty a s tvorbou i zákonitostmi podnikové sociální politiky.

Názory respondentů jsem vyhodnotila a zobrazila podle jednotlivých pracovních úseků aby bylo přehledně vidět, jaký názor mají pracovníci jednotlivých profesních skupin.

X. Hodnocení organizace a jejího vedení

Graf č.19



Zdroj: vlastní

Na otázku, jak vnímají pracovníci svou organizaci a její vedení, odpovědělo všech 208 respondentů. V **managementu** účastníci sociologické sondy rovnoměrně volili obě možnosti nabízených odpovědí. 50% oslovených uvádí, že je organizace perspektivní a moderní, jsou v ní lidé na svém místě. Druhá polovina (50%) uvedla, že ji zajímají dlouhodobé plány a její úspěchy a neúspěchy se jich bezprostředně týkají.

Respondenti, zastupující pracovníky z **provozního úseku**, hodnotí organizaci jako perspektivní a moderní, více jak jedna třetina (38%) dotázaných uvedla, že ji vnímá jako zaměstnavatele, který jim dává práci a plat.

Účastníci dotazníkového šetření z **úseku administrativy** jsou ke své organizaci loajální, důvěřují vedení a vnímají veškeré dění osobně (46%). Uvedli, že ji vnímají jako moderní a perspektivní, kde jsou lidé na svém místě. 15% respondentů zajímají její dlouhodobé plány, úspěchy a neúspěchy se jich osobně dotýkají. Pouze 8% oslovených charakterizuje organizaci jako zaměstnavatele, který jim dává práci a plat.

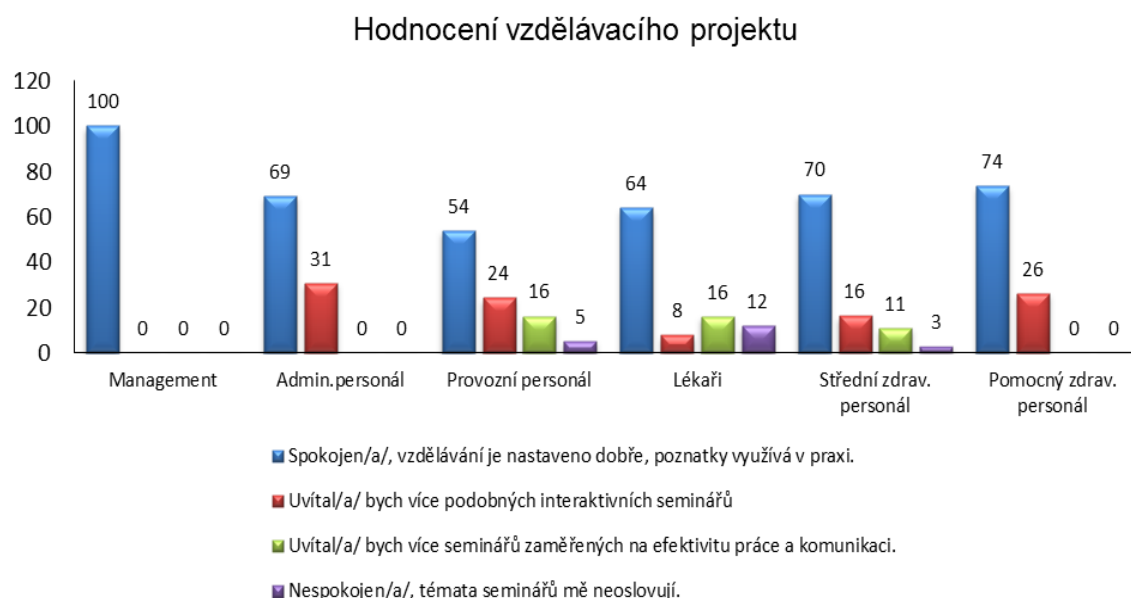
Oslovení účastníci dotazníkového šetření ze skupiny **středního zdravotnického personálu** vnímají zdravotnickou organizaci jako perspektivní a moderní, kde jsou lidé na svém místě (35%). Následuje 34% názorů, že důvěřují vedení, veškeré dění vnímají osobně a jsou loajální. Dlouhodobé plány organizace, její úspěchy a neúspěchy, zajímá 21% respondentů a 10% dotazovaných uvedlo, že organizaci vnímají jako zaměstnavatele, který jim dává práci a plat.

Respondenti z řad **pomocného zdravotnického personálu** vnímají organizaci jako zaměstnavatele, který jim dává práci a plat (37%), vedení organizace důvěřují a jsou loajální, jak uvedlo (32%), 21% oslovených si myslí, že je organizace moderní a perspektivní. Pouze 11% zúčastněných zajímají dlouhodobé plány organizace a osobně se jich dotýkají její úspěchy a neúspěchy.

Nejkritičtější jsou opět respondenti – **lékaři**. Jak z výsledků oslovené skupiny vyplývá, 32% dotázaných vnímá zdravotnickou organizaci jako zaměstnavatele, který jim dává práci a plat. Následuje 28% názorů, že je zajímaví dlouhodobé plány organizace a její úspěchy či neúspěchy se jich osobně týkají. Necelá čtvrtina (24%) uvedla, že nebude mít dlouhého trvání, zničí ji konkurence, protože je neprofesionální vedení (zvolili jako jediní nabízenou možnost odpovědi). Pouze 16% oslovených lékařů chápe organizaci jako moderní a perspektivní, kde jsou lidé na svém místě.

XI. Hodnocení vzdělávacího projektu

Graf č.20



Zdroj: vlastní

Ke vzdělávacímu projektu se vyjádřili všichni respondenti (208). Zavádějící jsou výsledky (přestože pozitivní) ze skupiny pomocného zdravotnického personálu, kteří se vzdělávacího projektu nezúčastnili, přesto jej hodnotili.

Ostatní zúčastnění hodnotili vzdělávání velmi pozitivně a poznatky využívají v praxi. Management byl spokojen s nastavením vzdělávacího projektu v 100%. Následuje 70% středního zdravotnického personálu a 69% pracovníků z úseku administrativy. Spokojeno se vzdělávacím projektem bylo i 64% oslovených lékařů a 54% pracovníků provozního úseku. Všichni využívají získané poznatky v praxi.

Více interaktivních seminářů by uvítali oslovení pracovníci z administrativy (31%) a provozu (24%). Interaktivní semináře, zaměřené na efektivitu práce a komunikaci, by uvítalo 16% oslovených pracovníků z provozního úseku, stejné procento dotázaných lékařů (16%) a 11% respondentů z řad středního zdravotnického personálu.

Nespokojeno se vzdělávacím projektem, protože je témata neoslovovala, bylo 12% oslovených lékařů, 5% respondentů z provozního úseku a 3% dotázaných středních zdravotnických pracovníků.

RESUME

Cílem disertační práce je identifikace současných psychosociálních aspektů zdravotnického povolání, v konfrontaci s teoretickými názory odborníků z oblasti pomáhajících profesí, poradenské psychologie, andragogiky a sociální práce v České republice a možnost jeho ovlivňování dalším vzděláváním.

Cíl jsem naplnila následujícími kroky:

Po zkoumání teoretických zdrojů jsem došla k názoru, že zdravotnická profese je pomáhající profesí a její psychosociální faktory, včetně motivačních, komparují s teoretickými názory odborníků z poradenské psychologie, andragogiky a sociální práce v reálné praxi. Opověděla jsem si současně i na první výzkumnou otázku:

„Jaké jsou, v rámci specifík zdravotnické profese, základní psychosociální aspekty zdravotnického povolání?“

Psychosociální aspekty zdravotnické profese se v reálné praxi projevují v rovině psychologické, která se týká samotných zdravotnických pracovníků z pohledu vlastní sebereflexe a identifikace v procesu pomáhání jako takového. Pokud si uvědomí svou lidskou identitu v procesu pomáhání a zachovají vlastní integritu v tomto procesu, umožní jim tato sebereflexe pohled na nemocného jako na člověka, ne jako na objekt své práce. Změna přístupu k nemocnému, jako osobnosti, která je v procesu pomáhání partnerem, ne objektem, vede ke zkvalitňování a individualizaci ošetrovatelské péče a ke komplexnímu přístupu.

Tento psychologický aspekt zdravotnické profese jsem měla záměr upevnit v rámci posilování osobnostních kompetencí ve svém vzdělávacím modulu:

„Etika ve zdravotnictví“ a „Sociální psychologie.“

V rovině sociální se projevují aspekty zdravotnické profese v týmové práci a komunikaci. Zde hraje významnou úlohu střední zdravotnický management (vrchní a staniční sestry), který je zodpovědný za fungování ošetrovatelského týmu a realizaci ošetrovatelského procesu u nemocných. To vyžaduje nejen osobnostní ale i sociální kompetence, zaměřené na oblast řízení a zvládání krizových situací. Současně musí být vzorem chování a správného přístupu k nemocnému a současně jej vyžadovat i od všech členů ošetrovatelského týmu.

V rámci vzdělávacího modulu: *„Lidské zdroje ve zdravotnické organizaci,“ „Komunikace a kooperace v pracovní skupině“ a „Vedení a řízení pracovníků ve zdravotnické organizaci,“* jsem měla záměr upevnit sociální kompetence v oblasti řízení a posilování týmové práce.

V souvislosti s identifikací vzdělávacích potřeb a analýzou kvalifikačního a celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků jsem došla k závěru (dlouhodobé pozorování, které bylo součástí výzkumu), že ne zcela splňují současné požadavky na individualizaci ošetrovatelské péče a ne vždy vedou k humánnímu přístupu k nemocnému. Současně jsem si odpověděla na druhou otázku:

„Jaká jsou současná specifika zdravotnické profese z hlediska kvalifikace a klíčových kompetencí?“

Kvalifikační rámec středního i vysokoškolského vzdělávání sice diferencuje zdravotnické a ošetrovatelské profese, přizpůsobil současným požadavkům v ošetrovatelství funkce (viz. kap.: „*Funkce zdravotní sestry*“) a definoval i sociální role jednotlivých členů zdravotnického a ošetrovatelského týmu (viz. kap.: „*Sociální role zdravotní sestry*“) ale stále přetrvává problém zdravotníků s jejich ztotožněním se. Tady vidím kompetenční mezery v klíčových kompetencích zdravotnických pracovníků, které nejsou dostatečně saturovány v rámci celoživotního vzdělávání.

Zdravotnická profese je specifická svou orientací na nemocného člověka a vyžaduje holistický přístup, s důrazem na multikulturní zvláštnosti nemocných a k individualizaci ošetrovatelské péče. To vede mnohdy k popírání vlastních názorů a emocí u zdravotnických pracovníků, které ne vždy zvládají, jak uvádí Jůn (2010, 141), Třešlová (2010,120). Dochází tak nejen k vnitřnímu konfliktu ale i ke konfliktním situacím s nemocnými, rodinnými příslušníky a následně i ke konfliktům v týmu, což vede k obecné nespokojenosti v zaměstnání (dokazují výsledky výzkumů o vztazích mezi sestrami, nemocnými a jednotlivými členy zdravotnického týmu, (viz.: VÉVODA, IVANOVÁ, NAKLÁDALOVÁ, MAREČKOVÁ: 2010). Konflikty mohou vést k negativnímu postoji k nemocnému, který je považován za primární příčinu problému tudíž, za „problémový objekt práce.“

Andragogické kurikulum se ve své struktuře, didaktických metodách a především v andragogickém přístupu vzdělávání snaží saturovat kompetenční mezery právě v osobnostních a sociálních kompetencích. Při tvorbě kurikula jsem vycházela z teoretických poznatků v oblasti andragogiky, firemního vzdělávání a z dlouholeté praxe ve zdravotnictví a zdravotnickém školství, která mi pomohla identifikovat současné vzdělávací potřeby zdravotnických pracovníků.

S hodnocením efektivity vzdělávacího projektu souvisí i třetí otázka:

„Je navrhovaný vzdělávací projekt, Andragogické kurikulum, efektivní formou vzdělávání, vedoucí k posílení psychosociálních aspektů zdravotnického povolání, které mají vliv na individualizaci ošetrovatelské péče a na komplexní přístup k nemocnému?“

Andragogické kurikulum jsem hodnotila prostřednictvím Kirckpatrickova čtyř-úrovňového modelu a metodou pozorování. Byly hodnoceny následující cíle kurikula:

- Andragogické kurikulum umožní frekventantům kurzu získat nové poznatky z humanitních věd a konfrontovat je s již získanými vědomostmi z formálního vzdělávání. Cílem je uvědomění si principů humánního chování a postoje k nemocnému, jako k člověku, který je v procesu pomáhání partnerem, ne jeho objektem.
- Andragogické kurikulum podpoří sebmotivaci, seberealizaci zdravotnických pracovníků a upevní interpersonální vztahy ve zdravotnickém týmu.
- Andragogické kurikulum posílí kompetence pracovníků středního zdravotnického managementu v oblasti řízení a rozvoje lidských zdrojů.

Výsledky hodnocení prokázaly, že ze tří stanovených cílů byly splněny pouze dva:

- Účastníci vzdělávacího projektu si osvojili nové poznatky sebereflexe, dovednosti v oblasti komunikace a týmové spolupráce, které využívají ve své praxi.
- Účastníci vzdělávání posílili své kompetence v oblasti organizace a řízení lidských zdrojů a uplatňují je v praxi.

Oba cíle byly zhodnoceny prostřednictvím třetí a čtvrté úrovně Kirckpatrickova hodnotícího modelu a odpovídají kladně na čtvrtou výzkumnou otázku:

„Jsou schopni absolventi vzdělávacího projektu implementovat a dlouhodobě udržet získané znalosti a dovednosti v reálné praxi?“

Třetí cíl vzdělávání, který jsem si stanovila pro potřeby disertační práce, naplněn nebyl.

Cílem bylo:

- Uvědomění si principů humánního chování a postoje k nemocnému, jako k člověku, který je v procesu pomáhání partnerem, ne jeho objektem.

Nenaplnění cíle je samotný andragogický aspekt vzdělávání, který vychází a „staví“ na znalostech, životních zkušenostech, potažmo i postojích dospělého člověka.

Zdravotničtí pracovníci jsou schopni se zdokonalovat ve vztahu k „práci,“ bohužel ne ve vztahu k „člověku.“ Tady už je vzdělávání na hraně s výchovou. Vzhledem k tomu, že jejich profese vyžaduje určitou emocionální neutralitu (STAŇKOVÁ, M.: 2002, 35, ROZSYPALOVÁ, M. HALADOVÁ, E.: 1981, 40), jsou určitým způsobem odolní i výchovně-vzdělávacím intervencím.

Přesto hodnotím Andragogické kurikulum jako úspěšné. Jeho design, struktura a didaktika splnily požadavky krátkodobé tříměsíční vzdělávací intervence a především potvrdily udržitelnost výsledků vzdělávání, jak potvrdila třetí a čtvrtá úroveň Kirckaptrikova vzdělávacího modelu.

ZÁVĚR

Současná teorie a praxe ošetrovatelské péče je výsledkem spolupůsobení řady determinujících faktorů, mezi které patří historický vývoj ošetrovatelství, jako sociální instituce a historické změny významu ošetrovatelské péče, které jsou spojeny se sociálními proměnami společnosti. S tím souvisí i proces celoživotního vzdělávání zdravotních sester, který zaznamenal v souvislosti s vývojem zdravotnické profese a požadavky ze strany společnosti mnoho významných změn.

V současné době je stále více vyvíjen tlak na efektivní zdravotní a individuální ošetrovatelskou péči, což znamená, uspokojovat nejen zdravotní ale i bio-psycho-sociální, spirituální a kulturní potřeby nemocného s minimálními finančními náklady na personální obsazení zdravotnických týmů. To představuje velké nároky na střední zdravotnický management, který byl nucen změnit styl řízení, vést daleko efektivnější způsob komunikace s jednotlivými členy týmu a podporovat zdravé interpersonální vztahy, které vedou k efektivní ošetrovatelské péči, k její individualizaci a komplexnímu přístupu k nemocnému.

Ne každá zdravotnická organizace podporuje celoživotní vzdělávání svých zdravotnických pracovníků, zejména vzdělávací aktivity, které podporují posilování právě zmíněných kompetencí středního managementu.

Karvinská hornická nemocnice, a.s. dokázala, že vzdělávání pracovníků (a tím nemyslím jen *Andragogické kurikulum*) a cílená podniková sociální politika, vede především ke konkurenceschopnosti na trhu zdravotnických služeb. Koneckonců to dokazuje i fakt, že v roce 2005 splnila nemocnice všechny podmínky pro kvalitní a bezpečnou léčebnou péči a byl jí *Spojenou akreditační komisí ČR* udělen certifikát kvality.

V následujícím roce 2006 získala druhé místo v kraji a sedmé místo v České republice v anketě „Nemocnice České republiky 2006 očima pacientů.“ Průzkum realizovala HCI - společnost *Health Care Institute*, zabývající se průzkumy ve zdravotnictví.

V roce 2008 se posunula na první místo v kraji a třetí místo v České republice. Ve stejném roce proběhlo hodnocení zdravotnických zařízení, kde KHN získala druhé místo v rámci celé ČR (hodnocení proběhlo z pohledu spokojenosti zaměstnanců, hodnocení finančního zdraví a z pohledu spokojenosti pacientů).

Současně nemocnice obhájila certifikát kvality „Akreditované zdravotnické zařízení“. V roce 2010 získala Karvinská hornická nemocnice a.s., jako první v

Moravskoslezském kraji, prestižní ocenění ČEKIA Stability Award a zařadila se tak mezi 100 nejstabilnějších firem v ČR.

Přínosem mé disertační práce je především konfrontace vědeckých názorů a teorií se současnou realitou sociálně-psychologických aspektů zdravotnické profese a posunutí teoretické diskuse o potřebách vzdělávání zdravotnických pracovníků do reálné praxe.

S tím souvisí prezentace a vyhodnocení efektivity Andragogického kurikula pro střední zdravotnický management, které je charakterizováno novým obsahem vzdělávání, flexibilními pedagogickými metodami a aktivními přístupy lektorů i účastníků.

Vzdělávacím cílem projektu je zdokonalování a posilování osobnostních a sociálních kompetencí středního zdravotnického managementu, zejména v procesu komunikace a vztahu k nemocným, vedoucí k individualizaci ošetrovatelské péče a komplexnímu přístupu k nemocnému. S tím úzce souvisí i efektivní komunikace s jednotlivými členy ošetrovatelského týmu a posilování týmové práce.

Důvodem je skutečnost, že současný charakter práce středního zdravotnického personálu je zaměřen na individuální péči nemocných, která vyžaduje samostatné plánování ošetrovatelské péče (ošetrovatelský proces) a na zodpovědnosti za její realizaci a rozhodnutí, která jsou klíčová v procesu zkvalitňování komplexní ošetrovatelské péče.

ZDROJE

LITERATURA

1. ALEXANDER, M., F.; RUNCIMAN, P.,J.,: Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. NCONZO, Brno, 2003, ISBN 80-7013-392-9 (brož.), str. 6.
2. ARCHALOUSOVÁ, A.,: Přehled vybraných ošetřovatelských modelů, 1. vyd., Hradec Králové, NUCLEUS, 2003, 99 s., ISBN 80-86225-33-X, s. 6.
3. BARRETT, K.,: VII. Stručný přehled historie v ošetřovatelství. In Lemon 1. Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. s. 22-30.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V.: Výzkum a ošetřovatelství , vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2005 . 146 s. ISBN 80-7013-416-X, s. 7.
5. BASZAK, K.: Kształcenie zawodowe pielegniarek instrumentariuszek, 2007, W.Horynia a J.Maciejewski : Andragogika w ujeciu interdyscyplinarnym, Acta Universitatis Wratislaviensis No 2987, Instytut Wroclawski, 205s., s.59 – 65.
6. BAŠTECKÁ, B.,: Supervize. Zpravodaj Diakonie č. 1, 1999, s. 6.
7. BLATTNER, B.: Holistic nursing . Englewood Cliffs : Prentice-Hall , c1981 . x,p. 502, ISBN 0-13-392563-3, p. 223.
8. BENEŠ, M.,: Andragogika, Grada, Praha, 2008, 136s. ISBN 978-80-247-2580-2, s. 17-18.
9. BENEŠ, M.,: Andragogika. Grada, Praha, 2008, 136s., ISBN 978-80-247-2580-2, s. 103.
10. BRAMMER, L., M.,: The helping relationship N. J., Prentice-Hall, 1973, 170 p., ISBN:0133865088, p. 128.
11. CARKHUFF, R., R., - BERENSON, B. G.: Teaching as treatment: An Introduction to Counseling & Psychotherapy, Human Resource Development Press,1976, 286 p.,ISBN: 0914234846, p. 92-98.
12. CARKHUFF, R., R.,: The Art of Helping, Washington, Human Resource Development Press, 1977,196 p., ISBN: 091423403X, p. 59.

13. CARKHUFF, R., R.: The development of human resources, California, Holt, Rinehart & Win-ston, 1971, 422 p., ISBN: 0030846986, p. 114-125.
14. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetřovatelství, Základní terminologie, 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 50 s., ISBN 80-7013-263-9, s. 5.
15. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ : praktická příručka pro sestry. 1, Koncepce českého ošetřovatelství.. -- Vyd. 2., Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. -- 49 s. ISBN: 80-7013-420-8 .
16. DORNER, K., PLOG, U.: Bláznit je lidské, Grada, Praha 1999, 353 s., ISBN: 80-7169-628-5, s. 28.
17. EGAN, G.,: The skilled helper. A systematic approach to effective helping, 4th Printing, Belmont, CA, US,Thomson Brooks/Cole Publishing Co. 1991,445 p., ISBN 0534121381,p.85-92.
18. FAWCETT,J., Analysis and evulation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories Philadelphia, 2000, 25p. ISBN 0-8036-0592-7, p.15.
19. FRANKL, V., E.,: Člověk hledá smysl – úvod do logoterapie, Psychosomatické nakladatelství, Praha,1994, 88 str., ISBN: 80-901601-4-X, str. 13-17.
20. FRANKL, V.,E.,:The unheard cry for meaning: Psychotherapy and Humanism, California, Touchstone 1979, 196p., ISBN: 0671247360, p. 35-40 .
21. FRANKL, V., E.,: Vůle ke smyslu., Brno, Cesta, 1994, 212 str., ISBN: 80-7295-084-3, str. 28.
22. GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese : tvořivé zacházení s odvrácenou stranou . Vyd. 1. . Praha : Triton , 2011 . 198 s. . (Psyché, sv. 69) . ISBN 978-80-7387-394-3, s. 69, s.159.
23. GROHAR-MURRAY, Mary Ellen, DICROCE, Helen R.. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče . 1. vyd . Praha : Grada , 2003 . 317 s. . ISBN 80-247-0267-3, s. 123
24. Guggenbühl-Craig, Adolf. Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Překladatel Petr Patočka. 1.vyd. Praha, Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
25. HACKNEY, H. L., NYE, S.: Counseling Strategies and Objectives, Prentice Hall, Inc. 1973, 161p., ISBN: 0131832778, p. 149.

26. HARTL, P.,: Andragogické poradenství. Skriptum distančního kurzu Andragogika a personální řízení, 2001, s. 21.
27. HARTL, P.,: Andragogické poradenství. Skriptum distančního kurzu Andragogika a personální řízení, 2001, s. 24.
28. HARTL, P.,: Andragogické poradenství. Skriptum distančního kurzu Andragogika a personální řízení, 2001, s. 26.
29. HAVRDOVÁ, Z.,: Kompetence v praxi sociální práce, Osmium, Praha 1999, 167s., ISBN: 80- 902081-8-5, s. 29-31.
30. HENDERSON, V.,: Basic Principles of Nursing Care, 1. vyd., New York, S. Karger 1969., p. 112.
31. HOPSON, B.,: Counselling and helping. In: Herbert, M.: Psychology for Social Workers, 2nd edition, The British Psychological Society and Macmillan, U. K.1993, 320 p., ISBN:0333419251, p. 113-114.
32. HRONÍK,F.,:Rozvoj a vzdělávání pracovníků, Grada,Praha 2007, s. 232, ISBN 978-80-247-1457-8, s. 143.
33. CHODKOWSKA, M.,: in Pojecie, treść struktury roli społecznej, Annales Universitaris Mariae Curie Sklodowska, vol. III/IV, 17, Lublin 1978/79, s. 318.
34. ILLICH, I.: Tools of Conviviality., New Jersey, Perrenial, Harper & Row , 1989, 135p., ISBN0060803088, p. 32-33 .
35. IVANOVA, K., ŠPIRUDOVÁ,L., KUTNOHORSKÁ, J.: Multikulturní ošetřovatelství I GRADA, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1, str. 114
36. IVANOVÁ, K., OLECKÁ, I.: Případová studie – staronová metoda ošetřovatelského výzkumu, v Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech, 2010, 140 s., Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, ISBN 978-80-7368-694-9, s. 70 – 75.
37. IVEY, J., R., ALLEN, E.: Microcounseling: Innovations in Interviewing Training, 4th Printing, Springfield, Illinois, Charles C Thomas 1975, 206 p., ISBN: 0398023239, p. 44-48.
38. JAROŠOVÁ, D.,: Vybrané kapitoly z teorie ošetřovatelství, 1. vyd. Ostrava: ZSF OU, 1999, 122 s. ,ISBN 80-7042-318-8, s.19.

39. JAROŠOVÁ, D.,: Vybrané ošetrovateľské modely a teórie, 1. vyd. , Ostrava: ZSF OU, 2002, 75 s., ISBN 80-7042-339-0, s.7-8.
40. JAROŠOVÁ, D.,: Vybrané ošetrovateľské modely a teórie, 1. vyd. , Ostrava: ZSF OU, 2002, 75 s.,ISBN 80-7042-339-0, s. 6-7.
41. JAROŠOVÁ, D.,: Vybrané kapitoly z teórie ošetrovateľství, 1. vyd. Ostrava: ZSF OU, 1999, 122 s.,ISBN 80-7042-318-8, s. 19.
42. JAROŠOVÁ, D.,: Vybrané kapitoly z teórie ošetrovateľství, 1. vyd. Ostrava: ZSF OU, 1999, 122 s.,ISBN 80-7042-318-8, s. 20-23.
43. JAROŠOVÁ, D., Základy managementu v ošetrovateľství, studijní text, Ostrava 2006, Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 34s., s.10 – 17.
44. JAROŠOVÁ, Darja. Filozofie a modely v ošetrovateľství . Ostrava : [s.n.] , 2006 . 24 s. s.10-11.
45. JOBÁNKOVÁ, M., a kol.: Vybrané problémy psychológie zdravotníckej činnosti, IDV ZP Brno, 1992, s. 17.
46. JOBÁNKOVÁ, M.,: Etické normy v ošetrovateľskom povolání, časopis Sestra, 2, 1992, č. 1 –2/1992, str. 17 – 18.
47. JŮN ,H.: Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví, vyd. 1. Praha , Portál, 2010. -- 141 s. ISBN: 978-80-7367-590-5, s .32.
48. KAFKOVÁ,V.,: Z historie ošetrovateľství,1. vyd., Brno: IDV PZ, 1992, 185 s., ISBN 80-7013-123-3,s. 180.
49. KAFKOVÁ, V.: Z historie ošetrovateľství. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
50. KAGAN, N.: Can technology Help Us Toward Reliability in Influencing Human Interaction? In VRIEND, J., DYER, W., W.: Counseling Effectively in Groups, 2nd Printing, Educational Technology, 1976, 374p., ISBN: 0877780625, p. 234.
51. KAGAN, N.:Can technology Help Us Toward Reliability in Influencing Human Interaction? In VRIEND, J., DYER, W., W.: Counseling Effectively in Groups, 2nd Printing, Educational Technology,1976,374p.,ISBN:0877780625, p.235-237.
52. KALINA,K. a kol. Základy klinické adiktologie, GRADA, 2008, 388s. ISBN978-80-247-1411-0, s. 115.

53. KAPITOLY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. aktualiz. a dopl. vyd. (V této podobě 1.) . Praha, Grada , 2006 . 2 sv. (248, 171 s.) . (Sestra) . ISBN 80-247-1442-6, s.79-81, s. 125.
54. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči . Vyd. 1. . Praha : Grada , 2007 . 350 s., (Sestra) . ISBN 978-80-247-1830-9, s.
55. KELNAROVÁ, J. a kol. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník. Grada 2009, 236s. s.16, ISBN 978-80-247-28-30-8, s. 16
56. KIRKPATRICK, D. L.,: Techniques for Evaluating Programs: Parts: 1, 2, 3,4 - Evaluating Training Programs. 1997: ASTD
57. KNOWLESS, M. S., HOLTON, E. F., SWANSON, R. A.: The Adults Leader, The Definitive Classic in Adult Education and Human Ressource Development, Elsevier INC of 30 Corporate Drive, suite 400, Burlington Ma 01803 USA, 1973, v překladu: Edukacja Doroslych, podrecznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe,PWN SA, Warszawa, 2009, ISBN 978-83-01-15659-6, s.322,s. 65 - 66.
58. KOLEKTIV AUTORŮ, Výkladový ošetřovatelský slovník, Grada, 2007, 568 s., ISBN 978-80-247-2240-5, s. 413.
59. KOPŘIVA, K.: 1945-. Lidský vztah jako součást profese : [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]. Karel Kopřiva ; S předmluvou Jiřiny Šiklové. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6, s. 52-54.
60. KRON, T. :The Management of Patient Care. 5.ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1981. 10,238 s.
61. KŘIVOHLAVÝ, J.: Sestra a stres, příručka pro duševní pohodu, GRADA 2009, 128s., ISBN 978-80-247-3149-0, str.87
62. KOZIEROVÁ, B.: ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.,: Ošetrovatel'stvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax. 1, 1. slov. vyd. , Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0, s. 3.
63. KRON, T.: The Management of Patient Care. 5.ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1981. 10,238 s. s. 10
64. KUBICOVÁ, L, MUSILOVÁ, M.: Koncepčné modely a teórie ošetrovatel'stva. Ošetrovatel'stvo: teória. 3. dopl. vyd. Martin : Osveta, 2009. 248 s., ISBN 978-80-8063-322-6, s. 58.

65. KUBICOVÁ, L, MUSILOVÁ, M.: Koncepční modely a teorie ošetrovatelstva. Ošetrovatelstvo: teória. 3. dopl. vyd. Martin : Osveta, 2009. 248 s., ISBN 978-80-8063-322-6, s.138 – 145.
66. KUTNOHORSKÁ, J.: Historie ošetrovatelství, Grada,2010, 206s. ISBN 978-80-247-3224-4, s. 9 – 12.
67. KUTNOHORSKÁ, J.: Historie ošetrovatelství, Grada,2010, 206s. ISBN 978-80-247-3224-4, s. 13, s. 37.
68. LA MONICA, E. L.: The humanistic nursing process . Monterey : Wadsworth Health Sciences Division , 1985 . XVI, 410 s. . ISBN 0-534-04428-X, s.115 -120.
69. LA MONICA, E. L.: The humanistic nursing process . Monterey : Wadsworth Health Sciences Division , 1985 . XVI, 410 s. . ISBN 0-534-04428-X, p.270.
70. LAZARUS,A.A.: 101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě, Praha, Portál, 2004, 176s. ISBN 80-7178-834-1, s.36
71. LOUGHARY, J. W. - RIPLEY, T. M.: Helping Others Help Themselves: a Guide to Counseling Skills,1st edition , New York : McGraw-Hill, 1979, 218p., ISBN: 0070387567, p. 23-44.
72. MAREČKOVÁ, J., VEJVALKA, J., IVANOVÁ, K.: Srovnání metod objektivního hodnocení sebestačnosti a soběstačnosti s využitím terminologie ICNP : mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe . Praha : Iga MZ ČR , 2006 . Přeruš. str. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR) .
73. MARRINER, A.: The Nursing Process, 1. vydání, London, 1983. p. 35.
74. MASTILIAKOVÁ, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví, In MASTILIAKOVÁ, D., 2003, Úvod do ošetrovatelství, I. díl, Systémový přístup, 1.vyd., UK Praha: Karolinum, 2002, 187 s., ISBN 80- 246-0429-9, s. 69-70.
75. MASTILIAKOVÁ, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví, In MASTILIAKOVÁ, D., 2003, Úvod do ošetrovatelství, I. díl, Systémový přístup, 1.vyd., UK Praha: Karolinum, 2002, 187 s., ISBN 80- 246-0429-9, s.71-72, s. 69
76. MASTILIAKOVÁ, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví, In MASTILIAKOVÁ, D., 2003, Úvod do ošetrovatelství, I. díl, Systémový přístup, 1.vyd., UK Praha: Karolinum, 2002,187 s., ISBN 80- 246-0429-9, s. 72.

77. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup . 1. vyd .
Praha : Karolinum , 2002 . 187 s. . (Učební texty Univerzity Karlovy v Praze) .
ISBN 80-246-0429-9, s.35, s. 55.
78. MASTILIAKOVÁ, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví /Vyd. 2., nezměn. V Brně
: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně,
2007
79. MELLANOVÁ, A.: Standardní zdravotní péče se zaměřením na ošetrovatelství .
Praha : Iga MZ ČR , 1996 . 119 s. . (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní
grantové agentury MZ ČR) .
80. MELLANOVÁ, A.,: Dobrá vůle nestačí, časopis Sestra,1, 1991, č. 5 – 6/91, str. 7.
81. NEŠPOR, K. a CSÉMY, L.,: Návyková rizika a stress u zdravotnických profesí –
možnosti prevence a časné intervence, Sportprag pro MZ ČR, Praha 2001, 36 s.
82. NEUWIRTH, J.,: Funkční diagnostika v geriatрии, 1. vydání, Praha, Avicenum, 1992,
str.59
83. NOWACKI, T.,: Podstawy dydaktyki zawodowej, PWN, Warszawa 1977, s. 28.
84. OLECHNICKI K., P.ZALECKI.: Słownik sojologiczny, Toruń 1997, s. 179.
PALÁN, Z. : Základy andragogiky. Vysoká škola J.A. Komenského, 2002, 207 s.
bez ISBN, s. 106 – 111
85. PACOVSKÝ, V.: O moderním ošetrovatelství . Praha : Avicenum , 1975 , 71 s.,
s.13 - 23.
86. PALENČÁR, M.,: Ošetrovatelstvo ako veda, In ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2003,
Ošetrovatelstvo: Teória a vedecký výskum, Martin: Osveta, 2003, 319 s.,
ISBN 80-8063-131-X, s. 55-63.
87. PALENČÁR, M.,: Ošetrovatelstvo ako veda, In ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2003,
Ošetrovatelstvo: Teória a vedecký výskum, Martin: Osveta, 2003, 319 s. ISBN
80-8063-131-X , s. 67.
88. PALENČÁR, M.,: Ošetrovatelstvo ako veda, In ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2003,
Ošetrovatelstvo: Teória a vedecký výskum, Martin: Osveta, 2003, 319 s., ISBN
80-8063-131-X, s. 11.
89. PALENČÁR, M. : Metaparadigma. Ošetrovatel'ský slovník. 1. vyd. Martin :
Osveta, 2009. 220 s., ISBN 978-808063-315-8, s. 92

90. PLAMÍNEK, J.,: Vzdělávání dospělých, Grada, Praha 2010, s. 36, ISBN: 978-80-247-3235-0,s.320.
91. PLEVOVÁ, I. A KOL.: Ošetřovatelství I, 2011, Grada,288s. ISBN 978-80-247-3557-3, s. 45, s. 78-79.
92. POCHYLÁ, K.: Koncepce českého ošetřovatelství , základní terminologie. Vyd. 2. Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8, s. 23.
93. POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffin. Fundamentals of nursing : concepts, process and practice . 3rd ed . St. Louis : Mosby Year Book , c1993 . XXXII, 1769 s. . ISBN 0-8016-6667-8, p. 224.
94. ROGERS, C. R.: Client-Centered Therapy, its current practice, implications, and theory, Boston,Houghton Mifflin Company,1965,560p.ISBN: 0395053226, p.136.
95. ROUŠAROVÁ, J.: Pokyny k ošetřovatelské technice : pro posluchačky ošetřovatelských a sociálních škol . Vyd. 2.v Praze : Spolek českých lékařů , 1947 . 122 s. (Učebnice pro ošetřovatelské školy a ústavy pro vzdělání ošetřovatelek v pomoc oborech, sv. 4) , s. 54.
96. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol.: Organizační systémy práce ošetřovatelského týmu, učebnice Ošetřovatelství I/1, Informatorium Praha 1996, s. 43 – 47.
97. ROZSYPALOVÁ, M, HALADOVÁ, E. O sestřích pro sestry, příručka pro střední zdravotnické pracovníky, 1.vyd. Praha, 126 s. Avicenum, 1981, s. 25-38.
98. ROZSYPALOVÁ, M, HALADOVÁ, E. O sestřích pro sestry, příručka pro střední zdravotnické pracovníky, 1.vyd. Praha, 126 s. Avicenum, 1981, s. 79 – 83.
99. RŽEWSKA, J.,: Spoleczne problemy zawodu pielegniarki, Zdroje Publiczne nr 4, 1972, s. 15.
100. SCALLY, M. - HOPSON, B.,: A model of helping and counselling: Indications for training, Leeds University 1979, p. 39.
101. SCHMIDBAUER, W.,: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Praha, Portál 2000,176 str., ISBN 80-7178-312-9, str. 85-97.
102. SCHMIDBAUER, W.,: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Praha, Portál 2000,176 str., ISBN 80-7178-312-9, str. 103.

103. SCHMIDBAUER, W.,: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Praha, Portál 2000., 176 str., ISBN 80-7178-312-9, str. 75.
104. STAŇKOVÁ, M.,: České ošetřovatelství 11. Sestra – reprezentant profese, 1. vyd., Brno: IDV PZ, 2002, 78 s., ISBN 80-7013-368-6, s. 49- 65.
105. STAŇKOVÁ, M.,: Galerie historických osobností, 1. vyd. ,Brno: IDV PZ, 2001, 86 s., ISBN 80-70-13-329-5, s. 9.
106. STAŇKOVÁ, M.,: Historie ošetřovatelství, časopis SESTRA, 1, 1991, č. 5-6/91, str. 36.
107. STAŇKOVÁ, M.,: České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry. 11, Sestra – reprezentant profese. IDVZP, Brno, 2002, ISBN 80-7013-368-6, str. 11 -12.
108. STAŇKOVÁ, M.,: České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry. 11, Sestra - reprezentant profese. IDVZP, Brno, 2002, ISBN: 80-7013-368-6, str. 15- 21.
109. STAŇKOVÁ, M.: Jak provádět ošetřovatelský proces . Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 1999 . 66 s. . (České ošetřovatelství, 4) . ISBN 80-7013-283-3, s.66.
110. STAŇKOVÁ, M.: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe . Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 1999 . 49 s. . (České ošetřovatelství, 3) . ISBN 80-7013-282-5, 47.
111. STAŇKOVÁ, M.: Sestra - reprezentant profese . 1. vyd . Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 2002 . 78 s.(České ošetřovatelství, 11) . ISBN 80-7013-368-6, s. 22
112. STAŇKOVÁ, M.,: IX. Z historie českého ošetřovatelství. In Lemon 1. Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. S. 32-38.
113. SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O.: Teorie a praxe ošetřovatelského procesu , vyd. 2. Brno : Tribun EU, 2011. -- 280 s. ISBN: 978-80-263-0001-4 , s. 58.
114. STAŇKOVÁ, M.,: Ošetřovatelství I., 1. vydání, Praha Avicenum 1988. str. 5.
115. SZCZEPAŃSKI, J.,: Socjologiczne zagadnienia wyższego wykształcenia, PWN, Warszawa 1963, s.
116. SZCZEPAŃSKI, J.,: Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową, (w:) A.Sarapata (red.), Sociologia zawodów, Warszawa 1965, s. 18.

117. SZCZEPAŃSKI, J.,: Elementárne pojcie socjologii, Kyd. PWN, Warszawa 1970., s. 25.
118. STOCK. Ch., Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout, Grada 2010,103s. ISBN 978-80-247-3553-5, s. 31-40.
119. SZTUMSKI, J.,: Socjologia pracy w zaryje, Warszawa 1981, s. 58.ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL : Základy ošetrovatelství . 1. vyd. Praha Karolinum, 2006. -- 353 s. ISBN: 80-246-1091-4, s. 33 - 35.
120. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL : Základy ošetrovatelství . 1. vyd. Praha Karolinum, 2006. 353 s. ISBN: 80-246-1091-4, s. 59 - 65.
121. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu . 1. vyd. . Praha : Grada , 2011 . 134 s. (Sestra) . ISBN 978-80-247-3223-7, s. 111.
122. ŠIMEK, D.,: Kurikulum andragogiky stále skryté. In Kurikulum andragogiky, Šimek, D., Olomouc 2007, s. 9.
123. ŠIMEK, D.,:Plíživá změna. Andragogika. 4/2007, Academia Economia s.r.o., s. 9.
124. ŠPIRUDOVÁ,L.,A KOL. : Multikulturní ošetrovatelství II, GRADA, 2006, 252 s.ISBN 80-247-1213-X s.168.
125. ŠPATENKOVÁ A KOL. : Krizová intervence pro praxi, 2.aktualizované a doplněné vydání, Grada, 2011, 200s. ISBN 978-80-247-2624-3, s.33
126. ŠRAJTOVÁ, A.,: Ošetrovatelské modely a teorie, překlad z holandských materiálů, IDVP ZP Brno 1992.
127. TOŠNER, J.,: Řízení lidských zdrojů: sborník vybraných materiálů specializačního kurzu Řízení neziskových organizací, Praha 1999, 125s., ISBN: 80-902633-4-8, s. 121.
128. TOŠNEROVÁ, T.,: Burn – Out syndrom, skriptum, Praha 2002, 16s.
129. TÓTHOVÁ, V.: Současný stav realizace ošetrovatelského procesu v českých lůžkových zařízeních. Praha , MZ ČR , 2007, 252 s. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR).

130. TREŠLOVÁ, M., STASKOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S.: Sestra ve střetu hierarchie, profesí a osobností, v Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech, Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2010, 141 s. ISBN 978-80-7368-694-9, s.113 – 121.
131. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: Komunikace pro zdravotní sestry, 2003, 144s., GRADA, ISBN 80-247-1262-8, str.76-81.
132. VENGLÁŘOVÁ, M. a KOL.: Sestry v nouzi, Syndrom vyhoření, mobbing, bossing, GRADA, 2011, 192 s. ISBN | 978-80-247-3174-2, 180-192.
133. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M.: Psychiatrická ošetřovatelská péče, 2006 Grada Publishing a.s., 352 s., ISBN 80-247-1151-6, S. 52-58
134. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M.: Kompetence ve vzdělávání, Grada, Praha 2008, s. 160, ISBN 978-80-247-1770-8, s. 27-32.
135. VUČKOVÁ, J.: Ošetřovatelství I., 1. vydání, Praha Avicenum 1995, str. 11.
136. VYMĚTAL, J., Speciální psychoterapie – 2. přepracované a doplněné vydání, Grada, 2007, 400s. ISBN 978-80-247-1315-1.
137. WÁGNEROVÁ, I. A KOL., Psychologie práce a organizace, nové poznatky, Grada, 2011, 160s. ISBN 978-80-247-3701-0, s.142.
138. WILTSCHKOVÁ, M.: Úloha sestry ve společnosti a ve zdravotnictví z hlediska historických faktů, časopis Československé ošetřovatelství, 13, 1982, č.2, s. 30.
139. ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, D. : Ošetřovatelství : Konceptuální modely a teorie . Vyd. 1 . Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta , 2005 . 232 s. ISBN 80-7368-068-8, s. 187.

Elektronické zdroje:

140. NCONZO, www.nconzo.cz, ze dne 22. 2. 2006.
141. www.mvcr.cz, ze dne 10. 4. 2006.
142. www.mvcr.cz, ze dne 10. 4. 2006.
143. www.florence.cz, ze dne 15. 1. 2006.
144. www.florence.cz, ze dne 17. 2. 2006.

145. Zdravotnické noviny, www.zdn.cz, ze dne 17. 2. 2006.
146. Svět psychologie, SULLIVAN, H., S. interpersonální teorie psychiatrie. viz. www.psychoweb.cz/psychologie/harry-s--sullivan--interpersonalni-teorie-psychiatrie/ ze dne 30. 7. 2010.
147. TOŠNEROVÁ: Příručka pro pečovatele, viz. [www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd\[814\]=c-1přiručka%20pečovatele/](http://www.pecujici.cz/priruckykestazeni.shtml?cmd[814]=c-1přiručka%20pečovatele/) ze dne 2. 2. 2010.
148. www.mzcr.cz./data/c1321/lib/KONCEPCE.rtf/ ze dne 9. 1. 2010
149. www.businessballs.com/bloomstaxonomyoflearningdomains.htm/ ze dne 12. 3. 2011.
150. www.businessballs.com/kirkpatricklearningevaluationmodel.htm/ ze dne 12. 3. 2011.
151. www.businessballs.com/trainingprogramevaluation.htm# ze dne 10. 3. 2011.
152. www.businessballs.com/trainingprogramevaluation.htm/ ze dne 12. 3. 2011.
153. www.unc.edu/courses/ ze dne 10. 6. 2011.
154. Palikota, www.dudnes.cz/?p=409, ze dne 13. 7. 2011.
155. Felagund, www.nekorektne.com/2010/03/ ze dne 13. 7. 2011.
156. Szczygieł, www.dobraadresa.cz/ ze dne 13. 7. 2011.
157. The Wall Street Journal Europe, <http://groups.google.com/> ze dne 13. 7. 2011

Časopisy

158. Sestra 2/2006, str. 18.
159. Florence, 2/2006, str. 55.
160. STAŇKOVÁ, M.,: Má ošetrovatelství svou koncepci?, Sestra, 3, 1993, č. 3 4/93, s. 21.
161. MAREŠCHOVÁ, I.: Schůzky Skupiny kvality ošetrovatelské péče – pocity, dojmy, Sestra, 4, 1994, č. 6/94, s. 15.

162. STAŇKOVÁ, M. 2003. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče, In Sestra, 2003, roč. XIII, č. 6, 18 s. , ISSN 1210-0404, s. 3 (odkaz na mimořádnou přílohu časopisu).
163. VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., MAREČKOVÁ, J., Pracovní spokojenost všeobecných sester, Profese on-line, ročník III/3 • říjen 2010, recenzovaný časopis pro zdravotnické obory, 220s., ISSN 1803-4330 s. 207 – 219. Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci.
164. WALTER, I.,: Naše zkušenosti s ošetrovatelským procesem, Sestra, 5, 1 4995, č. 3/1995, str. 37.

Zahraniční časopisy

165. COWEN, E. L.: Help is where you find it: Four informal helping groups. American Psychologist, ed. ANDERSON, N., B., 1982, 584p., ISSN: 0003-066X, p. 385-395
166. ROGERS, C. R.: The Necessary and Sufficient Conditions at the Half Century Mark – The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, Psychotherapy, Chicago, 2007, 240p. ISSN: 0033-3204, p. 44.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Počty respondentů podle jednotlivých pracovních úseků.
- Graf č. 2 Věkové kategorie respondentů.
- Graf č. 3 Věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích.
- Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků.
- Graf č. 5 Začátek pracovního poměru v KHN před a po roce 1990.
- Graf č. 6 Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení.
- Graf č. 7 Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení na jednotlivých úsecích.
- Graf č. 8 Hodnocení komunikace s nadřízeným.
- Graf č. 9 Hodnocení přímého nadřízeného.
- Graf č. 10 Management.
- Graf č. 11 Administrativní personál.
- Graf č. 12 Provozní personál.
- Graf č. 13 Lékaři.
- Graf č. 14 Střední zdravotnický personál.
- Graf č. 15 Pomocný zdravotnický personál.
- Graf č. 16 Hodnocení řešení konfliktů.
- Graf č. 17 Řešení konfliktů na jednotlivých pracovištích.
- Graf č. 18 Hodnocení informovanosti pracovníků.
- Graf č. 19 Hodnocení organizace a jejího vedení.
- Graf č. 20 Hodnocení vzdělávacího projektu.

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 Struktura vzdělávacích modulů
- Tab. č. 2 Počty respondentů podle jednotlivých pracovních úseků
- Tab. č. 3 Věkové kategorie respondentů
- Tab. č. 4 Věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích:
- Tab. č. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků:
- Tab. č. 6 Začátek pracovního poměru v KHN před a po roce 1990
- Tab. č. 7 Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení
- Tab. č. 8 Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení
- Tab. č. 9 Hodnocení komunikace s nadřízeným:
- Tab. č. 10 Hodnocení přímého nadřízeného
- Tab. č. 11 Hodnocení řešení konfliktů
- Tab. č. 12 Hodnocení informovanosti pracovníků
- Tab. č. 13 Hodnocení organizace a jejího vedení
- Tab. č. 14 Hodnocení vzdělávacího projektu

SEZNAM SCHÉMAT

- Schéma č. 1 Proces pomáhání.
- Schéma č. 2 Schopnosti a kompetence.
- Schéma č. 3 Hierarchický modul struktury kompetence.
- Schéma č. 4 Zobrazení vztahu mezi andragogickým přístupem a CBA ve
vzdělávání dospělých.
- Schéma č. 5 Design vzdělávací aktivity.
- Schéma č. 6 Hodnocení vzdělávací akce.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Hodnocení vzdělávacích modulů
- Příloha č. 2 Hodnocení získaných poznatků v praxi
- Příloha č. 3 Analýza efektivity andragogického kurikula
- Příloha č. 4 Tabulky

Příloha č. 1

Hodnocení vzdělávacích modulů

Vážení respondenti !

Aby bylo možné určit účinnost andragogického kurikula v rámci vašich profesních potřeb, potřebujeme vaše vyjádření. Prosím, sdělte nám vaše reakce, případně doplňte komentář.

Zakroužkujte prosím vhodnou odpověď u každého sdělení.

Děkujeme za spolupráci

Tutor: _____

Modul: _____

1. Jak důležitý je vzdělávací modul vzhledem k vašim profesním potřebám?
 - a) vůbec ne,
 - b) částečně,
 - c) velmi důležitý.

2. Jaká byla podle vás vyváženost přednášek a interaktivních seminářů (diskusi) ?
 - a) přednášky převažovali nad diskusí
 - b) byly vyvážené
 - c) diskuse převažovali nad přednáškou

3. Jak hodnotíte tutora? (Zvolte pouze jednu z možností odpovědi)
 - 3.1 Byl objektivní, srozumitelný a mluvil k tématu.
 - a) souhlasím
 - b) souhlasím jen částečně
 - c) nesouhlasím

 - 3.2 Tutor využíval zajímavé metody a techniky, vztahující se k danému tématu.
 - a) souhlasím
 - b) souhlasím jen částečně
 - c) nesouhlasím

 - 3.3 Tutor byl přátelský vstřícný a trpělivý.
 - a) souhlasím
 - b) souhlasím jen částečně
 - c) nesouhlasím

4. Co by jste navrhovali pro zlepšení efektivity vzdělávacího modulu? (doplňte)

Příloha č. 2

Hodnocení získaných poznatků v praxi

Aby bylo možné určit účinnost andragogického kurikula v rámci vašich profesních potřeb, potřebujeme vaše vyjádření. Prosím, sdělte nám vaše reakce, případně doplňte komentář.

Zakroužkujte prosím vhodnou odpověď u každého sdělení.

Sdělení		Zásadně souhlasím			Souhlasím			Určitě nesouhlasím		
1.	Materiály získané ze vzdělávacího programu využiji při své práci.	1	2	3	4	5	6	7	8	
2.	Studijní materiály byly tutorem prezentovány zajímavým způsobem.	1	2	3	4	5	6	7	8	
3.	Tutor byl komunikativní a v přednáškách vedl aktivní diskusi.	1	2	3	4	5	6	7	8	
4.	Tutor byl na výuku dobře připraven.	1	2	3	4	5	6	7	8	
5.	Audiovizuální pomůcky byly efektivní.	1	2	3	4	5	6	7	8	
6.	Předložené studijní materiály mi pomohly v pochopení daného tématu	1	2	3	4	5	6	7	8	
7.	Studijní plán mi vyhovoval.	1	2	3	4	5	6	7	8	
8.	Kombinace přednášek a interaktivních seminářů byla vyrovnaná.	1	2	3	4	5	6	7	8	
9.	Po absolvování programu budu dělat svou práci lépe	1	2	3	4	5	6	7	8	

Ve vzdělávacím programu bych navrhl/a změny (doplňte).

Příloha č. 3

DOTAZNÍK

Vážení zaměstnanci,

dovolte, abychom Vás požádali o vyplnění dotazníku, který nám pomůže v hodnocení naší organizace. Vaše odpovědi a připomínky budou pro nás velmi cenné pro zpracování návrhů na zkvalitnění řady personálních procesů, zejména procesu hodnocení zaměstnanců a komunikace uvnitř organizace.

Odpovídejte, prosíme, na všechny otázky volbou příslušné odpovědi, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

Děkujeme za porozumění a Váš čas, který jste věnovali zpracování předloženého dotazníku.

Vedení Karvinské hornické nemocnice a řešitelský tým.

1. Jste:

11 žena,

12 muž,

2. Vaše věková kategorie je:

21 20 – 30 let,

22 31 – 40 let,

23 41 – 50 let,

24 51 – 60 let,

25 60 a více let.

3. Dosažené vzdělání:

31 učňovské nebo středoškolské bez maturity,

32 středoškolské odborné vzdělání s maturitou,

33 vysokoškolské vzdělání nezdravotnické a nemedicínské,

34 vysokoškolské vzdělání zdravotnické nebo medicínské,

35 jiné (uveďte):.....

4. Pracovní zařazení:

41 pracovník v provozu (úklid, údržba, kuchyň a jiné práce související s provozem),

42 administrativní pracovník,

43 pomocný zdravotnický pracovník,

44 středoškolský zdravotnický pracovník,

- 45 vysokoškolský zdravotnický pracovník,
46 lékař,
47 manažer.

5) Váš pracovní poměr v KHN:

- 51 započal před rokem 1990,
52 započal po roce 1990.

6. Máte navrženou pracovní smlouvu na dobu:

- 61 určitou,
62 neurčitou.

7. Jak jste spokojen(a) se svým pracovním zařazením ?

- 71 spokojen/a, odpovídá mé kvalifikaci,
72 méně spokojen/a, protože mám vyšší vzdělání, než vyžaduje moje pracovní zařazení,
73 nespokojen/a, protože neodpovídá mé kvalifikaci.

8. Jste spokojen(a) se svým platovým ohodnocením ?

- 81 spokojen/a, protože odpovídá mé kvalifikaci a pracovnímu nasazení,
82 méně spokojen/a, neboť odpovídá sice mé kvalifikaci ale ne pracovnímu nasazení,
83 nespokojen/a, protože neodpovídá mé kvalifikaci ani pracovnímu nasazení.

9. Jak jste spokojen(a) s pracovním prostředím?

- 91 spokojen/a,
92 méně spokojen/a, uvítal/a bych zlepšení v:
.....
93 nejsem spokojen/a, uveďte prosím s čím:
.....

10. Jak jste spokojen/a s pracovními prostředky a pomůckami ?

- 101 spokojen/a, je jich dostatek a jsou modernizovány podle potřeby a charakteru mé práce,
102 méně spokojen/a, jsou moderní ale je jich nedostatek – musím šetřit,
103 méně spokojen/a, jsou zastaralé ale je jich dostatek,
104 nespokojen/a, musím improvizovat.

11. Jak vnímáte pracovní kolektiv a jeho řízení ?

- 111 členové kolektivu mají přidělené úkoly, které samostatně plní a řídí se pokyny přímého nadřízeného, který rozhoduje a kontroluje pracovní činnost,
- 112 členové kolektivu plní úkoly společně, vzájemně si pomáhají a spolupodílejí se na rozhodování svého přímého nadřízeného v organizaci práce,
- 113 členové kolektivu nemají přidělené úkoly, někdo je aktivnější a dělá více činností najednou, někdo si práci „vybírám“ a vyhýbá se spolupráci, přímý nadřízený pouze kontroluje výsledek pracovní činnosti ale neorganizuje ji,
- 114 jiné vyjádření - uveďte, prosím

.....

12. Jak hodnotíte komunikaci se svým přímým nadřízeným ?

- 121 komunikujeme spolu jako „rovný s rovným“, dokáží mi říci, co se mi nelíbí,
- 122 ve vzájemné komunikaci je tolerantní, vyslechne si názory ostatních,
- 123 komunikuje z pozice síly, nepřipustí jiný názor,
- 124 nemá čas, pouze si píšeme vzkazy, eventuálně si zavoláme v případě nutnosti,
- 125 komunikuje nejen pracovní, ale mohu se mu svěřit i s osobními problémy.

13. Jak charakterizujete svého přímého nadřízeného ? (můžete volit více možností odpovědi)

- 131 je reprezentativní typ,
- 132 organizačně schopný,
- 133 úspěšně a samostatně řeší problémy,
- 134 dokáže se zastat svých podřízených na „vyšších místech“,
- 135 je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených,
- 136 není člověk „na svém místě“, nikdo ho nebere vážně, ale neublíží,
- 137 nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný,
- 138 kdyby nebyl, nic by se nestalo,
- 139 je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo,
- 1301 chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi,
- 1302 zatěžuje své podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.

14. Jak ve vašem kolektivu řešíte konflikty?

- 141 řeší je přímý nadřízený a jeho rozhodnutí všichni akceptují,
142 řeší je aktéři konfliktu sami mezi sebou a „vyříkají“ si to,
143 slabší vždy ustoupí, aby byl klid,
144 neřeší se, nechávají se tzv. „vyšumět“,
145 aktéři konfliktu spolu nemluví, dělají si naschvály, šíří pomluvy,
146 konflikty nejsou.

15. Máte dostatek pravidelných informací, které souvisí s vaší pracovní činností?

- 151 ano, jsem pravidelně informován/a svým přímým nadřízeným,
152 ano, získávám si je sám/a, „kde se dá“,
153 částečně, přímý nadřízený nás informuje, pokud se ho sami zeptáme,
154 víc než dost, neustále se děje něco nového a opakovaně jsme informováni,
155 částečně z doslechu.

16. Jakým způsobem jste informováni?

- 161 na pravidelných úsekových poradách,
162 za běžného provozu, když je čas,
163 oběžníkem,
164 informace jsou na nástěnce,
165 pouze z doslechu,
166 jinak (uved'te):

17. Jaké informace postrádáte ? (můžete volit více možností odpovědi)

- 171 o strategii a dlouhodobých záměrech organizace,
172 o možnostech dalšího zvyšování kvalifikace,
173 o personálních změnách,
174 o zaměstnaneckých výhodách,
175 o nových pracovních postupech,
176 o nových vyhláškách a zákonech, které se týkají mé pracovní činnosti,
177 jiné (uved'te):

18. Jak vnímáte kontrolu své práce svými nadřízenými?

- 181 akceptuji to, je to jejich povinnost,
182 nevadí mi kontrola přímého nadřízeného, vadí mi kontrola z vedení organizace,
183 vadí mi, protože má charakter šikany a pronásledování,
184 je velmi častá a neočekávaná, ruší plynulý chod provozu,
185 měla by být častější z vedení organizace,
186 je pouze občas, neruší plynulý chod provozu,
187 Jiné (uved'te):.....

19. Jak vnímáte svou organizaci a její vedení

- 191 je perspektivní a moderní, ve vedení jsou lidé na svém místě,
192 jako zaměstnavatele, který mi dává práci, vedení rozhoduje o mém platu,
193 zajímají mě její dlouhodobé plány, konkurence, její úspěchy a neúspěchy se mne týkají,
194 nebude mít dlouhého trvání, zničí ji konkurence, protože není profesionální vedení,
195 jsem loajální, důvěřuji vedení a veškeré dění v organizaci vnímám osobně.

20. Jak jste spokojen se vzdělávacím projektem?

- 201 spokojen, program vzdělávání je nastaven dobře, poznatky využívám v praxi,
202 uvítal bych více odborných seminářů o novinkách v terapeutické a ošetrovatelské péči,
203 uvítal bych více seminářů zaměřených na efektivitu práce a komunikaci,
204 nespokojen, témata seminářů mě neoslovují,
205 nespokojen, považuji to za ztracený čas.

Příloha č. 4

Počty respondentů podle jednotlivých pracovních úseků

Tab. č.1

Pracovní úsek	poč.resp.	%
Management	4	2
Lékaři	25	12
Úsek administrativy	13	6
Střední zdravotnický personál	110	53
Pomocný zdravotnický personál	19	9
Provozní personál	37	18
Celkem	208	100

Zdroj: vlastní

Věkové kategorie respondentů

Tab. č.2

Věk	Poč.resp.	%
20-30 let	50	24%
31-40 let	65	31%
41-50 let	46	22%
51-60 let	44	21%
60 a více let	4	2%
Celkem	208	100%

Zdroj: vlastní

Věkové rozpětí respondentů na jednotlivých pracovních úsecích:

Tab. č.3

Pracovní zařazení	20 - 30 let	31 - 40 let	41 - 50 let	51 - 60 let	nad 60 let	Celkem Poč.resp./ %
Management	0	0	2	0	2	4
%	0	0	50	0	50	100
Administrativa	1	5	4	3	0	13
%	8	38	31	23	0	100
Provozní personál	0	15	11	11	0	37
%	0	41	30	30	0	100
Lékaři	2	8	7	8	0	25
%	8	32	28	32	0	100
Střední zdravotnický personál	43	34	16	16	1	110
%	39	31	15	15	1	100
Pomocný zdravotnický personál	3	5	6	5	0	19
%	16	26	32	26	0	100

Zdroj: vlastní

Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků:

Tab. č.4

Pracovní zařazení	SOU, SŠ bez mat.	SOŠ s maturitou	VŠ nezdrav.	VŠ medicínské,zdrav	Celkem Poč.resp./%
Management	0	2	2	0	4
%	0	50	50	0	100
Administrativa	0	13	0	0	13
%	0	100	0	0	100
Provozní personál	24	13	0	0	37
%	65	35	0	0	100
Lékaři	0	0	0	25	25
%	0	0	0	100	100
Střední zdravotnický personál	0	110	0	0	110
%	0	100	0	0	100
Pomocný zdravotnický personál	19	0	0	0	19
%	100	0	0	0	100

Zdroj: vlastní

Začátek pracovního poměru v KHN před a po roce 1990

Tab. č.5

Pracovní zařazení	Před rokem 1990.	Po roce 1990.	Celkem
Management	1	3	4
%	25	75	100
Admin.personál	5	8	13
%	38	62	100
Provozní personál	10	27	37
%	27	73	100
Lékaři	2	23	25
%	8	92	0
Střední zdrav. personál	33	77	110
%	30	70	100
Pomocný zdrav. personál	3	16	19
%	16	84	0

Zdroj: vlastní

Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení

Tab. č.6

odpovědi	Poč. resp.
úkoly plní samostatně a řídí se pokyny svého nadřízeného	46
plní úkoly společně, vzájemně si pomáhají a spolupodílejí se na rozhodování svého přímého nadřízeného.	47
je problematický, někdo dělá všechno, je aktivní, jiný si práci vybírá, vedoucí pracovník pouze kontroluje výsledek pracovní činnosti.	7

Zdroj: vlastní

Hodnocení pracovního kolektivu a jeho řízení

Tab. č.7

	Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Celkem Poč.resp./%
Členové kolektivu mají přidělené úkoly, které samostatně plní a řídí se pokyny přímého nadřízeného.	2	9	21	12	46	5	95
%	50	69	57	48	42	26	100
Členové kolektivu plní úkoly společně, vzájemně si pomáhají a spolupodílejí se na rozhodování.	2	3	11	9	62	12	99
%	50	23	30	36	56	63	100
Členové kolektivu nemají přidělené úkoly, někdo je aktivnější, někdo si práci „vybírá“ i, přímý nadřízený pouze kontroluje výsledek pracovní činnosti.	0	1	4	3	2	2	12
%	0	8	11	12	2	11	100
Jiné vyjádření	0	0	1	1	0		2
%	0	0	3	4	0	0	100

Zdroj: vlastní

Hodnocení komunikace s nadřízeným:

Tab. č.8

	Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Celkem Poč.resp./%
Komunikujeme spolu jako „rovný s rovným“, dokážu mu říci, co se mi nelíbí.	1	6	13	10	34	6	70
%	25	46	35	40	31	32	0
V komunikaci je tolerantní, vyslechne si názory ostatních.	2	7	22	3	53	7	94
%	50	54	59	12	48	37	0
Komunikuje s pozice síly, nepřipustí jiný názor	0	0	0	9	2	0	11
%	0	0	0	36	2	0	0
Nemá čas, píšeme si vzkazy, v případě nutnosti si zavoláme.	1	0	0	3	0	0	4
%	25	0	0	12	0	0	0
Komunikuje nejen pracovní ale mohu se mu světit i s osobními problémy.	0	0	2	0	21	6	29
%	0	0	5	0	19	32	0

Zdroj: vlastní

Hodnocení přímého nadřízeného

Tab. č.10

Je reprezentativní typ.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
2	5	8	9	36	7	67	32
Organizačně schopný.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
4	8	32	11	80	15	150	72
Úspěšně a samostatně řeší problémy.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
1	7	11	13	60	11	103	50
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
2	3	16	10	62	9	102	49
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
2	1	5	5	13	1	27	13
Není člověk na svém místě ale neublíží.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
0	0	0	2	0	0	2	1
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
0	0	0	3	2	0	5	2
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
0	0	0	4	7	0	11	5
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
1	1	5	8	32	6	53	25
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
0	0	0	1	2	0	3	1
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.							
Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Počet odpovědí celkem	celkem %
0	0	0	5	0	0	5	2

Zdroj: vlastní

Tab. č.11

Odpovědi	%
Je reprezentativní typ.	32
Organizačně schopný	72
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	50
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	49
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	13
Není člověk na svém místě ale neublíží.	1
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	2
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	5
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	25
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	1
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	2

Zdroj: vlastní

Tab. č.12

Management		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	2	50
Organizačně schopný	4	100
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	1	25
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	2	50
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	2	50
Není člověk na svém místě ale neublíží.	0	0
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	0	0
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	0	0
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	1	25
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	0	0
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	0	0

Zdroj: vlastní

Tab.č.13

Administrativní personál		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	5	38
Organizačně schopný	8	62
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	7	54
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	3	23
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	1	8
Není člověk na svém místě ale neublíží.	0	0
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	0	0
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	0	0
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	1	8
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	0	0
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	0	0

Zdroj: vlastní

Tab. č.14

Provozní personál		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	8	22
Organizačně schopný	32	86
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	11	30
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	16	43
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	5	14
Není člověk na svém místě ale neublíží.	0	0
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	0	0
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	0	0
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	5	14
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	0	0
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	0	0

Zdroj: vlastní

Tab. č.15

Lékaři		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	9	36
Organizačně schopný	11	44
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	13	52
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	10	40
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	5	20
Není člověk na svém místě ale neublíží.	2	8
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	3	12
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	4	16
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	8	32
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	1	4
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	5	20

Zdroj: vlastní

Tab. č.16

Střední zdravotnický personál		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	36	33
Organizačně schopný	80	73
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	60	55
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	62	56
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	13	12
Není člověk na svém místě ale neublíží.	0	0
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	2	2
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	7	6
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	32	29
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	2	2
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	0	0

Zdroj: vlastní

Tab. č.17

Pomocný zdravotnický personál		
Odpovědi	Počet odpovědí	Celkem %
Je reprezentativní typ.	7	79
Organizačně schopný	15	58
Úspěšně a samostatně řeší problémy.	11	47
Dokáže se zastat svých podřízených na "vyšších místech".	9	5
Je nekompromisní k pracovní výkonnosti svých podřízených.	1	0
Není člověk na svém místě ale neublíží.	0	0
Nemá potřebnou autoritu, protože je neschopný.	0	0
Kdyby nebyl, nic by se nestalo.	0	32
Je oporou kolektivu, bez něj by to nešlo.	6	0
Chce o všem rozhodovat sám, nepřipustí diskusi.	0	0
Zatěžuje podřízené zbytečnými úkoly, způsobuje chaos.	0	0

Zdroj: vlastní

Hodnocení řešení konfliktů

Tab. č.18

	Managem ent	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Celkem Poč.resp./%
Řeší je přímý nadřízený, jeho rozhodnutí všichni akceptují.	2	3	9	4	22	4	44
%	50	23	24	16	20	21	100
Řeší je aktéři konfliktu sami mezi sebou a „vyřikají si to“.	2	7	20	11	69	13	122
%	50	54	54	44	63	68	100
Slabší vždy ustoupí, aby byl klid.	0	0	5	3	7	0	15
%	0	0	14	12	6	0	100
Neřeší se, nechávají se „vyšumět“.	0	0	3	0	9	0	12
%	0	0	8	0	8	0	100
Aktéři konfliktu spolu nemluví, dělají si naschvály, šíří pomluvy.	0	0	0	7	3	2	12
%	0	0	0	28	3	11	100
Konflikty nejsou.	0	3	0	0	0	0	3
%	0	23	0	0	0	0	100

Zdroj: vlastní

Hodnocení informovanosti pracovníků

Tab. č.19

	Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdravotní personál	Pomocný zdravotní personál	Celkem Poč.resp./%
Jsem pravidelně informován/a/ svým nadřízeným.	4	5	35	16	84	15	159
%	100	38	95	64	76	79	100
Informace si získávám sám/a/ „kde se dá“.	0	3	0	6	0	0	9
%	0	23	0	24	0	0	100
Částečně, nadřízený nás informuje, pokud se ho zeptáme.	0	1	2	3	7	0	13
%	0	8	5	12	6	0	100
Víc než dost, opakovaně jsme informováni nadřízeným.	0	4	0	0	19	4	27
%	0	31	0	0	17	21	100
Jen částečně z doslechu.	0	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0	100

Zdroj: vlastní

Hodnocení organizace a jejího vedení

Tab. č.20

	Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdravotní personál	Pomocný zdravotní personál	Celkem Poč.resp./%
Je perspektivní a moderní, ve vedení jsou lidé na svém místě.	2	4	21	4	39	4	74
%	50	31	57	16	35	21	100
Jako zaměstnavatele, který mi dává práci a rozhoduje o mém platu.	0	1	14	8	11	7	41
%	0	8	38	32	10	37	100
Zajímají mě její dlouhodobé plány, její úspěchy a neúspěchy se mě týkají.	2	2	2	7	23	2	38
%	50	15	5	28	21	11	100
Nebude mít dlouhého trvání, zničí ji konkurence, protože není profesionální vedení.	0	0	0	6	0	0	6
%	0	0	0	24	0	0	100
Jsem loajální, důvěřuji vedení a veškeré dění vnímám osobně.	0	6	0	0	37	6	49
%	0	46	0	0	34	32	100

Zdroj: vlastní

Hodnocení vzdělávacího projektu

Tab. č.21

	Management	Admin. personál	Provozní personál	Lékaři	Střední zdrav. personál	Pomocný zdrav. personál	Celkem Poč.resp./%
Spokojen/a/, vzdělávání je nastaveno dobře, poznatky využívá v praxi.	4	9	20	16	77	14	140
%	100	69	54	64	70	74	0
Uvítal/a/ bych více podobných interaktivních seminářů	0	4	9	2	18	5	38
%	0	31	24	8	16	26	0
Uvítal/a/ bych více seminářů zaměřených na efektivitu práce a komunikaci.	0	0	6	4	12	0	22
%	0	0	16	16	11	0	0
Nespokojen/a/, témata seminářů mě neoslovují.	0	0	2	3	3	0	8
%	0	0	5	12	3	0	0

Zdroj: vlastní