



**Univerzita Jana Amose Komenského Praha s.r.o.**

**Rigorózní práce**

Obor: andragogika

**Jana Podaná**

**VÝZNAMNÉ PROBLÉMY PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE  
V BAKALÁŘSKÉM STUDIJNÍM PROGRAMU  
OŠETŘOVATELSTVÍ**

Praha 2011

**Jan Amos Komenský University of Prague**

**Rigorosum thesis**

**Jana Podaná**

MAJOR PROBLEMS OF THE PROFESSIONAL PRACTICE

The Bachelor's nursering program

Prague 2011

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu

10.10.2011

Jana Podaná

Anotace:

Předkládaná práce se zaměřuje na analýzu a hledání řešení dílčích problémů výuky předmětu „Odborná praxe „ v bakalářském programu Ošetrovatelství. V jednotlivých kapitolách jsou předkládány výsledky výzkumu obtížnosti hodnocení studentů mentorkami , zjištění a analýza významných stresorů, které působí na studenty. Evaluace výuky školních stanic po stránce vybavenosti i z hlediska pedagogické připravenosti mentorek.

Ze všech výsledků vyplynul návrh kurikula předmětu odborné praxe, návrh na proškolení mentorek v pedagogickém minimu a návrh na vytvoření vhodných učebních textů. Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou.

Klíčové pojmy:

Ošetrovatelství –odborná praxe – mentorky -psychická zátěž –kompetence-evaluace,

Abstract :

This work is focused on analyzing and finding solutions to specific problems of the course "Professional Practice" in the Bachelor of Nursing program . There are listed the results of research mentor´s student assessment , findings and analysis of major stressors that affect students in the next chapters. Evaluation of teaching stations in terms of school facilities and in terms of educational readiness mentors .

The results showed the draft curriculum, the subject of professional practice , the proposed training in pedagogical mentors a minimum and a proposal for the creation of suitable textbooks. The research was conducted by questionnaire .

Key words:

Nursing, professional practice, mentor, psychological stress, competence, evaluation

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>MEZINÁRODNÍ SMĚRNICE PRO VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER .....</b>	<b>9</b>
2.1	REALIZACE MEZINÁRODNÍCH DOKUMENTŮ DO PODMÍNEK ČESKÉ REPUBLIKY .....	17
2.2	CHARAKTERISTIKA ŠKOLY, NA NÍŽ BYLY ZÍSKÁNY PODKLADY PRO PŘEDKLÁDANOU PRÁCI.....	21
<b>3</b>	<b>CHARAKTERISTIKA STUDIJNÍHO PROGRAMU OŠETŘOVATELSTVÍ, OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA .....</b>	<b>22</b>
3.1	TEORETICKÁ VÝUKA .....	22
3.2	PRAKTICKÁ VÝUKA .....	23
3.3	PŘÍPRAVA PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE .....	24
3.4	UKONČENÍ PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE.....	26
<b>4</b>	<b>KOMPETENCE STUDENTŮ, BUDOUCÍCH VŠEOBECNÝCH SESTER</b>	<b>29</b>
4.1	NÁCVIK TECHNICKÝCH KOMPETENCÍ NA KLINICKÉM PRACOVÍŠTI.....	34
<b>5</b>	<b>PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ STUDENTŮ V PRŮBĚHU ODBORNÉ PRAXE ....</b>	<b>35</b>
5.1	ŠIKANA STUDENTŮ NA ODBORNÉ PRAXI .....	38
<b>6</b>	<b>SUPERVIZE.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>HODNOCENÍ STUDENTŮ .....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>EVALUACE VÝUKY ODBORNÉ PRAXE.....</b>	<b>47</b>
<b>9</b>	<b>VHODNÉ VÝUKOVÉ METODY PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE.....</b>	<b>49</b>
9.1	METODA "PROBLEM BASED LEARNING - PBL" (UČENÍ ZALOŽENÉ NA PROBLÉMU) .....	49
9.2	DOPORUČENÉ DALŠÍ METODY .....	52
<b>10</b>	<b>KURIKULUM PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE.....</b>	<b>53</b>
<b>11</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>56</b>
11.1	TECHNICKÉ KOMPETENCE .....	56
11.2	PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ STUDENTŮ NA ODBORNÉ PRAXI A HODNOCENÍ SEBEDŮVĚRY .....	57
11.3	HODNOCENÍ SEBEDŮVĚRY NA ODBORNÉ PRAXE.....	58
11.4	OBTÍŽNOST HODNOCENÍ STUDENTŮ MENTORKAMI A SPOLEČNÁ EVALUACE VÝUKY ODBORNÉ PRAXE VEDOUCÍM PRAXE, MANAGEMENTEM NEMOCNICE, MENTORKAMI A STUDENTY .....	58
11.5	EVALUACE VŠECH PRACOVÍŠŤ ODBORNÉ PRAXE STUDENTY .....	61
11.6	EVALUACE VÝUKY ODBORNÉ PRAXE VEDOUCÍ ODBORNÉ PRAXE, MANAGEMENTEM NEMOCNICE A MENTORKAMI.....	61
11.7	MATEMATICKO-STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	62
<b>12</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>63</b>
12.1	TECHNICKÉ KOMPETENCE .....	63

12.2	PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ STUDENTŮ NA ODBORNÉ PRAXI .....	72
12.3	HODNOCENÍ SEBEDŮVĚRY STUDENTŮ NA ODBORNÉ PRAXI.....	80
12.4	HODNOCENÍ STUDENTŮ MENTORKAMI.....	82
12.5	EVALUACE VÝUKY ODBORNÉ PRAXE .....	82
12.5.1	Evaluace výuky odborné praxe mentorkami – výsledky .....	82
12.5.2	Výsledky evaluace pracovišť soukromé nemocnice v Plzni.....	84
12.5.3	Evaluace výuky odborné praxe vedoucí odborné praxe, managementem nemocnice a mentorkami .....	86
12.6	MENTORKY, SESTRY VYUČUJÍCÍ ODBORNOU PRAXI.....	87
12.6.1	Pedagogická příprava - kurz pro mentory .....	89
<b>13</b>	<b>NÁVRH KURIKULA PŘEDMĚTU ODBORNÁ PRAXE .....</b>	<b>91</b>
<b>14</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>103</b>
14.1	TECHNICKÁ KOMPETENCE.....	103
14.2	PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ STUDENTŮ NA ODBORNÉ PRAXI .....	112
14.3	HODNOCENÍ STUDENTŮ MENTORKAMI.....	118
14.4	EVALUACE VÝUKY ODBORNÉ PRAXE .....	121
<b>15</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>125</b>
<b>16</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ I ZAHRANIČNÍ LITERATURY.....</b>	<b>131</b>
<b>17</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>139</b>

## 1 Úvod

V současné době probíhá razantní transformace pregraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotních sester v souladu s požadavky Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Změny v pregraduální výuce se týkají středních i vyšších zdravotnických škol a vysokých škol univerzitního i neuniverzitního typu. Obor všeobecná sestra na středních zdravotnických školách zcela zanikl a tyto školy vychovávají novou profesi, tzv. Zdravotnického asistenta, který bude pracovat pod přímým vedením všeobecné sestry vystudované na vyšších a vysokých školách. Aby mohly nadále připravovat všeobecné sestry, musí vyšší typy škol zcela přepracovat studijní program, který dosud neodpovídal mezinárodním doporučením. To vyžaduje velké úsilí a změny ze strany vedení škol, neboť na výuce profese všeobecné sestry se musí z větší části podílet vyučující s kvalifikací sestry.

Důvodem převedení studia na terciární úroveň vzdělávání je požadavek na psychickou a emoční vyzrálost jedince, který si toto povolání volí po zralé úvaze – jedná se o velmi psychicky a často i fyzicky náročné povolání. Náročnost prostředí, ve kterém se praktická výuka odehrává, by neměla neúměrně zatěžovat psychiku ještě nedospělého a duševně nevyzrálého studenta. Naopak větší duševní zralost již dospělého studenta dává lepší předpoklad zvládnutí situací spojených s ošetřováním pacientů, zvláště v těžkém nebo terminálním stavu. Ve studijních programech ošetřovatelství na vysokých školách je specifikován profil absolventa – student má být osobností natolik zralou po stránce morální, psychické, emoční a sociální, aby byl schopen posoudit stav pacienta, uskutečňovat samostatná rozhodnutí, obhájit tato rozhodnutí a nést za ně plnou odpovědnost. Je potřebné změnit stávající dosud uplatňovaný model, ve kterém sestra především slouží lékařské profesi, v model nový, ve kterém by byla lékaři přijímána jako samostatná kvalifikovaná pracovnice, které může působit sama nebo ve spolupráci s jinými odborníky při poskytování péče. Dostát těmto požadavkům je nesmírně náročné vzhledem k tomu, že se na výuce podílí velké množství externích vyučujících a je z poloviny realizována mimo školu.



Významné změny se dotýkají celoživotního vzdělávání sester, které již v praxi působí a mnohými to může být vnímáno negativně. V současné ošetrovatelské praxi jsou sestry zaměstnavatelem rozděleny do dvou kategorií s různou úrovní kompetencí: mohou pracovat jednak samostatně bez odborného dohledu, jednak pod odborným dohledem všeobecné sestry. Podmínkou práce bez odborného dohledu je povinná registrace u MZ ČR, vyžadující doklad o dosaženém vzdělání a celoživotním vzdělání, a na jejím základě je vydáno tzv. Osvědčení o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. O prodloužení tohoto osvědčení musí sestra žádat periodicky po 5 - 6 letech.

Jak již bylo uvedeno, studijní program Ošetrovatelství je schválený MŠMT v roce 2002, a jeho důležitým aspektem je splnění požadavků Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Obsahuje obory Porodní asistentka a Všeobecná sestra a předkládaná práce se chce věnovat právě oboru posledně jmenovanému. Pro uvádění programu do chodu je nezbytná příprava celé řady novinek nejen v teoretické, ale zejména v praktické výuce. Vzhledem k tomu, že dosud nejsou velké zkušenosti s novým pojetím praktické výuky, je její náročná realizace v kompetenci pověřeného učitele. Autorka jako členka týmu katedry ošetrovatelství se podílela na organizaci odborné praxe – výběr vhodných pracovišť, výběr vyučujících pro vybrané předměty, výběr a přípravu mentorek, vypracování ošetrovatelské dokumentace pro studenty, přípravu Knihy výkonů, volbu evaluačních nástrojů a tvorbu evaluačních dotazníků a kritérií hodnocení studentů. Využila při tom své dlouholeté zkušenosti z práce ve zdravotnickém provozu. Ty také přispěly k výběru konkrétních otevřených problémů nového pojetí studia, dosud u nás nezvládnutých a zasluhujících analýzu a řešení. Vhodných ke zpracování v rigorosní práci. Za stěžejní považuje, že budoucí sestry musí zvládnout mnohdy pro pacienty poměrně rizikové výkony, aniž by tyto byly specifikovány a existovala pravidla určující nutnou míru jejich nácviku, zdravotnické školství se dosud systematictěji nezabývalo psychickou zátěží, které je student ve velmi náročných podmínkách zdravotnického provozu při zvládnání uvedených výkonů i celkově vystaven, není specifikován profil osob, které tyto nácviky a celou praxi ve zdravotnickém zařízení vedou a hodnotí, a z mnoha důvodů, především kvůli dvojí podřízenosti

(resortu školství a zdravotnictví), nebyl řešen systém evaluace výuky. Tyto zásadní problémy byly proto zvoleny za témata zpracovávaná v předkládané práci.

## **Cíle práce**

Předkládaná práce se zaměřuje na analýzu a hledání řešení dílčích problémů výuky předmětu „odborná praxe“ v rámci nového pojetí studia ošetřovatelství v bakalářském programu, určeného platnými mezinárodními pravidly a především požadavky Evropské unie. Jde o:

1. Zjištění skutečného stavu a možnosti praktického nácviku legislativou a osnovami stanovených výkonů v rámci předmětu Odborná praxe a návrh zlepšení. Jeho součástí je specifikace optimálních počtů nácviků jednotlivých výkonů, návrh zpracování protokolů k výkonům prováděným univerzálně na všech nebo většině klinických pracovišť a vedle toho tvoření seznamu specializovaných výkonů pro určitá specifická pracoviště.
2. Zjištění a analýzu významných stresorů, které působí na studenty v průběhu vykonávání praxe, nalezení těch, které považují studenti za nejzávažnější a jak se s nimi vyrovnávají. Dále návrh řešení, jak některé z traumatizujících faktorů minimalizovat.
3. Navržení profesních klíčových kompetencí a v praxi zjištění, do jaké míry je zvládají samy mentorky a jak jsou schopny hodnotit v těchto ohledech studenty. Z průzkumu by měl vyplynout návrh přípravy mentorek na tento nový a pro osoby bez pedagogického vzdělání obtížný úkol.
4. Vytvoření nového a uceleného systému periodické evaluace výuky odborné praxe a školních stanic, do kterého by byli zapojeni všichni zúčastnění – vedoucí odborné praxe, mentorky, vedoucí pracovních stanic i studenti.
5. Vytvoření návrhu kurikula předmětu Odborná praxe.

Rigorózní práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce je předkládáno nové pojetí kvalifikační přípravy budoucích zdravotních sester a nabízí se tak krátký náhled do studijního programu a podrobnější do předmětu Odborná praxe. Tématem praktické části je nástin a rozbor některých významných problémů v odborné praxi a výsledky dílčích studií. Některé z nich byly již přijaty a prakticky realizovány, některé jsou zatím jen na úrovni návrhů. Objem získaných dat je zdánlivě menší, bylo ale sledováno větší množství aspektů odborné praxe a některé výsledky byly získány z několika vysokých škol po celé České republice, takže přinášejí poměrně reprezentativní a v našich podmínkách unikátní obraz problému.

## 2 Mezinárodní směrnice pro vzdělávání všeobecných sester

Podpora zdraví, prevence nemocí, péče o pacienty a umírající jsou odvěkým zájmem a problémem lidstva. Tyto snahy lze najít u laiků i profesionálů, a to na různé úrovni v různých částech a zemích světa. V prostředí zdravotních systémů evropských zemí jsou to hlavně zdravotní sestry, které vedle lékařů tuto péči poskytují.

Systémy zdravotní péče všech vyspělých zemí mění své paradigma pod politickými, ekonomickými a sociálními tlaky. K nejvýznamnějším faktorům podporujícím změny patří obrovský růst nákladů na zdravotnictví, zejména na akutní péči. Významná je také změna role pacienta, která se mění od tradičně pojatého pasivního postavení k současné snaze vést pacienty k aktivní péči o své zdraví, k aktivnímu zájmu o způsob poskytování péče a ke spolupráci při výběru vhodné léčby a způsobu.

Zdravotnický model postavený na akutní péči neodpovídá současným potřebám, v péči o zdraví je zdůrazňována celá populace, její pohoda, blaho. Stále více jsou proto aktivity směřovány k prevenci chorob a ke zlepšování a uchování zdraví celé populace. To znamená, že prioritou by se měly stát preventivní zdravotnické programy a výchova ke zdraví, což vyžaduje i změnu v kvalifikační přípravě lékařů, zdravotních nyní legislativně pojmenovaných všeobecných sester a porodních asistentek (1, 2, 3). Z této navrhované koncepce vyplynul v Evropě všeobecně přijímaný souhlas vychovávat všestrannou sestru, která bude mít jako základ všeobecné vzdělání v oboru ošetřovatelství a na něj bude navazovat možná specializace, např. v pediatrii, intenzivní péči apod. Název této profese byl schválen jako Všeobecná sestra a byl zakotven i do legislativy České republiky.

Výměna zkušeností v rámci společných programů a na konferencích ukazují, že se ale zatím kvalita a obsah vzdělávání zdravotních sester v jednotlivých zemích evropského regionu Zdravotnické organizace liší. V České republice dosud byla příliš úzká specializace, kdy existovalo např. kvalifikační studium v oboru „dětská sestra“. Tyto rozdíly zatím brání naplňování mezinárodně schválené strategie v oblasti zdraví – není možné využívat

dostatečně potenciál sester k úspěšné reformě zdravotnictví. Dalším tuzemským problémem je významná rozdílnost studijních osnov kvalifikační přípravy sester na vysokoškolské úrovni mezi jednotlivými fakultami. Ekonomické nároky realizace zdravotní politiky státu a kroky k úspěšné zdravotní reformě přinesly naléhavou potřebu sjednotit v základních principech kvalifikační přípravu sester, a to v rovině přesahující národní úroveň (1, 4, 5). Při přípravě a tvorbě strategických dokumentů zaměřených na kurikulum pro sestry vycházeli odborníci z nejrůznějších mezinárodních dokumentů týkajících se nejen zdravotní politiky a vhodných modelů péče o pacienty, ale i z dokumentů určených vysokému školství (Sorbonská deklaráce, 1998, Evropský kreditní systém – Boloňská deklaráce, 1999) a dalšímu vzdělávání zdravotnických pracovníků zemí přistupujících do EU v souladu s její legislativou (Pražská deklaráce, 2004).

Poradní výbor expertů EU schválil minimální profesní standardy, tzv. **„Odborové směrnice pro všeobecné sestry – 77/153 EHS“**, které formulují povahu, minimální obsah a dobu trvání výchovně-vzdělávacích programů tak, aby byla takto dosažená kvalifikace uznávána všemi členskými státy EU. Hlavním smyslem je umožnit svobodný pohyb a možnost zaměstnávání zdravotnických pracovníků dané profese ve státech Unie. Všeobecné sestry společně s dalšími odbornostmi – porodními asistentkami, lékaři, praktickými lékaři, stomatology, lékárníky a veterinárními lékaři patří k regulovaným profesím vybaveným specifickými oborovými směrnici – **„Obecnými systémovými směrnici – 89/48 EHS“**. Ty zakotvují pravidla uznávání kvalifikace, což v praxi znamená, že jedinec uznáný jako odborník v jednom členském státě musí být uznán jako odborník i v jiném členském státě EU s tím, že jeho profese má směrnici EU přesně stanovené požadavky na kvalifikační přípravu. Se vstupem do Evropské unie v roce 2004 musela Česká republika přijmout legislativní opatření k realizaci těchto směrnic v podobě zákona, několika vyhlášek a nařízení vlády.

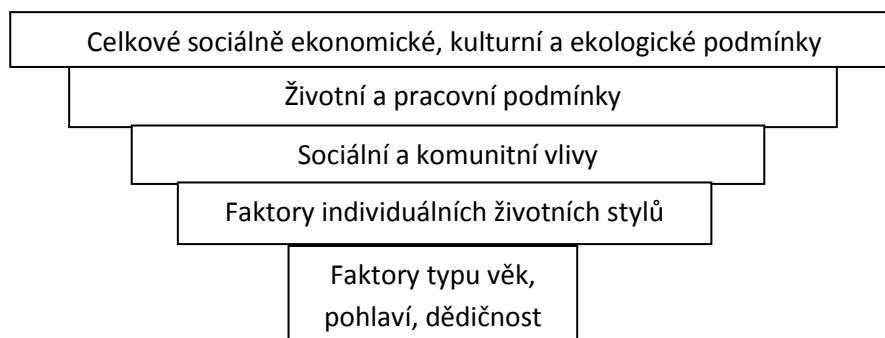
Expertní pracovní skupina Světové zdravotnické organizace, EU a zástupců profesních organizací schválila následující definici profese všeobecné sestry.:

*„Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe“.*

Nové kompetence a náplně činnosti sester by měly mít i souvislosti politické a zasahují do veřejného zdraví a rodinné péče. Sestry jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně i jako členky zdravotnického týmu, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Nově navrhované role vyžadují jak klinické dovednosti, tak dovednosti v oblasti:

1. **formulování politiky a řízení:** podpora komunitního rozvoje, příprava potřebné legislativy a strategií týkající se zdraví občanů, působnosti a kompetencí sester, pomoc nevládním organizacím apod.
2. **veřejného zdraví:** prevence a ochrana zdraví, lidských práv, týmová práce, komunitní rozvoj, meziresortní spolupráce, integrace služeb v oblasti prevence a ochrany zdraví
3. **péče o komunitu a rodinu:** plnění role rodinné sestry, která je aktivní v době, kdy jedinec a rodiny potřebují pomoci při uspokojování potřeb; podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, sociálních skupin a komunit, do všech forem zdravotní péče tak, aby je podceňovala k sebedůvěře a samostatnému rozhodování
4. **péče o pacienta:** pomáhat pacientům a jejich rodinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhat jim jej udržovat ve vazbě na prostředí, v němž žijí a pracují. Sestra hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje svoji péči v průběhu nemoci a rekonvalescence.

Nové pojetí vzdělávání budoucích sester vychází s Konceptního modelu hlavních determinant zdraví Světové zdravotnické organizace:



*Dahlgren, G. The need for intersectoral action for health. Harrington, P. a Ritsaktakis, A. European Health Policy Conference: opportunities for the future, Vol. II. Kodaň, Regionální úřad WHO pro Evropu, 1995(dokument EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01)*

Výzvy k transformaci zdravotní péče a vzdělávání sester byly přijaty členskými státy Světové zdravotnické organizace – tedy i Českou republikou. V červnu 2000 se konala v Mnichově druhá Ministerská konference SZO, jejíž závěry naznačily cestu, po které by se měly vlády, zdravotnické a školské orgány a instituce, profese sester a další vydat. Vyjadřují i nutnost vypracovat národní strategie zahrnující plán postupných změn. Na uvedeném zasedání byla přijata tzv. **Mnichovská deklarace**, která ukazuje budoucí vývoj sester a porodních asistentek. Změny zde obsažené vyžadují zcela jednoznačně komplexní a integrovaný meziresortní přístup založený na relevantní veřejné politice pro oblast zdravotnictví a pro oblast vzdělávání a odborné přípravy včetně kontinuálního vzdělávání a dále na legislativním a regulačním rámci těchto profesí (1). Z této deklarace jsou vybrány následující body, týkající se povolání sestry požadovaných změn:

1. Ministři identifikovali klíčové a stále důležitější role, které mají plnit sestry a porodní asistentky:
  - podílet se na rozhodování na všech politických úrovních (rozvoj a realizace),
  - počínat si aktivně při podpoře veřejného zdraví a komunitním rozvoji,

- poskytovat komunitní, na rodinu zaměřené ošetrovatelské služby a služby porodní asistence.
2. Ministři s ohledem na takto chápané role sester a porodních asistentek doporučili rozvoj:
- znalostí a praktických poznatků, a to cestou výzkumu a šíření informací,
  - zdokonaleního úvodního a kontinuálního vzdělání a přístupu k vyššímu vzdělání v oborech ošetrovatelství a porodní asistence,
  - příležitostí pro sestry, porodní asistentky a lékaře učit se společně, aby tak byla zabezpečena jejich lepší vzájemná a interdisciplinární spolupráce v zájmu lepší péče o pacienta a jako předpoklad pro následné akce,
  - partnerství se všemi ministry a dalšími orgány uvnitř jednotlivých zemí i v mezinárodním měřítku,
  - strategií pro plánování pracovních sil a politiky zaměstnanosti, s cílem zabezpečit přiměřený počet vzdělaných, kvalifikovaných a racionálně rozmístěných sester a porodních asistentek, které budou spravedlivě odměňovány a uznávány (stimulace) a které budou mít příležitost k dalšímu kariéernímu rozvoji.

Mnichovská deklarace ukazuje na nová specifika vzdělání, sestry budou muset mít znalosti:

- o rozsahu působnosti, celkové struktuře a fungování systému zdravotnictví, o meziřesortní spolupráci (péče o dítě, o starší lidi, duševní zdraví, ochrana zdraví na pracovišti, zdravotní nezávadnost potravin, rehabilitace a služby lidem se zdravotním postižením a služby při nehodách) a o „komunitní spoluúčasti/angažovanosti“ v kontextu zdravotnictví,
- o institucích – která ministerstva, úřady a instituce jsou odpovědné za zdravé životní prostředí, prevenci nehod, zdravotní nezávadnost potravin a výživu, zdravotní výchovu ve školách atd., stejně jako musí znát ty, kdož nepodílejí na poskytování zdravotní péče,
- o cestách vstupu jednotlivců do systému zdravotnictví (např. s vlastní volbou zdravotní péče prvního kontaktu); jak jim je poskytováno odborné poradenství, stanovována diagnóza a prováděna léčba; a jak jsou odkazováni a odesíláni



k jiným službám, včetně specializované lékařské péče, sociálních služeb atd. (systém přístupových cest v systému zdravotnictví),

- o demografickém a sociálně ekonomickém profilu dané oblasti; o místních důsledcích sociálních trendů a změn, ovlivňujících potřebu služeb a úroveň zdravotního stavu obyvatel (např. současné modely rodin, státní a regionální politika zaměstnanosti a řešení nezaměstnanosti),
- o převažujících životních stylech a vzorcích chování a o komunitách v oblasti, kde sestra působí (jejich přednosti a zdroje, hlavní zdravotní a sociální problémy apod.),
- o místních politických faktorech a místních důsledcích celostátních faktorů, např.: přístup, který byl zvolen při naplňování národních a místních priorit v oblasti ochrany a podpory zdraví a v oblasti zdravotní péče.

Směrnice EU 77/453 EHS o minimálně akceptovatelném vzdělávacím programu stanovuje věk pro přijetí ke studiu ošetřovatelství (6). Přijetí je možné teprve po úspěšném dokončení středoškolského vzdělání, s kvalifikacemi odpovídajícími těm, které jednotlivé členské státy vyžadují při přijetí na univerzitu. Délka programu musí být postačující k dosažení specifikovaných kvalit, ne kratší než 3 roky. Studijní program musí zahrnovat 4 600 hodin teoretické a praktické výuky, z toho 2 300 hodin musí být praxe. Akademická úroveň odborné kvalifikace všeobecné sestry musí být na úrovni univerzitní hodnosti v oboru. Studijní program musí být založen na výzkumu, důkazech a kompetencích. Univerzita, její fakulta nebo katedra ošetřovatelství a místa vyhrazená k výkonu praxe v nemocničních nebo komunitních zařízeních musejí být akreditovány a mít k dispozici systémy kontroly zlepšování kvality. Příloha směrnice podrobně vymezuje náplň vzdělávacího programu.

Pokud jde o personální obsazení, vedoucím pracovníkem ústavu/katedry ošetřovatelství musí být kvalifikovaná sestra a teoretickou i praktickou výuku v předmětech ošetřovatelství musí rovněž zajišťovat kvalifikovaná sestra. Dle směrnice mají učitelé ošetřovatelství:

- být držiteli akademické hodnosti na úrovni odpovídající požadavkům pro univerzitní/vysokoškolské učitele v dané zemi,

- být držiteli pedagogické kvalifikace, aby mohli správně uplatnit široký rozsah strategií výzkumem podložené výuky, studia a hodnocení v teoretických a klinických částech studijního programu,
- být držiteli kvalifikace, k jejímuž dosažení program slouží,
- mít minimálně dvouleté relevantní zkušenosti získané praxí,
- vyučovat v oblasti takové specializované praxe ošetrovatelství, v níž spočívá jejich odbornost,
- udržovat si své klinické kompetence
- nést odpovědnost za klinický dozor nad studenty procházejícími danou praxí v rámci jejich specializace (tato odpovědnost musí být sdílena s klinickým mentorem studenta).

V kvalifikační přípravě sester k sobě neodmyslitelné patří teoretické vzdělávání a praxe, což je možné zajistit jen nejužším partnerstvím vyšší/vysoké školy a nemocnice. Poznatky a dovednosti osvojené v praxi mají přinejmenším stejnou důležitost jako studium na univerzitní půdě a z toho důvodu jsou velmi důležité osoby, které studenty při praxi vedou a dohlížejí na její průběh (7).

V rámci Evropské unie je doloženo, že ti co učí, nepraktikují. Je ale žádoucí, aby se výuka odborné praxe dostala do kompetence sester z provozu. Vyučující z jejich řad jsou mezinárodně označováni jakou „mentor“ a požadavky na ně jsou (1):

- být odborníky ve své praktické oblasti,
- projít pedagogickou přípravou a být náležitě připraveni na roli poskytovatele podpory a hodnotitele,
- udržovat si svoji klinickou způsobilost.

Výuka praktického ošetrovatelství není uspokojivá v mnoha zemích včetně Evropské unie a problematice je zvláště v některých zemích, např. Velké Británii nebo Nizozemsku, věnována významná pozornost a poměrně podrobně řešena. Je poukazováno na mezeru mezi přípravou mentorek a plně kvalifikovaných učitelů odborné praxe (8). Mentor, který musí mít minimálně dvouletou praxi ve vyučovaném oboru, prochází ve Velké Británii krátkým

speciálním pedagogickým kurzem, protože pouhé využívání odborných znalostí a dovedností je pro výuku nedostačující. Takoví učitelé jsou sice schopni často vynikajícím způsobem technicky provádět výkony, ale chybí jim pedagogické dovednosti, na jejichž základě by byli schopni uplatňovat výuku založenou na důkazech, ptát se, vést diskuzi, zaujímat kritický přístup a hodnotit. Takové didaktické schopnosti má zkušený praktik jen výjimečně bez náležité přípravy. V Británii také zavádějí volitelnou pedagogickou kvalifikaci pro studenty ošetrovatelství již v průběhu kvalifikačního studia formou kurzu.

Problematikou výuky klinické praxe se velmi komplexně zabýval mezinárodní projekt v rámci programu Leonardo da Vinci (10). Podílely se na něm univerzity se studijním programem ošetrovatelství z několika evropských zemí (Polsko, Island, Portugalsko, Švédsko, Velká Británie) a jejich cílem bylo vypracovat obsah školení pro mentory zodpovědné za vedení klinické praxe, navrhnout vhodné výukové metody pro výuku mentorek i pro samotné mentorky ve vedení studentů, posoudit vhodnou povinnou dokumentaci potřebnou pro vzdělání studentů v praxi, navrhnout vhodné metody hodnocení studentů na praxi včetně motivačního programu a způsobů sebereflexe, navrhnout způsoby vedené studentů i mentorů ke kritickému myšlení. Byl připraven projekt pro vhodné kandidáty a jeho náplní v průběhu zvolených 200 hodin bylo; obsah studijního programu, didaktika odborné praxe, metody hodnocení, teorie a praxe reflexního myšlení, podstata učení se, komunikace sestry-student-pacient, etika v praxi. Do metod hodnocené účastníků kurzu byly zařazeny eseje, příprava vzorové hodiny, metody použití reflexního myšlení v průběhu vlastní práce, aktivní účast ve výuce. V rámci projektu byly také navrženy výkony, které musí student v průběhu výuky odborné praxe prakticky procvičit.

Ve strategických dokumentech je kladen důraz i na změnu způsobu výuky a měnící se roli učitele. Ta je směřována od tradičního modelu – překládání hotových faktů, souborů informací a poznatků k roli facilitátora – pomocníka, který má vést studenta k tomu, aby se naučil učit (1, 7). Zároveň s tím se musí změnit i role studenta – pasivní do aktivní; musí být veden k tomu, aby zvažoval jednotlivé možnosti, aby se snažil v různých prostředích ambulancí, lůžkové péče, ústavů sociální péče prakticky realizovat co nejvíce dovedností za využití co nejvíce nabytých znalostí. Při výuce je třeba používat metod sti-

mulujících aktivní účast studentů, jako jsou semináře, konzultace vedené lektorem, laboratorní demonstrace a dozorovaná praxe, učení založené na řešení problémů, projektová činnost a samostudium. Hodnocení teorie a praxe by mělo podporovat tu část studijního programu, jejíž těžiště spočívá v učení dospělých, v učení orientovaném na studenty, ve využívání nejrůznějších metod a vyžadování důkazu aplikace teorie na praxi. Měl by být užíván přístup založený na schopnostech aplikovat poznání v pracovních situacích a měly by do něj být začleněny formativní a shrnující prvky. Výuka se musí zaměřit na systematickou, na důkazech založenou (tzv. „evidence based“) péči, jež je způsobena danému případu a zaměřena na potřeby pacienta nebo zdravého jedince, rozvíjení nestranných postojů k péči, vypěstování zvědavého ducha, schopnost analytického a kritického myšlení, schopnost plně využívat informační technologie, dovednosti související s plánováním, řešením problémů a stanovováním priorit, hodnocení komunity, řešení krizových situací, dovednosti sloužící k záchraně života, týmovou práci, manažerské dovednosti, práci v součinnosti a partnerství (1). Učitelé se musí vyrovnat s novým jevem ve zdravotnickém školství – vzdělávání dospělých (student přicházejí jako osmnáctiletí a starší), který má svá specifika (11).

Významnou součástí těchto dokumentů je kapitola týkající se evaluace kurikula a konkrétní výuky. Hodnocení všech aspektů kurikula musí být pravidelně plánováno a řízeno. V zájmu prosazování objektivního hodnocení musí být připraveny jasné formulované a měřitelné standardy vzdělávání a výstupy. Prostředí, ve kterém se odehrávají praxe, musí být hodnoceno podle dohodnutých standardů pro prostředí výuky studentů ošetrovatelství a porodní asistence. Součástí monitorovacího procesu by měla být vnější kontrola a hodnocení prováděné studenty (1).

## **2.1 Realizace mezinárodních dokumentů do podmínek České republiky**

Po vstupu do Evropské unie připravilo MZ ČR legislativní podklad zajišťující realizaci výše popisovaných nutných změn ve vzdělávání sester i ošetrovatelské praxi. Tento zákon a prováděcí vyhlášky se týkají všech zdravotnic-

kých nelékařských povolání. Na zákoně, vyhláškách a nařízeních spolupracovali expertní skupiny složené ze zástupců profesních organizací, zástupců zdravotnického školství (sekundární i terciární úroveň) a vybraných zástupců z ošetrovatelského managementu v nemocnicích. Do legislativy, která určuje způsob patří:

1. Zákon MZ ČR č. 96/2004Sb o nelékařských zdravotnických povoláních
2. Vyhláška MZ ČR 423/2004 o kreditním systému /osvědčení k výkonu zdravotnického povolání)
3. Vyhláška MZ ČR 424/2004 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
4. Nařízení vlády č. 463/2004Sb, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
5. Vyhláška MZ ČR 39/2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Výše uvedené dokumenty s výjimkou nařízení vlády č. 463/2004Sb, se musí zabudovat realizace kvalifikačního vzdělávacího programu. Na nově stanovené kompetence se musí připravit nejen studenti, ale především učitelé ošetrovatelství a mentoři, pro které jsou některé činnosti naprostou novinkou (rehabilitační ošetrovatelství). Realizace některých zcela nových předmětů (klinická propedeutika, edukační činnost sestry) vyžaduje těsnou spolupráci vedení oboru. Studijní program je velmi náročný především z hlediska velkého počtu hodin praxe. Realizovat předmět Odborná praxe v souladu s novou legislativou je proto obtížné a zatím v některých ohledech selhává, např. ve výuce fyzikálního vyšetření sestrou, nevytvoření vhodných podmínek pro nácvik dovedností v nemocnici apod. To, že polovinu studijního programu vyplní praxe, je všeobecně vítáno a mělo by zaručit, že sestry budou mít všechny důležité činnosti dostatečně nacvičené; avšak věnit 2 300 hodin do tříletého studia je nemožné bez individuální praxe v období prázdniny (1 měsíc). Akreditační komise MŠMT nepovolila z finančních důvodů prodloužení studia na čtyři roky, jako je tomu, např. v Holandsku.

Jedním z největších úskalí je finanční náročnost předmětu. Obecně nespokojivě a nedostatečně jsou za praktickou výuku studentů finančně honorovány klinické sestry – mentorky. Problémy přináší dohadování mezi některými školami a nemocnicemi o platbách za pomůcky v průběhu odborné praxe. Jde o to, že studenti na odděleních provádějí z tréninkových důvodů výkony opakovaně a tím zvyšují spotřebu pomůcek (gumové rukavice, další spotřební materiál), ale vysoké školy na tuto část výuky nedostávají navýšené finanční prostředky. Situace se řeší nesystémově, někde tuto část nákladů mlčky dotuje nemocnice, někde je škola nucena pomůcky uhradit a potom se objevují tendence plnit pouze požadované počty hodin s redukcí individuálního nácviku dovedností, bez ohledu na kvalitu.

Zatím velký deficit má Česká republika v řešení problému vyučujících klinické praxe. Při přípravě sester na středních i vyšších zdravotnických školách u nás doprovázej nebo donedávna doprovázely studenty učitelky, které nebyly v zaměstnaneckém poměru v nemocnici, ale na zdravotnické škole. To přinášelo a dosud přináší celou řadu problémů, mezi něž patří, že učitelka není součástí zdravotnického týmu a je vnímána spíše jako „vetřelec“, který má nedostatek praxe, protože dochází jenom na určité dny v týdnu na praxi, nezná podrobně zdravotní stav pacientů, nevidí jejich vývoj a obtížně tak může studentům vysvětlovat a ukazovat zvládání léčebných a ošetrovatelských problémů, nemá rutinní praxi ve všech výkonech, které se na oddělení provádějí. Proto může obtížně vést studenty k uvažování nad zvolenými ošetrovatelskými intervencemi, ke kritickému myšlení a odborné diskusi při rozboru konkrétního případu, který učitelka sama dostatečně nezná.

Klinické sestry – mentorky v podmínkách českých škol začaly ve větší míře zapojovat do výuky teprve před nedávnem a jejich uplatnění má řadu nevyřešených problémů:

- hlavním a obecným nedostatkem je to, že většině z nich chybí pedagogická příprava, většina mentorek nebyla vychována ke kritickému myšlení, diskusi nad optimálními postupy v ošetřování pacienta, vyhledávání v odborné literatuře včetně řízení se výsledky výzkumu. Jejich studium bylo vedeno ještě

tradičním způsobem „plnit ordinace lékaře“ a nikoli pracovat samostatně na základě přemýšlení,

- mentorky (ale i další ošetřující personál) mají různou úroveň vzdělání (od středního přes pomaturitní specializaci, vyšší odborné, po bakalářské, zcela výjimečně magisterské) a tím i velmi rozdílná rozsah znalostí,

- i mezi mentorkami – bakalářkami je výrazně rozdílná úroveň vzdělání v závislosti na značných rozdílech kurikula na různých absolvovaných fakultách. Stav by se měl v tomto směru od roku 2004 zlepšovat v důsledku přijetí evropských směrnic,

- většina mentorek neovládá cizí jazyky, což je překážkou k využívání odborné literatury a tím uplatnění „evidence based practice“, protože vhodné podklady v českém jazyce v mnoha případech prakticky neexistují,
- mentorky z praxe často neznají teorii moderního ošetřovatelství (ošetřovatelský proces, ošetřovatelské modely – Roperové, Oremové, Gordonové apod.) a mnohdy nemají ani hlubší znalosti z všeobecných oborů, které jsou důležité pro vysvětlení souvislost, např. reakcí pacienta,

- praktická výuka se odehrává v různých nemocnicích, zdravotnických a sociálních zařízeních a mentorky tak nemají různé podmínky k výkonu povolání a pomůcky a vybavení k péči pacienta. To zvyšuje riziko, že mají navyklé stereotypy dle zvyklosti oddělení, v rozporu se současnými poznatky moderního ošetřovatelství. Rizikem je i upřednostnění potřeb oddělení před potřebami studentů,

- problémy se zapojováním mentorek do výuky prohlubuje jejich neuspokojivé odměňování. Školy nemají fondy na mzdy mentorů, jejich odměna za výuku je v podstatě symbolická a nestimulující při náročnosti role, která s sebou přináší vedle nároků na kontinuální vzdělávání ve vlastní odbornosti a pedagogických dovednostech i odpovědnost za studenty, přípravu výuky, sledování docházky, udržování kontaktů se školou, vedení potřebné pedagogické dokumentace a provádění mnohdy stresujícího hodnocení studentů.

Vzhledem k tomu, že Odborná praxe je stěžejním a pravděpodobně i nejobtížnějším předmětem ve vzdělávacím programu Všeobecná sestra, jsou vybrané problémy z této praxe ústředním tématem předkládané práce.

## **2.2 Charakteristika školy, na níž byly získány podklady pro předkládanou práci**

Větší část problematiky předkládané práce, která sleduje některé aspekty předmětu Odborná praxe, koncipovaného již podle mezinárodních směrnic a nové národní legislativy ČR v nově akreditovaném studijním programu byla řešena na Vysoké škole o.p.s. v Plzni. Jedná se o školu neuniverzitního typu, která se zaměřuje na bakalářské zdravotní obory Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Fyzioterapeut, Ergoterapeut a Radiologický asistent. Řízení školy je podobné jako na univerzitách, v čele stojí rektorka, dále prorektor pro pedagogickou činnost a prorektor pro výzkum a mezinárodní vztahy. Na škole je zřízeno 5 kateder – Ošetrovatelství, Fyzioterapie a ergoterapie, Celoživotního vzdělávání, Jazyků a Teoretických oborů.

Sledování psychické zátěže studentů na odborné praxi bylo realizováno na uvedení VŠ o.p.s. v Plzni, dále na fakultách s bakalářským programem ošetrovatelství v Praze (1. a 3. lékařská fakulta UK), v Brně (Lékařská fakulta MU) a ve Zlíně (Baťova univerzita) v úzké spolupráci s katedrami či ústavami teorie a praxe ošetrovatelství.



### 3 Charakteristika studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra

Studijní program Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra byl poprvé akreditován v roce 2000. Trvá tři roky a probíhá prezenční formou.

**Tab. 1 Vymezení jednotlivých období během standardní doby studia v týdnech**

	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Zimní semestr	Letní semestr	Zimní semestr	Letní semestr	Zimní semestr	Letní semestr
Celkem týdnů	20	20	20	20	20	20
Teorie	12	11	10	10	10	8
Odborná praxe	4	5	6	6	6	8
Zkouškové období	4	4	4	4	4	4
Prázdninová praxe		4		4		

#### 3.1 Teoretická výuka

Teoretická výuka je definována dle článku 2 Směrnice EU 77/453/EES jako část výuky sester, při níž studující získávají znalosti, vědomosti a profesní dovednosti nezbytné pro plánování, poskytování a vyhodnocování celkové ošetřovatelské péče.

Výuka postupuje od základních předmětů potřebných jako podklad pro klinickou praxi ke specializovaným klinickým předmětům. K základním předmětům patří v prvním ročníku, např. anatomie, fyziologie, biofyzika, biochemie, teorie ošetřovatelství, ošetřovatelské postupy, komunikace, rehabilitační ošetřovatelství, edukační činnost sestry, psychologie, hygiena, výživa, klinická propedeutika. Ve vyšších ročnících je výuka zaměřena na ošetřování pacientů s problémy v určitých tělesných systémech, např. dýchacím systémem, gastrointestinálním systémem, nervovém systému atd. – tato výuka je pojímána jako teoreticko-praktická.

Teoretickou a teoreticko-praktickou výuku zajišťují v tomto programu vyučující – zaměstnanci školy a externisté z lékařské fakulty a zaměstnanci fakultní nemocnice.

## 3.2 Praktická výuka

Novým prvkem v programu školy je požadavek absolvovat první část odborné praxe na pracovištích, kde student získá informace o reálném fungování systému zdravotní péče, jeho financování, péče o sociálně slabší skupiny obyvatel apod. Ve vyšších ročnících probíhá pak praxe na vybraných klinických a ambulantních pracovištích různých medicínských oborů.

Uvádíme zde rozvrh předmětu Odborné praxe i časovou dotaci jako ilustraci obtížnosti organizace takové výuky v podmínkách našeho působiště (Plzeň), kde na půdě omezeného počtu zdravotnických zařízení realizují praxi kromě naší instituce ještě tři další subjekty na úrovni středního, vyššího anebo bakalářského studia ošetřovatelství.

**Tab. 2 Struktura odborné praxe (ODP) 1. ročník**

<b>1. ročník</b>	<b>Počet týdnů</b>	<b>Počet hodin</b>
<b>Zimní semestr</b>	<b>4</b>	<b>160</b>
Duševní zdraví	1	
Veřejné zdraví	1	
Zařízení preventivní medicíny	1	
Preventivní zařízení	1	
Klinické semináře		10
<b>Letní semestr</b>	<b>5</b>	<b>200</b>
Péče geriatrická a rehabilitační	2	
Odd. následné péče	2	
Primární péče/poruchy mentálního zdraví	1/1	
Klinické semináře		12
Celkem 1. ročník	9	<b>382</b>
Červenec - povinná individuální ODP	4	<b>160</b>

**Tab. 3 Struktura odborné praxe 2.ročník**

<b>2. ročník</b>	<b>Počet týdnů</b>	<b>Počet hodin</b>
<b>Zimní semestr</b>	6	240
Interna	2	
Chirurgie	2	
Psychiatrie	2	
Klinické semináře		15
<b>Letní semestr</b>	6	240
Interna	2	
Chirurgie	2	
Gynekologie	2	
Klinické semináře		15
<b>Celkem 2. ročník</b>	<b>12</b>	<b>510</b>
Červenec - povinná individuální ODP	4	160

**Tab. 4 Struktura odborné praxe 3. ročník**

<b>3. ročník</b>	<b>Počet týdnů</b>	<b>Počet hodin</b>
<b>Zimní semestr</b>	6	240
Pediatric	2	
Interna/Onkologie	2	
Chirurgie	2	
Klinické semináře		18
<b>Letní semestr</b>	8	320
Komunitní a domácí péče	2	
Vybrané obory	3	
Interna/Chirurgie/Psychiatrie	3	
Klinické semináře		21
<b>Celkem 3. ročník</b>	<b>14</b>	<b>599</b>
Červenec - povinná individuální ODP	0	0

### 3.3 Příprava předmětu Odborná praxe

Protože šlo o zahájení výuky a praxe na nově založené škole podle nových mezinárodních pravidel, do té doby v ČR ani v řadě dalších zemí EU neuplatňovaných, byla příprava předmětu Odborná praxe složitým tvůrčím i organizačním úkolem z hlediska vytvoření náplně, její realizace v praxi včetně získání a vyškolení personálu (mentorů), stanovení individuálních zásad pro ně i pro studenty, zavedení kontrolních a hodnotících mechanismů, výběru pra-

covišť. Všechny tyto úkoly řešila jako vedoucí katedry ošetrovatelství s velmi omezeným počtem spolupracovníků autorka předkládané práce.

Současná mezinárodní pravidla mění možnost ucházet se o bakalářské studium ošetrovatelství. Dosud měli být uchazeči pouze absolventy středních zdravotnických škol, což bylo pro vyučující sestry i lékaře snazší, protože mohli „stavět“ na určitých již vytvořených odborných základech a mohli používat již zaběhlou medicínskou terminologii. V současné době s měnicími se požadavky je toto studium bráno jako kvalifikační a mohou se přihlásit uchazeči s maturitou z jakékoli školy. Mezi studenty se tak objevují vedle převažujících absolventů středních či vyšších zdravotnických škol a gymnázií i absolventi škol průmyslových, ekonomických nebo rodinných. Aby tato skutečnost vešla do podvědomí zdravotnického personálu na jednotlivých pracovištích, kde je praxe realizována a byl zajištěn jeho odpovídající přístup, aby se předešlo nedorozumění, frustraci na obou stranách, konfliktům anebo zesměšňování studentů, bylo nutné osobně ošetrovatelský personál v nemocnicích, ambulancích a ústavech o novém způsobu vzdělávání sester informovat.

Mezi pracoviště odborné praxe byly nově zařazeny odbory zdravotnictví a sociálních věcí, odbory životního prostředí, ústavy pro jedince s mentálním a tělesným postižením, úseky hlavní sestry nemocnice, okresní správa důchodové zabezpečení, úsek managementu městského ústavu sociálních služeb, zdravotní pojišťovny a domovy důchodců, a to jak v Plzni, tak i v místech bydliště studentů (12). Pokud jde o klinická pracoviště, byla navázána spolupráce se všemi nemocnicemi, ústavy sociální péče a domovy důchodců v Plzni. Jako nedílná součást odborné praxe byl zahájen systém pravidelného hodnocení výuky praxe s managementem pracovišť a mentorkami. Je to důležitý nástroj za jakýchkoliv okolností, ale při zařazení nových zařízení, která se dosud jako výuková neuplatňovala, se jeho nutnost a význam ještě podstatně zvýšily. Výběr zdravotnických pracovišť musel zohlednit možnost nácvičku základních i speciálních výkonů, z nichž některé jsou prováděny jen na specializovaných a super specializovaných pracovištích (např. neurochirurgie). Takové možnosti pak nabízí jen velká nemocnice (v našich podmínkách Fakultní nemocnice v Plzni). Místa pro studenty zvláště v těchto specializova-

ných provozech jsou omezená a přitom bylo v jednom semestru nutno vhodně umístit okolo 110 studentů. Proto jsme při přípravě praxe museli prospektivně plánovat na všechny roky studia a vytvořit plány služeb tak, aby se studenti prostřídali.

Dosud bylo běžné organizovat praxi studentů v denních hodinách pracovních dnů. U středních škol je to dáno zákonem s ohledem na věk studentů. Mnoho našich mentorek odborné praxe jsou ale sestry pracující ve směnném provozu a zorganizování praxe pouze v denním čase by tím bylo prakticky nemožné. Překážkou je i zájem o školící zdravotnické provozy ze strany více zdravotnických škol. Tyto problémy jsme vyřešili tím, že naši studenti jako plnoletí mohou pracovat ve směnném provozu a mohou tedy svoji praxi přizpůsobit službám mentorky. Tato úprava má podle našeho názoru další přínos v tom, že poznávání práce sestry v jiných než ranních směnách, tedy periodách, kdy je omezený počet personálu, přináší větší příležitost se uplatnit a posilovat schopnost samostatnějšího a rychlého rozhodování včetně pocitu zodpovědnosti za svá rozhodnutí. Jednotlivé mentorky dostávají na starost 1 – 3 studenty a rozepisují jim praxi podle svého harmonogramu služeb; ten je archivován na pracovišti po dobu 3 let – do ukončení studia (12).

Náplně činnosti studentů jsou důležitou součástí správně vedené praxe. Na mnohých školách však mentorky nemají jejich konkrétní podobu k dispozici a jejich absence může přinášet dva možné problémy. Student se buď vyhýbají některým výkonům s tím, že nesmí dané činnosti provádět, anebo provádějí výkony, ke kterým nejsou kompetentní. Proto jak mentorky, tak i naši studenti obdrželi pro každé pracoviště náplň činností, která vedle obecných pravidel vyjmenovává činnosti, které student smí a musí provádět (12)

### **3.4 Ukončení předmětu Odborná praxe**

Předmět odborná praxe byl ukončen v každém semestru zápočtem a v letním semestru třetího ročníku zkouškou. Na udělené zápočtu jsme vypracovali požadavky, uvedené v kapitole 16. Na konci každého semestru bylo mentorkou a vedoucí odborné praxe provedeno hodnocení do Deníku odborné praxe (12). Mentorky hodnotily studenty následující škálou: 1 – splňuje oče-

kávání v daném kritériu; 2 – vyskytují se drobné nedostatky; 3 – vyskytují se závažné nedostatky. Při udělení hodnocení 2 nebo 3 mentorka písemně uvedla, jaké měl student nedostatky (Příloha 6). Vedoucí navíc zjišťovala hodnocení praktické výuky i z pohledu studenta (jeho výkon, jeho spokojenost s praktickou výukou). S mentorkami provedla souhrnně hodnocení celé výuky po ukončení bloku odborné praxe (spokojenost se studenty, případné problémy spojené s výukou) dotazníkem a neformálními rozhovory.

V každém semestru bylo pro studenty povinné do Deníku odborné praxe písemně zpracovat z každého pracoviště komplexní ošetrovatelský plán tří ošetřovaných pacientů a na studentské konferenci prezentovat jednoho pacienta formou kazuistiky a ošetrovatelský plán v diskuzi obhajovat. Studenti interpretovali stěžejní diagnostické závěry, vyšetřovací metody, byli vedeni k uplatňování kritického myšlení, museli argumentovat, využívat různé literární zdroje, poznatky z jiných předmětů a obhajovat výběr optimálního postupu při ošetřování pacienta.

Zkouška z tohoto předmětu proběhla dle následujících nově vytvořených pravidel, dosud žádné ze škol tohoto typu v ČR neuplatňovaných: student si mohl vybrat charakter pracoviště (chirurgický nebo interní) podle svého zájmu, zpravidla řízeného oborem, ve kterém hodlal zahájit nebo rozvíjet profesní kariéru. Studenti se s konkrétním klinickým pracovištěm seznámili v doprovodu vedoucí odborné praxe odpoledne před zkouškou a v rámci této návštěvy měli povinnost pročíst si podrobně dokumentaci tří vybraných pacientů, z nichž jeden byl určen vyučující jako stěžejní. Od něho odebral student v průběhu odpoledne ošetrovatelskou anamnézu, provedl fyzikální vyšetření a vypracoval krátkodobý (na 1 den) a dlouhodobý ošetrovatelský plán. Druhý den ráno nastoupili studenti do směny na daném oddělení spolu se dvěma vyučujícími-zkoušejícími ze školy v šest hodin ráno. Převzali pacienty od sestry z noční směny a zahájili prakticky ošetrovatelskou péči. Svěřené pacienty ošetřovali do oběda, během realizace péče prováděli všechny ordinované výkony a byli dotazováni vyučujícími na různé vyplývající a související problémy. Po obědě proběhla na pracovištích ústní obhajoba komplexní ošetrovatelské péče (ošetrovatelský plán, teorie výkonů, potřeby pacienta, edukační plán apod.).

V této situaci byl kladen důraz v kognitivní doméně Bloomovy taxonomie na analýzu, syntézu a hodnocení situace, problémů a reakcí pacienta. Úroveň pouhého „zapamatování“ této taxonomie při zkoušce nebyla požadována za dostačující pro úspěšné zakončení předmětu. Správné odpovědi studenta na dotazy „proč“ či „odůvodněte“ jsme považovali za nezbytnou podmínku. U ústní obhajoby byly přítomné kromě vyučujících i vrchní sestra, staniční sestra a mentorka. Dotazy kladly všechny. Každý student obhajoval svoji ošetrovatelskou péči 45 minut.

Po skončení zkoušky jsme od studentů získávali zpětnou vazbu, jak hodnotili průběh zkoušky. Všeobecně kladné byla hodnocena možnost vybrat si obor, zkouška tak byla vnímána jako „mnohem méně“ stresující, i když velmi náročná z hlediska požadavků na praktické dovednosti a teoretické znalosti. Zejména důraz na odůvodňování a kritické myšlení byl vnímán studenty jako mimořádně náročný.

Stanovení profesních kompetencí a jejich zvládnutí studentem při zkoušce z Odborné praxe je složitá a stále se vyvíjející problematika, což potvrzuje i následující kapitola.

## 4 Kompetence studentů, budoucích všeobecných sester

Z obecného hlediska bez ohledu na obor se mohou kompetence dělit do různých kategorií, např. Mezinárodní organizace práce – ILO vydává doporučení k rozvoji profesních kompetencí (13) a dělí kompetence, např. na **úrovňové** a **specifické**, potřebné pro určité povolání (14). Dále se dělí na **odborné** (všeobecné, při výkonu získané kompetence, pracovní techniky), **metodické** (vyhledávat a zpracovávat informace, řešení problémů, úroveň logického, abstraktního deduktivního myšlení apod.) a **sociální** (sociální interakce, komunikace, zvládání konfliktů, spolupráce) (15).

V moderní pedagogice posledních let se v kvalifikační přípravě hovoří o tzv. **profesních klíčových kompetencích**, které jsou potřebné k pružnému zvládnutí situací v zaměstnání. Mezi ně se řadí schopnost používání základních myšlenkových operací, schopnost získávat informace, porozumět jim, zpracovávat je a chápat jejich specifičnost, schopnost týmové spolupráce, schopnost převést cílové zadání do postupných kroků, vědomosti pro konkrétní povolání, reflexivita a schopnost připustit jiný pohled (16).

Vymezit a popsat kompetence potřebné k výkonu povolání není jednoduché, zvláště mají-li být mezinárodně akceptovány. Od zdravotnických pracovníků se očekává, že provádějí perfektní práci, a to především proto, že pracují s lidským zdravím a životem a chyba může vést k fatálním důsledkům. Definovat, jaké kompetence by měla mít všeobecná sestra v prostředí neustále se vyvíjejícím díky každodennímu pokroku, není jednoduché. Ideální je, když se na tomto prakticky nikdy nekončícím úkolu podílejí fundovaní zástupci vysokých škol, zaměstnavatelé i studenti. Své problémy má ale i ověřování kompetencí včetně jeho interpretace – mnozí studenti jsou úspěšní v testech, ale obtížně zvládají plnění úkolů a úkonů při odborné praxi (17).

Stanovením spektra vhodných kompetencí v oboru ošetrovatelství se zabývá již řadu let většina evropských i severoamerických vysokých škol formou národních či mezinárodních projektů. Mezi pedagogy je v otázce kompetencí nezbytných pro výkon povolání všeobecné sestry shoda. Dělí kompetence



do čtyř kategorií. První z nich, **všeobecné kompetence** jsou potřebné pro plnění všech úkolů. Patří sem analytické dovednosti – student musí být schopen zjišťovat informace, porozumět jim, interpretovat a skládat smysluplně do celku, dále používat kritické myšlení při řešení problému, diagnostice a hodnocení pacientovy situace i vlastního výkonu. Musí být přiměřeně tvořivý, systematický, musí mít vyjadřovací schopnosti ústní i písemné, musí umět vhodnou formou podávat i špatné zprávy a umět poradit. Při výuce se postupuje od jednodušších dovedností ke složitějším, mezi které patří např. komunikace s psychicky nemocným pacientem s halucinacemi, suicidálními sklony. Do druhé kategorie, **intraorganizačních kompetencí**, jsou zařazeny znalosti kvalit kolegů (kdo je schopen co řešit), organizační struktury a strategie včetně informační sítě. Do třetí kategorie, **technických kompetencí**, spadají specifické kompetence vyžadované určitým pracovním místem. Čtvrtá kategorie, **specifické profesní kompetence**, zahrnuje kompetence náležící výhradně ke konkrétní profesi a musí se rozvíjet v souladu s potřebami oboru (18). Každá vzdělávací instituce si kompetence rozpracovává na základě požadovaného profilu absolventa a v souladu s legislativou země. Například u nizozemských sester je jejich rozsah podobný jako v ČR – na rozdíl od sester v anglosaských zemích neprovádějí fyzikální vyšetření v rozsahu podobném jako lékař (tj. poslech srdce a plic, vyšetřování břišních orgánů poklepem a pohmatem). Při hodnocení stavu pacienta zjišťuje pouze váhu, výšku, měří krevní tlak, dechovou a srdeční frekvenci, tepenný puls, tělesnou teplotu, hodnot rány. Kompetence jsou obvykle rozděleny do různých tematických skupin, např. péče o rodiče a dítě, péče o rány, péče o osobní hygienu pacienta, manipulace s pacientem, podávání léčiv, realizace ordinací lékaře (např. i.v. management), monitorování (např. měření tělesné teploty, sledování stavu vědomí, dýchání a oběhu), péče o chirurgické pacienty, péče o vylučování.

Vedle uvedených čtyř kategorií se někde zavádí další. Jsou to například **kompetence psychosociální a behaviorální**, kam autoři řadí schopnost studenta spolupracovat s pacienty a jeho rodinou, kolegy-studenty, personálem. Studenti se musí naučit vhodně komunikovat verbálně i neverbálně včetně nutnosti ovládat i formy elektronické, naučit se respektovat kulturní a etnické

zvyklosti, zvládat svoje emoce, umět nést odpovědnost za péči o pacienta, a to i v rámci náhlých změn jeho stavu. Další kategorií jsou **fyzické schopnosti**, kam patří zvládnutí množství práce, její správné rozložení v pracovní směně a odhadování vlastních tělesných předpokladů k poskytování bezpečné péče (19).

Zajímavý projekt zaměřený na kompetence sester v kvalifikační přípravě s možností praktické realizace v různých školách a zemích probíhal na konci devadesátých let minulého století ve Spojených státech a podílely se na něm dvě odborné sesterské asociace, the American Nurses Association a the American Association of Critical Care of the Critically III, vybrané nemocnice a studenti. Jako podklad sloužily akreditační standardy kvality, jejichž dosažení má pro nemocnice v USA zásadní význam. Projekt s názvem COPA – Competency Outcomes and Performance probíhal na University of Colorado a byl zaměřen na vypracování rámce základních kompetencí v **kognitivní, psychomotorické a afektivní doméně** a jejich hodnocení (20). Zajímavá byla shoda zaměstnavatelů – nemocnic a plátců péče, kteří se projektu účastnili, se studenty prakticky ve všech hlediscích. Podstatou byly u absolventů nedostatky znalostí a dovedností v kritickém myšlení, v řešení problémů, ve zvládnutí různých situací vhodnou komunikací, v asertivní technice, v ovládnutí počítače. Projekt vyústil do změny kurikula, ve kterém byly definovány klíčové kompetence (20), zahrnut přístup „evidence based practice“, nácvik kritického myšlení zejména v teoreticko-praktických předmětech a odborné praxi. Model COPA obsahuje osm kategorií klíčových kompetencí, do kterých jsou seskupeny flexibilní specifické dovednosti, které mohou být různě rozvíjené pro potřeby různých úrovní péče (standardní, intenzivní, komunitní apod.). Jde o následující kategorie: počáteční zhodnocení (assessment) a intervence, komunikace, kritické myšlení, budování mezilidských vztahů, management a plánování, praktické dovednosti vedení, schopnost školit a integrace získaných znalostí. Za hlavní výhodu tohoto projektu je považována jeho univerzální využitelnost v teoretické i praktické výuce. Z něho jsme také vyčerpali, v návrhu hodnocení našich studentů na odborné praxi.

Nácvik požadovaných kompetencí vyžaduje splnění řady podmínek. Je uskutečňován v různých předmětech (komunikace, etika, teorie ošetrovatelství, ošetrovatelské postupy apod.), nejdříve v laboratorních podmínkách a poté v

klinické praxi (12,18,19,21,22). Proto jsou nutné dobře vybavené laboratoře/učebny praktického vyučování, které simulují nemocniční prostředí. Způsob výuky se liší v zahraničí a na našich fakultách. V zahraničí (anglosaské země, Nizozemsko) se upřednostňuje problémová výuka a kazuistiky. Nizozemští studenti jsou při výuce rozděleni do skupin po dvanácti (což je s výukou na námi sledované škole, kde vede učitel v praktické výuce až 25 studentů, nerosvratelné). Studenti se na zadané téma připravují doma a poté ho s učitelem aktivně probírají při výuce. Učební texty jsou proto koncipovány tak, aby umožnily studentům získat maximum poznatků nezávisle na učiteli. Popis jednotlivých výkonů obsahuje i potřebné údaje z dalších oborů - např. anatomie, fyziologie, psychologie, edukace. K výkonům jsou zpracovány protokoly, které studenty vedou, případně umožňují studentům zpětnovazebnou kontrolu následným porovnáním (22, 23). Výuka začíná dotazy učitele na zadané téma a následuje praktický nácvik výkonu. Nejdříve ho předvede učitel a poté všichni studenti pod jeho dohledem. Studenti pracují v malých skupinkách přibližně po třech, z toho jeden student výkon provádí a další dva kontrolují postup dle protokolu. Následuje diskuse s učitelem a doplnění detailů. Aby si studenti mohli výkony dobře procvičit, mohou si učebnu rezervovat a výkony zkoušet i mimo povinný rozvrh, vždy s přítomností učitele. Student bývá obvykle hodnocen na konci každého ročníku na základě písemného testu a praktického předvedení výkonu, při kterém musí uplatnit technické, komunikační a manažerské dovednosti včetně sebehodnocení (22).

Se stanovením profesních klíčových kompetencí v oboru ošetrovatelství se začíná na ústavech/katedrách ošetrovatelství v ČR teprve pracovat. Prosadit je striktně do výuky sester je stále komplikované, protože výuka je téměř výhradně v rámci lékařských fakult a pro jejich vedení je stěžejní výuka mediců a návrhů a projektů ze strany vysokoškolských učitelek - sester není přikládán velký význam. Ve vedení fakult je obvyklá značná nechuť ke změnám a překážkou je i to, že tyto studijní programy jsou schvalovány akreditační komisí MŠMT, v níž nebývají zastoupené osoby s kvalifikací všeobecné sestry. V podmínkách ČR rovněž chybí cílenější zapojení zaměstnavatelů a studentů, kteří by mohli svými požadavky být jednou z hybných sil takovýchto snah.

V ČR jsou Vyhláškou 424/2004 Sb. o náplni činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanoveny pouze technické kompetence. Těm - tj. specifickým ošetrovatelským výkonům, spolu s kompetencemi metodickými a sociálními uvedenými výše, se musí studenti v průběhu výuky naučit. I jejich správný nácvik má však svá významná úskalí, a to jak ze strany mentorek, tak kvůli nesprávné ošetrovatelské praxi ostatních sester ve zdravotnických provozech, kde se praktická výuka odehrává. Převáděno do pedagogické terminologie, je problémem současné praktické výuky v laboratorních podmínkách i v nemocnici schopnost a ochota učitelek i mentorek opustit stávající způsob výuky studentů s hlavním cílem pouze správně technicky provést výkon, tzn. perfektní zvládnutí pouze psychomotorické domény, zatímco v úrovni kognitivní domény se většina učitelů omezuje pouze na zvládnutí úrovně zapamatování u studentů. To je pro péči o pacienty, kteří reagují na zdravotní problém či výkon často individuálně, naprosto nedostačující. Chybí zejména úroveň analýzy a syntézy a velmi často je zanedbávána i úroveň hodnocení. Hodnocení probíhá pouze v úrovni, zda se výkon technicky povedl nebo nepovedl, ale nikoli jak na něj reagoval pacient a k jakým změnám v závislosti na výkonu došlo. Nejnáročnější a pro učitele nejvíce zatěžující třetí doména afektivní, zaměřující se na postoje a hodnoty studenta, je pro nedostatek času, učitele nemotivující školní prostředí, velkou byrokracií, vedení příliš velkého počtu studentů a přílišné množství úkolů, které učitelé musí plnit, úmyslně opomíjena. Přitom zvláště při výchově k povolání sestry, kde se pracuje nepřetržitě s různými typy pacientů (osobnostně, věkově, tíží choroby) je tato doména nesmírně důležitá. Teoreticko-praktickým předmětem připravujícím na odbornou praxi, jsou Ošetrovatelské postupy, v nichž se studenti učí odborné ošetrovatelské výkony. I studijní osnovy tohoto předmětu jsou ale orientovány převážně na správné provedení výkonu, s podceněním domén v kognitivní a afektivní oblasti. Nácvik praktických dovedností čili technických kompetencí vyžaduje pečlivou přípravu, zejména předvídání možných problémů a nastavení preventivních opatření v situacích, které škola primárně ovlivnit může.

## 4.1 Nácvik technických kompetencí na klinickém pracovišti

Ošetrovatelská profese je založená především na praxi a zahrnuje celou řadu specifických dovedností, jejichž nácvik vyžaduje dostatek času (10, 14,24). Cílem je, aby se zvláště pro pacienta "rizikové" (hrozba poškození zdraví, např. zavlečením infekce) výkony naučili studenti provádět zcela rutinně a stále stejně bez ohledu na pracoviště, na kterém vykonávají odbornou praxi. Nacvičení postupů skutečně standardním způsobem je obzvlášť důležité, protože je poměrně časté, že na mnohých pracovištích jsou při provádění některých výkonů porušovány základní principy a praxe se výrazně liší od teoretických pravidel. Je smysluplné, aby si studenti vedli evidenci o provedených výkonech a aby do skončení studia provedli v rámci praxe v požadovaném počtu všechny základní výkony. Vedoucí sestry na pracovištích Fakultní nemocnice v Plzni mají zkušenost, že není výjimečné, aby student na konci studia dosud neprováděl některý běžný výkon vůbec nebo jen nedostatečně (např. katetrizaci močového měchýře). Pokud není vedena evidence výkonů, vyučující nemá možnost zjistit, jak na tom student s nácvikem skutečně je. Je tedy žádoucí, aby byla evidence vedena, nejlépe formou "knihy výkonů", která by vedle výčtu povinných procedur sloužila i jako manuál a obsahovala popis správného technického provedení a záznamy o realizaci výkonů. Popis správného postupu by měl studentovi poskytovat jak vodítko, tak i dostupnou možnost sebekontroly. To musí být samozřejmě spojeno s průběžným hodnocením nacvičených dovedností a propojováním se znalostmi z ostatních předmětů za pomoci vyučujících. Takový způsob potom povede ke správné přípravě studenta na budoucí povolání ve stěžejním předmětu tohoto vzdělávacího programu - ošetrovatelské praxi.

Procvičování výkonů studentem probíhá v reálných nemocničních podmínkách, u skutečných pacientů. Je vždy provázeno stresem z více důvodů, zejména strachu z nezvládnutí výkonu a ublížení pacientovi, ale i dalších. V dosavadní praxi byly stresory působící na psychiku studenta opomíjeny jak školou, tak i nemocničním personálem. V následující kapitole se proto této problematice věnujeme cíleně.

## 5 Psychická zátěž studentů v průběhu odborné praxe

Profese sestry je psychicky a fyzicky náročná v míře závislé na medi-  
cínském oboru a typu pracoviště (ambulance, lůžka), ve kterém je vykonávána.  
Při sledování pracovního stresu u různých profesí bylo u zdravotníků spolu s  
pedagogickými a technickými pracovníky zjištěno, že trpí psychickými pro-  
blémy v necelých 25 %. Nejčastěji jsou uváděny poruchy spánku, psychické  
trauma, úzkost, celková únava, podráždění a bolesti hlavy (25). Pregraduální  
příprava sestry vyžaduje již od 1. Ročníku. Už i tam pečují o skutečného paci-  
enta) vedení k velké odpovědnosti, řešení různorodých situací, rychlému a  
správnému rozhodování. V rámci praktické výuky ve zdravotnických i sociál-  
ních zařízeních se střetávají mnohdy bez jakýchkoli předchozích osobních zku-  
šeností s různě závažně nemocnými anebo postiženými lidmi, současně se musí  
orientovat v někdy složité organizační hierarchii a vztazích na pracovišti, musí  
zvládnout týmovou a multidisciplinární péči bez předchozího výcviku. To je  
pro většinu studentů hned celá skupina stresorů, se kterými se musí, často sami,  
vypořádat.

Stres je zpravidla výsledkem nerovnováhy mezi požadavky a zdroji k  
jejich zvládnutí. Jsou-li již vyčerpány zdroje a rezervy ke zvládnutí požadavků  
a ty nelze nadále plnit, dostavuje se stres. Každý jedinec má určitý rezervoár  
vrozených dispozic a zkušenostmi získaných dovedností v průběhu svého živo-  
ta při opakovaném střetávání se stresory. Z psychologického hlediska je stres  
označován jako stav nadměrného zatížení či ohrožení organismu (26).

Specifickou formou stresu je stres pracovní. Ten je definován jako urči-  
tá odezva organismu, jejíž vznik je dán působením specifických okolností,  
podmínek a faktorů pracovní činnosti v rámci pracovního systému. V EU trpí  
pracovním stresem asi 28% pracujících, přičemž častěji jsou postiženy ženy.  
Těch je ve zdravotnictví všeobecně a především v ošetrovatelství většina. Pra-  
covní stresory jsou dle některých odborníků rozděleny do tří skupin (27, 28):

1. **Stresory související s charakteristickými rysy vykonávaných úkolů či činností**, mezi něž patří rutinní činnosti, jednotvárné činnosti, jednoduché administrativní úkony. Zdravotnických pracovníků včetně studentů ošetřovatelství se v této skupině týkají vnučené pracovní tempo, směnová práce, přetížení novými informacemi, velká odpovědnost za bezpečí pacienta (úsilí o nepoškození zdraví nesprávně provedenými výkony).
2. **Stresory vznikající působením faktorů a podmínek, za nichž jsou výkony a činnosti vykonávány**; patří sem fyzikální, chemické a biologické - rizikové stroje, hluk, práce v chladu; zdravotníků a studentů se může týkat práce v horkých podmínkách (operační sály) a rizika přenosu infekcí a chorob.
3. **Stresory sociální**, k nimž počítáme např. špatné sociální klima v pracovním kolektivu, nevyjasněné kompetence, nevhodný styl řízení - v našem případě nevhodný styl vedení praxe studentů mentorkami a vedoucími sestrami stanic, šikana, nedostatečná komunikace, chybějící opora v kolektivu a mezi pracovní skupinou a managementem. Jak ukazují výsledky našeho sledování uvedené dále, tyto stresory působí na studenty ošetřovatelství především.

Pracovní stres je některými autory také klasifikován do následujících kategorií:

1. **problémy souvisejícími s rolemi, které jedinec zastává** (student je ještě podstatou laik, ale jsou už na něho kladeny požadavky jako na profesionála - role ošetřovatele, rádce, obhájce práv pacientů),
2. **nároky související s obsahem práce** - pracovní vytížení a odpovědnost (student je v průběhu studia vystaven velké zodpovědnosti za zdraví a život pacientů a musí se naučit rychle rozhodovat),
3. **organizace práce** (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědnosti, nadřazené chování personálu, tykání, nucení k nekvalifikované práci příslušející pomocnému zdravotnickému personálu - např. mytí a úklid povrchových ploch a nádobí, ale také požadavky na vykonávání nepříslušejících složitějších anebo pro pacienta rizikových výkonů apod.),

**4. profesní perspektiva** - nevyužití kvalifikace, nejasný kariérní řád, nízké platové ohodnocení.

Prvky všech uvedených kategorií (nezvládnutí odpovědnosti za svoji práci, velká fyzická a psychická zátěž, opakované špatné zkušenosti s personálem) mohou vést k rozhodnutí studenta opustit povolání sestry. Do způsobu zvládnání stresu a výběru k tomu vhodných strategií stejně tak jako do zvládnání vlastních emocí se promítají osobnostní charakteristiky (26, 29) a pro učitele klinické výuky je proto znalost základních osobnostních rysů studenta velmi důležitá. Učitel tak může posilovat slabé stránky a podporovat silné v osobnostních rysech studenta a tím dokáže maximálně využít potenciálu studenta, snáze zhodnotí jeho jednání a reakce na situace v praxi a bude schopen pomoci studentovi i do budoucna ve volbě vhodného oboru (ambulantní péče, standardní lůžkové oddělení, intenzivní péče).

Problémy plynoucí ze stresu jsou podle odborníků EU i příčinou celé poloviny pracovních absencí. Jde o zdravotní problémy jako kardiovaskulární příznaky, strach, deprese, apatie, poruchy spánku, bolesti hlavy, bolesti svalů, vyčerpání (30). V řadách studentů ošetrovatelství jde podle naší zkušenosti, uváděné dále v této práci, především o psychosociální stres, který souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem pracovního úkolu.

Chronický pracovní stres může vyústit v "syndrom vyhoření", který je popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Považuje se za prolongovanou reakci na chronické interpersonální stresory různého charakteru. Nejdříve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi, zvláště u lékařů, zdravotních sester, učitelů a policistů. Jsou při něm pozorovány tendence ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě. Základními pocity, typickými pro vyhoření, jsou: pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi, výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, kterým má poskytovat službu (26). Mezi pracovišti pro sestry v tomto směru velmi riziková patří onkologická a geriatrická



oddělení, léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy důchodců. Příznaky syndromu se mohou projevovat v rovině psychické - např. utlumená celková aktivita, projevy hostility, cynismu, deprese, fyzické - např. stav celkové únavy, poruchy spánku, bolesti svalů, bolesti hlavy, ale i sociální - např. nízká empatie, konkrétně operační styl myšlení, postupné narůstání konfliktů.

Jak již bylo uváděno, jsou studenti oboru všeobecná sestra v rámci praxe vystaveni stresu ještě mnohonásobně více, a to proto, že jde o jejich první kontakt se zdravotnictvím, první kontakt s pacientem, chybí jim celá řada znalostí potřebných v různých oblastech (primární, sekundární a terciární) a oborech léčebné a ošetrovatelské péče. V posledních pěti letech se navíc objevuje pro studenty bakalářského programu nový stresový fenomén, který jsme nazvali "komplex nižšího dosaženého vzdělání". Přichází od ostatních sester s nižším stupněm vzdělání, které dávají studentům najevo, že jsou v praxi dokonalejší a zdatnější navzdory tomu, že nemají vysokoškolský diplom, a rády hledají a zdůrazňují chyby studentů. Jejich přístup a vytýkání chyb bývá agresivní a záměrně konfrontační.

Špatné zkušenost mohou zanechávat doživotní následky a výjimečné negativní zážitky a události přesahující běžnou lidskou zkušenost (např. smrt dítěte), zvláště jsou-li opakované, mohou vyústit v postraumatickou stresovou poruchu, jejímiž projevy jsou: opakované prožívání události v mysli, úporná snaha vyhnout se myšlenkám na událost, poruchy spánku, podrážděnost, zvýšená lekavost, apatie. V reakci na těžký zdravotní stav pacientů, zejména dětí, se mohou u jedinců objevit nápadné konflikty s předpisy, problémy s včasnou docházkou do práce, abúzus léků či alkoholu, pocit ztráty smyslu života a smysluplnosti práce, únik do nemoci (31,32).

## **5.1 Šikana studentů na odborné praxi**

Nežádoucím jevem, který postihuje také školství, je šikana. Je charakterizována jako sociálně patologický jev, při němž je omezována zejména osobní svoboda a svoboda rozhodování, je ponižována lidská důstojnost a čest, mnohdy je obětí ubližováno na zdraví či majetku. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině osob (žá-

ků/studentů), které se neumí nebo nemohou bránit. Zahrnuje fyzické útoky, slovní útoky v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka/studenta jinou skupinou žáků (33). V poslední době se této problematice na úrovni základního i sekundárního školství věnuje stále více pozornosti. Přestože existují odborné publikace z této oblasti, nenalezli jsme práce zabývající se šikanou v podmínkách odborné praxe v rámci kvalifikační přípravy sester na vysokoškolské úrovni. Jsou zkušenosti, že šikana existuje mezi sestrami v praxi, a proto jsme předpokládali, že se s ní pravděpodobně setkáme i ve vztahu ke studentům, a to především ze strany sester v provozu, ostatního personálu, a možná i mentorek. Sledování tohoto problému bylo proto jednou z částí naší práce v rámci studia psychické zátěže studentů na odborné praxi.

Zvládání problémů působících na psychiku studenta vyžaduje odbornou pomoc. Za vhodnou formu je považováno zapojení pro tento účel speciálně školeného zkušeného odborníka. Účel a podstatu jeho činnosti v praktické výuce studentů je popisován v následující kapitole.

## 6 Supervize

Supervize je relativně nový způsob podpory (poradenství) poskytované profesionály, který je využíván v zahraničí především u profesí sociálních pracovníků, zdravotníků, policistů, manažerů, pacientů/klientů se závažnějšími psychosomatickými problémy. Lze ji charakterizovat jako odborné vedení a existují různá, i když obsahově podobná vymezení tohoto termínu, např.: "Supervize znamená vidět z odstupu, pohlížet na práci druhého očima zkušeného psychologa, citlivého učitele"; "Supervize je proces sebezdokonalování člověka v jeho povolání a proces "údržby" osobnosti na jisté optimální úrovni"; "Supervize je v pomáhajících profesích učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde v je popředí spíše facilitační než kontrolní funkce" (34).

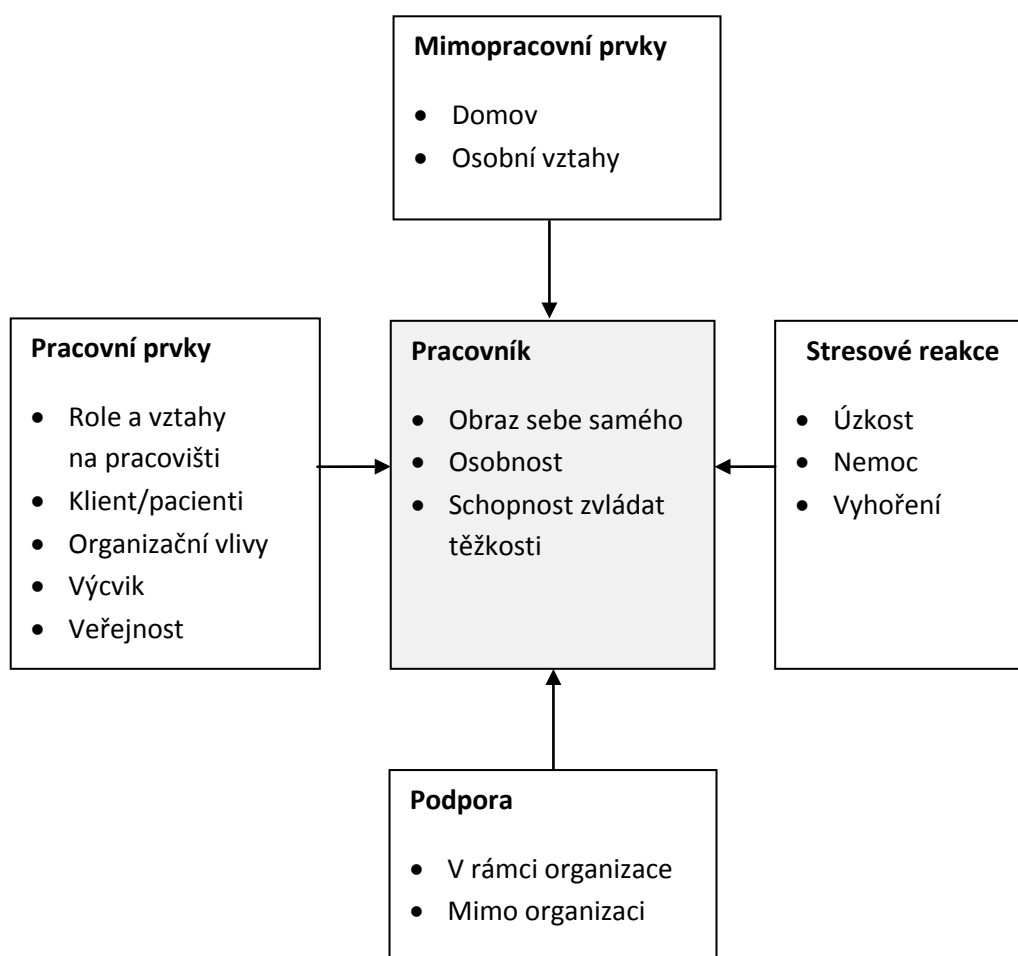
Supervize je v zahraničí na vysokých školách zahrnuta i do kvalifikační přípravy některých profesí včetně povolání všeobecné sestry (35, 36), kde jde o proces sebezdokonalování studenta v jeho přípravě na budoucí povolání a optimální zvládnutí obtížných situací.

U nás se supervize uplatňuje hlavně v psychoterapii, v sociálních službách, případně v přípravě na povolání klinického psychologa. Ve výuce všeobecných sester v ČR se zatím nepoužívá, přestože by byla přínosná, jak ukazují naše poznatky v oblasti psychické zátěže studentů na odborné praxi. Hlavními důvody absence této metody jsou neznalost nebo omezená znalost účelu supervize, tím nedocenění jejího významu ve výuce a konečně i tendence ušetřit náklady za kurzy a realizované hodiny supervize.

Supervize poskytuje profesionální růst, emoční podporu, asistuje při vyrovnávání se s negativními zkušenostmi, umožňuje jiný pohled na vlastní práci, vytváří prostor pro reflexi. Se supervizí mají dobré zkušenosti např. v Nizozemsku či Velké Británii, kde do předmětu odborná praxe zapojují supervizora (22, 37). Tuto roli má zkušená speciálně vyškolená osoba, která se studenty rozebírá a hodnotí průběh praxe, po dohodě se studenty předává učiteli zodpovědnému za organizaci a realizaci praxe některé informace vyplývající ze supervize a potřebné pro řešení problémů, provádí společně s mentory hodnocení

studentů a pomáhá řešit problémy různého rázu. Poskytuje tedy podporu oběma stranám. Supervize je i nedílnou součástí přípravy vyučujících a mentorek a ve Velké Británii je dokonce vypracován národní rámec - průvodce pro mentory (37).

Když se člověku při práci s lidmi v situacích, kdy musí provádět klíčová rozhodnutí nedostává podpory, stává se, že vstřebává více citového rozrušení, strádání a nepohody, než je schopen zpracovat. Potom dochází k přetížení. Stres je vstřebáván nejen od klientů, pacientů, ale i z pracovního prostředí organizace. V profesích jako je ošetrovatelství může být supervize velmi důležitou součástí péče o sebe, umožňuje zůstat otevřený novému učení a je nepostradatelnou součástí neustálého vývoje pomáhající osoby, jejího sebeuvědomění a odhodlání dále se vyvíjet.



*Pramen: Fineman, S. Social Work Stress and Intervention, Ashgate: 1985*

Fineman přináší užitečný a jednoduchý model dokreslující vzájemnou propojenost stresu a podpory. Jeho schéma zdůrazňuje důležitost nejen toho věnovat pozornost vlastnímu systému podpory a přebírat za něj odpovědnost, ale i aktivně reagovat na stresory ve vlastním životě, v práci i doma. V pomáhajících profesích stresory vznikající při práci často vybudí naše duševní i tělesné systémy k akci, avšak bez možnosti mobilizovanou energii v nějaké akci vybit. Jsme nuceni sedět a prožívat pacientovu bolest nebo musíme vytrpět frustraci z toho, že nedokážeme uspokojit potřeby klienta, s nímž jsme ve styku, případně musíme zvládat situace, pro něž se necítíme dostatečně profesně či citově připraveni.

Supervize je ústřední forma podpory, při níž se můžeme nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty/pacienty. Dobrý supervizor může také pomoci lépe využívat vlastní zdroje, lépe si poradit s objemem práce a zpochybnit nevhodné vzorce chování. Součástí dobré supervize je rozpoznání překážek a nalezení účinných způsobů, jak je překonat.

Supervize může probíhat v individuální či skupinové formě. Skupinová supervize je uplatňována na zahraničních fakultách ošetřovatelství (Nizozemsko, Spojené státy, Velká Británie). Její výhody jsou (35):

1. ekonomické využití času, financí,
2. dodává podpůrnou atmosféru, pracovníci a studenti se mohou navzájem podělit o své zkušenosti, úzkosti a zjistit, že i někdo další čelí stejným nebo podobným problémům,
3. supervidování těží z reflexí, zpětné vazby a příspěvků od svých kolegů, supervizora,
4. skupina dává supervizorovi možnost přezkoušet si vlastní emoční či intuitivní reakce na předkládaný materiál tím, že sleduje, zda členové skupiny reagovali stejně,
5. skupina může nabídnout širší škálu životních zkušeností a tak je pravděpodobnost, že se někdo ze skupiny dokáže vcítit jak do supervidovaného, tak do pacienta,

6. ve skupině je možné přehrát terapeutické sezení s některým z ostatních členů skupiny hrající klienta.

Důležité pro úspěch supervize a zjištění problémů studentů v průběhu odborné praxe je pro supervizora získat si jejich maximální důvěru a navodit bezpečnou a přátelskou atmosféru, v níž se nebudou obávat svěřovat se (35).

Již v průběhu odborné praxe se studenti setkávají s různými situacemi, které je trápí - s bolestí, utrpením a bezmocností pacientů, ale i s různým stupněm nevládného až agresivního chování ze strany personálu, především sester. Někdy může ponoření se do problému a snaha za každou cenu pomoci pacientovi vést ke velkému vyčerpání a k projevům stresu popsaným v kap. 4. Lidské potkávání je v pomáhajících profesích z vlastní podstaty stresující. Vyvolaný stres lze utišit a využít ho k pochopení pacientů při dobrém supervizním vztahu. Ten je nejlepší známou cestou zajišťující, že pracovník či student zůstane otevřený sobě, kolegům i pacientům.

Zvládání popsaných, mnohdy velmi obtížných situací je i součástí hodnocení studenta v průběhu praktické výuky. Že se jedná o nelehký úkol, se kterým se potýká většina zdravotnických škol v České republice i v zahraničí ukazuje následující kapitola.

## 7 Hodnocení studentů

Obecný význam hodnocení je porovnávání něčeho s něčím, při kterém rozlišujeme lepší od horšího, nebo se snažíme najít cestu k nápravě. Pro učitele je velmi obtížné stanovit, co je třeba porovnávat a co je možné opomíjet (38).

Hodnocení by mělo mít pro studenta v první řadě motivační funkci související s emocionální stránkou. Při práci s lidmi, zvláště nemocnými, kdy je narušena jejich psychika a je změněn způsob chování, jsou prožitky získané při ošetřování často bolestné, stresové - plné strachu a úzkosti. Často se můžeme u studenta setkat s otázkami „Neublížím pacientovi?“, „Nebude trpět?“, „Povede se mi výkon napoprvé?“. Jestliže student provádí výkon, zvláště složitější (odběr krve, aplikace injekcí apod.), pod dohledem učitele, který detailně sleduje každý jednotlivý pohyb a úkon, stupňuje se nervozita a strach. Proto následné rozebrání jeho postupu, a to kladů i nedostatků, ale i pocitů pacienta, u něhož byl výkon prováděn je velmi důležité pro budování zdravého sebevědomí, sebevědomí a jistoty studenta. Bohužel, takový postup není běžný a uvedené kvality se u studentů cíleně nestimulují a mnohým citelně chybí.

Další funkce hodnocení je poznávací. Ta souvisí s rozumovou stránkou a týká se objektu hodnocení. V jejím rámci se nabízejí otázky na studenta "Proč postupuješ tímto způsobem?", "S čím to souvisí?".

Třetí významnou stránkou hodnocení je funkce konativní, související s vůlí k činu, vzbuzující ve studentovi otázku "Co musím udělat, abych se zlepšil?" (38).

Všechny tři uvedené funkce jsou ve vztahu k citu, rozumu a vůli, a hodnocení studenta je má vždy obsahovat. Hodnocení je velmi citlivá činnost a jeho způsob může studentovi výrazně pomoci, ale i velmi ublížit. Je do značné míry založeno na subjektivním vnímání učitelem a tím ovlivněno dalšími faktory - vizáží studenta, úpravou, chováním, úrovní sebevědomí, vyjadřováním, rychlostí při práci, od kterých se vyučující mnohdy není schopen odpoutat, a tyto faktory pak mohou konečné hodnocení výrazně ovlivnit bez ohledu na

skutečné schopnosti studenta. V hodnocení studentů ošetrovatelství v předmětu Odborná praxe, jehož praktická výuka se odehrává ve velmi nehomogenním prostředí a často i za dramatických okolností, jsou nároky, které na učitele/mentora klade hodnocení, ještě vyšší. Hodnotící by měl proto být skutečně zdatný praktik s velkými teoretickými znalostmi ve svém oboru.

Při hodnocení studenta v rámci praxe je vhodné využít kombinaci sumativního a formativního hodnocení. Sumativní hodnocení je prováděno na konci výuky předmětu a formativní je zpětnovazební, korektivní, které by mělo být provedeno po realizaci každého výkonu a na konci každého dne odborné praxe. Student tím průběžně získává informaci o svých kladech i nedostatcích, má možnost uvědomit si chyby, kterým se má vyhýbat, a zjistit, v které oblasti si má případně rozšířit vědomosti zlepšenou přípravou.

Situace, kdy má jednoho studenta hodnotit více vyučujících, navíc s rozdílnými praktickými zkušenostmi, různou úrovní vzdělání a různými pracovními návyky, je situací významně stresovou nejen pro studenta, ale i hodnotící. V předmětu odborná praxe zasahuje do výuky i hodnocení ať přímo či nepřímo vedle mentora a vedoucí odborné praxe školy i vedoucí sestry oddělení, další sestry a lékaři. Všichni mohou ovlivnit pozitivně či negativně způsob, jakým student provádí výkony a jak jedná s pacienty, a to přímo radou či pokyny, anebo nepřímo jako vzory, které student napodobuje nevědomě nebo také proto, aby v daném provozu tzv. "přežil" a zapadl do kolektivu.

Vypracovat hodnocení klíčových kompetencí, stanovit pro ně kritéria a vybrat škálu na měření vlastností, uplatňování kritického myšlení, vhodného jednání s pacienty a kolegy, uplatňování praxe založené na vědeckých poznatcích, maximální využívání teoretických znalostí v praxi, psychického zvládnutí složité situace, schopnosti sebereflexe, řízení ošetrovatelské péče a podobných aspektů je velmi obtížně, protože tyto kvality nejsou kvantitativně měřitelné (39). V akreditovaných programech s novými požadavky na absolventa je proto důležité zaměřit se na výše uvedené kvality a pokusit se vypracovat způsoby jejich hodnocení. Tomuto velmi obtížnému úkolu se již řadu let



věnují v zahraničí vysokoškolští pedagogové v oboru ošetrovatelství a je to téma, které často zaznívá na zahraničních i domácích konferencích.

Ve vzdělávacích programech ošetrovatelství, zvláště v podmínkách České republiky dominuje stále ještě sumativní hodnocení. Jedním ze způsobů takového hodnocení klinického vzdělávání je použití strukturovaného formuláře, tzv. OSCE - Objective Structured Clinical Evaluation, který byl vyvíjen na základě teorie problémové výuky. Umožňuje hodnotit široký okruh znalostí a dovedností studenta v krátkém čase (manažerské dovednosti, technické dovednosti, využití teoretických poznatků, vhodná komunikace apod.). Studenti se tzv. "točí" v sérii modelových situací, které se vyskytují v klinické praxi. Na závěr získávají studenti zpětnou vazbu formou slovního hodnocení a dostávají známku (39). Protože přínosnější je hodnocení formativní, byl navržen způsob systematického formativního hodnocení v průběhu celé praxe (40). Ten stanovuje jednotná pravidla pro hodnocení studentů bez ohledu na jejich budoucí specializaci. Hodnocení se vztahuje na kritéria postihující specifické dovednosti profese sestry (např. podávání léků, ordinace a dokumentace ošetrovatelských intervencí, aj.), schopnost spolupráce, řešení etických problémů, komunikace s pacientem, komunikace se členy týmu, využití teoretických poznatků v praxi, podílení se na výzkumu, schopnost sebereflexe. K zhodnocení je používána sedmistupňová škála (nedostatečně rozvinutá schopnost až výborně rozvinutá schopnost).

## 8 Evaluace výuky odborné praxe

Hodnocení výuky neboli pedagogická evaluace má význam pro to, aby studijní program splňoval svůj účel. Existuje pro ni celá řada charakteristik, např. mezinárodním pedagogickým slovníkem je vysvětlována jako "hodnocení dat získaných pozorováním nebo měřeními ve výkonových testech či jiným způsobem", v jiných zdrojích (41, 42) ji pojímají jako "novou disciplínu pedagogiky, jež se zabývá hodnocením jevů edukační reality. Tyto jevy mají různorodou povahu a tudíž i pedagogickou evaluaci reprezentuje dost rozsáhlý repertoár toho, co je podrobováno hodnotícím analýzám".

Pro zdravotnické školství vidí Světová zdravotnická organizace evaluaci výuky jako proces, který ukazuje, do jaké míry v konečném důsledku přispívá k dosažení zdravotnických potřeb. Evaluace jako součást řízení kvality v této oblasti není jednorázovou činností, ale kontinuálním procesem, protože zdravotní péče je velmi dynamicky se vyvíjející a měnící obor a s jeho vývojem a proměnami se musí vyvíjet a měnit i příprava zdravotníků.

Evaluace by měla zahrnovat všechny složky osnov včetně kontinuálního postupu při výuce a vztahů mezi jednotlivými složkami. Do evaluace musí být zahrnuta výuka ve školním prostředí i v prostředí klinické/komunitní praxe.

Dokumenty Evropské unie doporučují zaměřovat se v evaluaci našeho studijního programu především na:

- získání přehledu o tom, co se přesně odehrává v rámci osnov, a tuto realitu srovnat se stanovenými záměry,
- zjištění výsledků, tj. na rozvoj kvalifikace k výkonu práce kvalifikované sestry, odpovědnost učitelů a školského managementu,
- rozhodování školského managementu o výdajích,
- určení silných a slabých stránek výuky pro účely dalšího rozvoje.

Evaluace v předmětu Odborná praxe je specifickou záležitostí, protože jeho výuka se odehrává ve zdravotnických zařízeních - na "cizí" půdě, a není tedy v kompetenci vedoucího praxe ani vedení školy případně shledané

nedostatky odstraňovat nebo napravovat. To bylo příčinou, že se v našem zdravotnickém školství tradičně neprováděla, nebo byla jednostranná a formální. Přitom jde o předmět, který je pro danou profesi bezesporu nejdůležitější. Proto jsme v rámci předkládané práce vyzkoušeli uplatnit některé evaluační nástroje s modifikovaným výstupem - v případě negativních poznatků změnami ve volbě školících pracovišť a přemístěním studentů na jiná, a to i v průběhu školního roku.

Evaluace by se měla týkat prostředí (úroveň vybavení, pomůcek, vhodného zázemí), personálu (úroveň mentorek, přístup ostatních - podporují nebo kladou překážky, chování vlídné nebo nevlídné) a kvality ošetrovatelské péče (dodržování standardů, uplatnění moderních metod ošetřování, etiky a chování k pacientům apod.) (43, 44, 45). Vhodnou metodou je anonymní dotazník, který umožňuje získat cenné a pravdivé informace, ze kterých je možno dočerpávat při sestavování dalších plánů odborné praxe. Dotazníkovou metodu je vhodné doplnit neformálními rozhovory skupinovými i individuálními, ve kterých studenti popisují své zkušenosti. Všechny získané informace je nutné ověřovat v praxi a učitel ze školy musí pravidelně oddělení navštěvovat a zjišťovat podmínky pro praxi. Rozhovory a ověřování zkušeností je nutné provádět i s mentorkami a jejich nadřízenými. Takovým komplexním způsobem lze vytvářet objektivnější obraz stavu a úrovně odborné praxe (46, 47, 48). Naše výsledky včetně vyvozených opatření jsou uváděny v praktické části této práce.

Součástí evaluace výuky je i problematika vedení výuky odborné praxe, která zahrnuje nejen dohled na správné provádění výkonů, ale i nácvik komplexní péče o pacienta. Následující kapitola se zabývá metodami výuky, které k tomu lze využívat.

## 9 Vhodné výukové metody předmětu Odborná praxe

Výběr vhodných výukových, zejména aktivizačních, metod pro praktické předměty není jednoduché. Zvláště u dospělých studentů a s ohledem na klíčové kompetence studenta se musí vyhnout tomu, aby role studenta byla pasivní, submisivní a založená pouze na přesném vykonávání jeho pokynů a podřízení se názorům učitele (49). Vzhledem k tomu, že výstupní požadavky na absolventa jsou náročné nejen po stránce profesní ale i po stránce lidství (vystupovat vždy v klidu, slušně, být empatický apod.), je vhodné, a to i přesto, že studenti jsou již dospělí, spojit vzdělávání i s výchovou studentů. Ti přicházejí s různými postoji, hodnotami a způsobem řešení problémů ze své rodiny a škola by je měla připravit na zvládnutí rozličných situací, především na to, že každý den svého pracovního života budou v kontaktu s různě trpícími pacienty, se kterými neměli dosud žádné zkušenosti. K řešení těchto rozličných situací v péči o dospělého i dětského pacienta a jeho blízkých ať už po stránce odborné, psychologické či komunikační je nutné zavést do výuky různé aktivizační metody, které budou zaměřeny na složku nejen psychomotorickou, kognitivní a u nás zatím u studentů podceňovanou složku afektivní včetně podpory kritického myšlení. Níže uvedené metody považujeme za vhodné a přínosné pro výuku našich praktických předmětů (Odborná praxe, Ošetřovatelské postupy).

### 9.1 Metoda "Problem based learning - PBL"

#### (učení založené na problému)

Výuková metoda „problem based learning“ (učení založené na problému), mezinárodně označovaná převážně zkratkou PBL, se ve velké míře používá v anglosaských a západoevropských zemích, hojně např. na nizozemských zdravotnických školách v teoreticko-praktických či čistě praktických předmětech. Na našich zdravotnických školách se s ní nesetkáme. Její zavedení do vybraných předmětů by vyžadovalo kompletní reorganizaci výuky, posílení počtu učitelů praktické výuky v laboratoři a v nemocnicích a snížení počtu studentů ve skupině, nutnost nových specifickým způsobem zpracovaných učebních textů, vzdělání vyučujících v této metodě, rozšíření počtu učeben praktického výcviku (laboratoří) ve škole či v nemocnici a jejich dokonalé vybavení.

Realizace těchto změn je závislá jednak na vůli managementu školy anebo nemocnice, jednak na potřebných finančních prostředcích (50, 51). Studenti by také museli v daleko větší míře samostatně vyhledávat odborné zdroje, často existující jen v cizích jazycích, nejčastěji angličtině. To ale naráží u většiny našich studentů na zásadní problém - zcela nedostatečnou znalost cizích jazyků, kdy mnoho studentů má problémy dokonce i se slovenským textem.

Typické PBL se provádí ve skupině studentů (obvykle 10-12), kterou učitel pouze usměrňuje. Počet setkání skupiny je individuální a je dán náročností a počtem témat v předmětu. Studenti volí ze svého středu předsedu a zapisovatele diskuse a v těchto rolích se střídají při každém novém tématu. To podporuje dovednost řídit a usměrňovat skupinu a zaznamenávat pouze podstatné informace. Při praktické výuce jeden student odebírá u vybraného pacienta anamnézu a na základě fyzikálního vyšetření a případných dalších doplňujících vyšetření zjišťuje patologické nálezy. Tyto nálezy prezentuje ve skupině, která kolektivně hledá klinický ošetrovatelský problém a jeho příčiny. Učitel pouze pozoruje a do vedení skupiny předsedovi nezasahuje, jeho rolí je pouze usnadňovat průběh a směřovat diskuzi tak, aby studenti dosáhli vytýčených cílů. Jeho aktivnější zapojení je zpravidla nutné při rozboru literatury, ve které se hledají podklady pro řešení problému (52, 53). Student má pro každý předmět, kde se metoda uplatňuje, příručku se scénáři, problémy, s literaturou ke studiu a dalšími výukovými materiály. Na každou hodinu je povinen předem se připravit - prostudovat zadanou literaturu a splnit některé další úkoly.

Mezi dovednosti a postoje, které se tak rozvíjejí, patří schopnost týmové práce, naslouchání, spolupráce, úcta ke kolegům, peer review, sebereflexe, schopnost prezentovat, kritické hodnocení literatury a řízené učení se (54, 55, 56).

PBL se skládá ze tzv. „sedmi maastrichtských kroků“:

1. určit a objasnit neznámé či nejasné pojmy, termíny prezentované ve scénáři a zapsat nevysvětlené pojmy na tabuli.
2. Definovat problém/y k diskuzi; studenti mohou mít různé pohledy na zadaný problém.
3. Realizace skupinové výměny názorů a nápadů (tzv. brainstormingu) k problému; studenti navrhnou možná vysvětlení podložená dosud získaným znalostmi a popisují skutečnosti, které ještě neznají – odhalují mezery ve svých znalostech. Vše se zapisuje na tabuli.
4. Revize kroku dva a tři.
5. Formulovat výukové cíle; skupina hledá shodu v cílech; učitel usměrňuje činnost skupiny, aby se neodchylovala od těchto cílů.
6. Samostudium studentů (všichni studenti shromáždí informace ke všem stanoveným výukovým cílům).
7. Skupina studentů si sděluje výsledky samostudia včetně zdrojů. Učitel kontroluje a hodnotí výsledky.

### **Výhody metody**

1. **Metoda orientovaná na studenta** - posiluje aktivní učení, zlepšuje chápání příčin, souvislostí a řešení, rozvíjí metody učení se.
2. **Generické kompetence** - metoda umožňuje rozvíjet všeobecné kompetence a postoje potřebné pro jejich budoucí praxi.
3. **Integrace** - metoda usnadňuje integrovat všechny stěžejní požadavky z kurikula na studenta.
4. **Motivace** - metoda je do určité míry hravá pro studenty a učitele a zapojuje do výukového procesu všechny studenty.
5. **Učení do hloubky** - studenti musí pracovat s různými výukovými materiály a zdroji a porovnávat je, což podporuje hlubší chápání.
6. **Aplikace koncepce konstruktivismu** - studenti aktivují primární znalosti a aktivně je rozvíjejí novými poznatky a fakty.

## **Nevýhody metody**

- 1. Výběr učitelů**, kteří mohou učit metodou PBL - je nutné je vyškolit, protože výuka založená pouze na vlastních zkušenostech a praxi může PBL znehodnotit.
- 2. Potřeba dostatečného počtu vyučujících.**
- 3. Vybavení** - dostatek knih, vhodné počítačové vybavení, přístup na internet, přístup do mezinárodních databází odborných zdrojů, dostatek pomůcek k nácviku technických kompetencí apod.
- 4. Nejistota studentů** - studenti si nemusí být jisti, jak řídit svoje učení, které informace jsou pro výuku podstatné, užitečné.

## **9.2 Doporučené další metody**

K dalším metodám, které se běžně využívají na zdravotnických školách, patří klasické výukové metody - přednáška a vysvětlování (metody slovní) a instruktáž (metoda názorně demonstrační) (57, 58, 59). Pokud by nebylo z Objektivních příčin možné zavést metody PBL do praktického vyučování, stálo by za úvahu, aby vedení příslušných kateder cíleně zavedlo do praktické výuky takové metody, které by podporovaly rétoriku, prezentaci vlastních výsledků práce, argumentaci, kritické myšlení, rozhodování se, vyslechnutí a respektování jiných názorů, posilování zdravého sebevědomí apod. To mohou podpořit aktivizační metody \_ situační, inscenační, brainstorming, diskuse, metoda problémového výkladu či velmi přínosné kazuistiky (57,58,60,61).

## 10 Kurikulum předmětu Odborná praxe

Jedním z cílů naší práce je navrhnout podrobné kurikulum předmětu Odborná praxe pro potřeby naší školy. Toto kurikulum by mohlo být podkladem pro vypracování standardního kurikula pro všechny studijní programy a školy uváděného typu.

Termín kurikulum je běžně používán v odborné pedagogické komunikaci. Pochází z latinského jazyka *currere* (běžeti) a pro pedagogiku má význam "běh, průběh". Zahrnuje veškerou zkušenost, kterou žák získává v průběhu školní docházky, vzdělávací cíle, obsah výuky, činnosti ve třídě, vztahy mezi učiteli a studenty, zdroji a dalšími faktory, které ovlivňují učební situace ve třídě (62). Definice kurikula není jednotná, existují desítky definic. Hlavními významy jsou vzdělávací program a obsah vzdělávání. Kurikulum lze také definovat v různých rovinách - doporučené kurikulum (koncepční otázky kurikula), předepsané (závazný dokument pro určité typy škol), realizované kurikulum (co učitel realizuje ve třídě), podpůrné kurikulum (učebnice, časové dotace, vybavení školy apod.), hodnocené kurikulum (testy, zkoušky, další nástroje měření) a osvojené kurikulum (co se žáci/studenti opravdu naučí) (62). Důvodů, proč je vhodné kurikulum tvořit, je několik - dobře reagovat na požadavky státu ve vzdělávání občanů, připravit absolventy pro současný trh práce, pro soustavný rozvoj celé společnosti (učící se společnost), či připravit absolventy dobře obstát v současné společnosti. Dobře vytvořené kurikulum by mělo být holisticky zaměřené, orientované na studenta, mělo by podporovat hloubkový učební styl, učení se a sebereflexi. Výuka také musí zahrnovat účinnou zpětnou vazbu a evaluaci kurikula.

Ukazateli, zda se jedná skutečně o dobře sestavené kurikulum, jsou odpovědi na následující otázky (62):

1. Proč: smysl, hodnoty, funkce a cíle vzdělávání.
2. Koho: kterou část populace.
3. Jak: pomocí jakých učebních strategií.
4. V čem: jakým obsahem.



5. Za jakých podmínek: v jakém prostředí.
6. S jakými efekty: jaké výsledky jsou očekávány.

Jiné zdroje nabízí další otázky (63):

1. Jaké jsou nejdůležitější hodnoty tohoto studijního programu/předmětu?
2. Jaké jsou nejdůležitější procesy ve výuce v oblasti kognitivní, psychomotorické, afektivní a profesionální, kterými student musí v průběhu studia projít?
3. Nakolik je studijní program v souladu s požadavky na profesionální praxi?
4. Jaké dovednosti, postupy, jednání a jaké profesionální praxi se student musí naučit?
5. Jak je studium organizováno a realizováno? Je prostředí pro výuku vhodné?
6. Jak sledujeme proces učení v daném vzdělávacím programu/předmětu?
7. Můžeme uvažovat o srovnávání (tzv. benchmarking) s jinou školou stejného zaměření?

Jak?

Odpovědi na tyto otázky napomáhají neopomenout při sestavování kurikula celého vzdělávacího programu i kurikula jednotlivých předmětů důležité pedagogické prvky. Kurikulum předmětu (formální kurikulum), kterým se v naší práci také zabýváme, lze dle odborné literatury jinak označit jako cílový standard (42).

Tvorba kurikula celého studijního programu stejně jako kteréhokoliv předmětu je prakticky nikdy nekončící práce - s jeho vytvořením je nutné naplánovat i jeho realizaci, evaluaci a zlepšování za aktivního zapojení všech zainteresovaných stran, tedy nejen účastníků školy, ale i potenciálních zaměstnavatelů.

V akreditovaném studijním programu na Vysoké škole v Plzni, o.p.s. obsahovaly jednotlivé předměty hodinovou dotaci, obecné cíle, pracoviště od-

borné praxe a způsob ukončení - zápočty v jednotlivých semestrech 1. - 3. ročníku, zkoušku v letním semestru 3. ročníku. V průběhu tříletého studia sledované skupiny studentů jsme ale dospěli k závěru, že optimální příprava studentů k výkonu povolání všeobecné sestry si žádá u tak složitého předmětu jako je Odborná praxe zpracování kurikula do větších detailů, mezi nimiž by byly specifikovány mezipředmětové vztahy, konkrétní výsledky, metody výuky, požadavky na mentory, hodnocení a zpětné vazby.

V současné době platí Vyhláška MZ ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Jsou v ní zakotveny rámcové požadavky na odbornou praxi studentů. Na základě zahraničních zkušeností (21, 24) a s využitím poznatků z autorčina aktivního tříletého působení v tomto předmětu by bylo vhodné zpracovat projekt, který by se zabýval kompetencemi v pregraduální i postgraduální výuce i u registrovaných sester. Do tohoto projektu by bylo žádoucí zapojit školy, zaměstnavatele a národní profesní organizace. Prvním výstupem by mohly být navržené kompetence pro kvalifikační studium a postkvalifikační kurzy. Druhým důležitým výstupem by mohlo být navržení kurikula odborné praxe s ucelenou didaktikou tohoto předmětu.

## **Praktická část**

Praktická část se zabývá metodikou práce - způsobem sběru dat, výsledky v oblasti profesních kompetencí, hodnocení studentů a evaluací předmětu Odborná praxe a návrhy na řešení problémů.

## **11 Metodika**

### **11.1 Technické kompetence**

Na základě studijních osnova dle Vyhlášky MZ ČR 424/2004 Sb. bylo vybráno 52 výkonů, jejichž provedení by měl každý student v rámci předmětu odborná praxe procvičit, a ty byly zařazeny do tzv. "Knihy výkonů". V ní bylo zaznamenáváno každé provedení. Sledování bylo prováděno u stejného kolektivu studentů v celém průběhu odborné praxe realizované ve druhém a třetím ročníku Vysoké školy v Plzni.

Ve druhém ročníku probíhala praxe v následujících 3 nemocnicích a na uvedených odděleních či provozech:

1. Soukromá nemocnice: interní oddělení, neurologie, koronární jednotka, chirurgická ambulance.
2. Vojenská nemocnice: chirurgické oddělení (děti/dospělí) a ambulance, interní oddělení
3. Fakultní nemocnice: klinika tuberkulózy a respiračních nemocí, ortopedická klinika, interní klinika, kardiologie, psychiatrická klinika, ORL, gynekologicko-porodnická klinika, hematologie, dětská klinika, onkologické oddělení, urologická klinika, kardiologická jednotka intenzivní péče.

Ve třetím ročníku studenti praktikovali pouze ve Fakultní nemocnici v provozech: traumatologické příjmové ambulance, interní kliniky, neurochirurgie, infekční kliniky, neonatologie, geriatry, chirurgické kliniky.

Vždy po ukončení ročníku bylo zhodnoceno, do jaké míry a v jakém počtu se podařilo předepsaný rozsah zvládnout.

Do knihy výkonů nebyly zahrnuty speciální výkony, které nejsou součástí kvalifikační přípravy.

Počty provedených výkonů jsou uváděny v tabulkách č. 5, 6, 7 a to jednak po ročnících s uvedením průměru, minimálního a maximálního počtu na jednoho studenta, jednak souhrnně za celou dobu odborné praxe.

Analyzovali jsme skutečné počty provedených výkonů a na základě nedostatků v jejich množství navrhli některá dílčí řešení.

## **11.2 Psychická zátěž studentů na odborné praxi a hodnocení sebedůvěry**

Psychická zátěž byla zjišťována dotazníkem, k jehož sestavení byly využity poznatky ze sledování zátěže v kriminalistické psychologii (31), praktické zkušenosti sester, studentů a učitelů; v literatuře postrádáme údaje publikované z oboru ošetrovatelství. Anonymní dotazník obsahoval osm uzavřených i otevřených otázek a jeho podoba je uvedena v příloze 1. Byl zodpovězen studenty druhého i třetího ročníku studijního programu ošetrovatelství na Vysoké škole v Plzni, na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně a studenty 2. ročníku na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Bylo uvedeno 7 kategorií traumatizujících situací a studenti jim přidělovali pořadí od největší závažnosti (1.) do nejmenší (7.). Psychicky traumatizující faktory byly hodnoceny souhrnně u studentů všech škol, dále souhrnně srovnány druhé a třetí ročníky uvedených škol s výjimkou Univerzity Tomáše Bati a nakonec navzájem porovnán stav na jednotlivých školách. Některé odpovědi byly zpracovány matematicko-statistickými metodami - byla vypočtena průměrná hodnocení traumatizujících faktorů a posouzena statistická významnost jejich rozdílů. Odpovědi na samostatnou otázku zaměřenou na nejvíce traumatizující moment byly roztříděny do pěti kategorií. Konečným výstupem je návrh nápravy u těch faktorů, které jsou ovlivnitelné anebo odstranitelné a byly uváděny většinou studentů a hodnoceny jako významné.

### **11.3 Hodnocení sebedůvěry na odborné praxe**

Hodnocení sebedůvěry bylo hodnoceno dotazníkem, k jehož sestavení byly využity podklady z odborné literatury (59). Sedm uzavřených a otevřených otázek bylo součástí Knihy výkonů viz Příloha 2. Otázky byly studenty Vysoké školy v Plzni zodpovězeny na konci druhého ročníku a odpovědi diskutovány individuálně i ve skupině studentů při hodnocení praxe. Pro otázky 1 a 2 jsme zvolili pětistupňovou škálu, na kterou jsou studenti zvyklí z klasifikace ze středních škol a k ostatním otázkám studenti vepisovali odpovědi. U otázek 1 a 2 byla vypočten průměr, který ukazuje střední hodnotu, což je pro učitele i studenty snadno představitelná veličina při interpretaci výsledků. Otevřené otázky byly sumarizovány a veškeré výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 34.

Z výsledků průzkumu byla vyvozena opatření týkající se přípravy studentů v příslušných předmětech.

### **11.4 Obtížnost hodnocení studentů mentorkami a společná evaluace výuky odborné praxe vedoucím praxe, managementem nemocnice, mentorkami a studenty**

Obtížnost hodnocení studentů mentorkami byla zjišťována u 25 mentorek v zařízeních v oblasti působnosti Vysoké školy v Plzni. Bylo použito neanonymního dotazníku rozděleného na dvě části, z nichž jedna byla věnována hodnocení, druhá evaluaci výuky předmětu odborná praxe. Dotazník obsahoval celkem 11 otázek, z toho 6 pro oblast hodnocení, 5 k evaluaci. Mentorky hodnotily následující modifikované kompetence dle modelu COPA (64):

#### **I. Komunikační dovednosti**

1. Komunikace s pacienty, klienty, kolegy (naslouchání, odpovídání, vedení rozhovoru, diskuse).
2. Sběr dat v rámci ošetřovatelské anamnézy (využití vhodného ošetřovatelského modelu), zkoumaného problému.
3. Písemné vyjadřování (zpracování úkolu, ošetřovatelské plány, klinické zprávy o klientovi, forma vyjadřování).

## **II. Kritické myšlení**

1. Analýza a syntéza dat o pacientovi a rodině ("vytáhnout" podstatné informace týkající se zdravotního problému a potřeb jedince a správně je propojit, dát do souvislostí).
2. Stanovení ošetřovatelského problému u pacienta/rodiny (správná výstižná formulace odpovídající ošetřovatelské anamnéze).
3. Kritické posouzení úspěšnosti ošetřovatelské péče (schopnost správně si odpovědět na otázky "Proč to tak dělám?", "Mám pro to odborné podklady, důkazy?").
4. Řešení problému, stanovení priorit (vybrání vhodných intervencí k řešení problému pacienta).

## **III. Lidský přístup, interpersonální vztahy**

1. Chování vůči pacientům, kolegům, schopnost spolupráce (vhodná forma komunikace, hlasitost mluvy, slušnost, vlídný přístup, ochota aktivně pomoci, aktivně a ochotně se zapojit do týmu).
2. Dodržování etických principů vůči pacientovi a rodině (dodržování práv pacientů/děti, dodržování intimity, respektování důstojnosti, postupy "lege artis").
3. Dodržování pracovní doby (příchod a odchod do služby na čas, dodržování přestávek).

## **IV. Manažerské dovednosti**

1. Organizace práce (schopnost rozvrhnout si práci v souladu s potřebami pacientů, ordinacemi lékaře, vyšetřeními).
2. Navržení a realizace vhodného ošetřovatelského plánu (efektivní řízení ošetřovatelské péče k co nerychlejšímu, bezpečnému a ekonomicky výhodnému zvládnutí ošetřovatelského problému pacienta).
3. Efektivní využívání pomůcek (volba vhodných pomůcek ke konkrétnímu výkonu).

## **V. Edukace (Vyučování)**

Edukace klienta/pacienta, rodiny (použití tzv. edukačního procesu při předávání znalostí a dovedností klientovi/pacientovi anebo rodině ke zvládnutí konkrétního zdravotního problému v domácím prostředí).

## **VI. Schopnost využití poznatků z jiných předmětů**

Teorie ošetřovatelství, anatomie, fyziologie, ošetřovatelství v klinických oborech, psychologie, komunikace, edukace atd.

Na některé z otázek odpovídaly mentorky volbou jedné z nabídnutých alternativ "ano-ne" nebo dle škály "rozhodně ano - spíše ano - nevím - spíše ne - určitě ne". Obtížnost hodnocení klíčových kompetencí klasifikovaly pětistupňovou škálou (1-snadné, 2-spíše snazší, 3-středně obtížné, 4-spíše obtížné, 5-obtížné). Podoba dotazníku je uvedena v příloze 3. Údaje z dotazníků byly doplněny o poznatky z cíleného pohovoru s mentorkami. Některé odpovědi byly zpracovány matematicko-statistickými metodami - byla vypočtena průměrná pořadí a posouzena statistická významnost jejich rozdílů.

Rovněž evaluace praktické výuky byla prováděna v zařízeních spolupracujících s Vysokou školou v Plzni. Dotazník pro mentorky byl již popsán v předchozím odstavci (příloha 3). K hodnocení připravenosti mentorek vyučovat odbornou praxi byl vedoucí ošetřovatelské praxe (autorkou předkládané práce) ve spolupráci s managementem nemocnice připraven další dotazník a provedeny pohovory s mentorkami a vrchními sestrami školních stanic. Dotazník obsahoval 22 otevřených i uzavřených otázek (příloha 4). Pro možnost srovnání byly dotazovány i mentorky spolupracující s jinými školami než Vysokou školou v Plzni, se státní Střední a Vyšší zdravotnickou školou v Plzni a Lékařskou fakultou UK v Plzni.

Dotazníkem bylo zjišťováno i hodnocení školních stanic studenty (příloha 5). Dotazník byl primárně anonymní, ale studenti měli možnost uvést své jméno. Byl rozdán na konci každého semestru, obsahoval 7 uzavřených otázek, hodnocených škálou obdobnou 5- stupňové školní klasifikaci, od 1 (výborné) do 5 (nevyhovující). Student měl možnost doplnit odpovědi volným vyjádře-

ním. Odpovědi byly vyhodnoceny za každé školní pracoviště zvlášť a doplňující odpovědi studentů byly ve stručné podobě uvedeny.

Z výsledků průzkumu byla vyvozena opatření týkající se přípravy mentorek a jejich kontaktu se školou. V evaluaci výuky byly určeny efektivní způsoby zpětné vazby.

### **11.5 Evaluace všech pracovišť odborné praxe studenty**

Evaluace proběhla ve všech čtyřech plzeňských nemocnicích, kde se praxe studentů odehrávala. Výsledky hodnocení byly vždy poskytnuty vrchní sestře pracoviště a bylo diskutováno o oprávněnosti připomínek a zjištěných problémech. Oprávněnost kritiky ze strany studentů mohla být částečně posuzována i vedoucí odborné praxe díky jejím pravidelným návštěvám studentů v průběhu praxe. Vzhledem k tomu, že by uvedení všech výsledků této evaluace byly příliš obsáhlé, uvádíme v kapitole výsledků jen hodnocení jedné nemocnice studenty za období jednoho semestru.

### **11.6 Evaluace výuky odborné praxe vedoucí odborné praxe, managementem nemocnice a mentorkami**

Při přípravě školních stanic byl připraven a proveden audit zaměřený na personalistiku (dostatečný počet mentorek, splnění požadovaných podmínek mentorkami, počet registrovaných sester dle zákona 96/2004 Sb.), formální záležitosti (uzavření smlouvy se školou, pravidelný kontakt se školou, včasné podání informací o výuce a požadavcích na výuku ze strany školy), na náklady (odměna za práci mentorkám, náklady na pomůcky). Tento audit na rozdíl od evaluace popsané v předchozí subkapitole proběhl ve Fakultní nemocnici v Plzni, stěžejním zařízení pro výchovu budoucích všeobecných sester, kde probíhá praktická výuka pro čtyři zdravotnické školy, které připravují budoucí všeobecné sestry a bakalářky ošetřovatelství.



## 11.7 Matematicko-statistické zpracování

Většina výsledků předkládané práce je takového charakteru, že nemá význam jejich zpracování matematicko-statistickými metodami. V některých případech jsou uváděny pouze absolutní číselné hodnoty, případně průměry a procentuální zastoupení. Jen v kapitolách "Psychická zátěž studentů na odborné praxi" a "Technické kompetence" bylo smysluplné data statisticky zpracovat. Jde o data ordinální, která nemohou mít normální rozložení, a proto bylo použito neparametrických testů (65, 66).

K zhodnocení, zda v kapitole "Psychická zátěž studentů na odborné praxi" konkrétní traumatické faktory traumatizovaly souhrnně studenty všech sledovaných škol, zhruba stejně bylo použito Friedmanova testu. U hodnocení kompetencí studentů bylo testováno, zda se obtížnost konkrétních kategorií hodnocení liší od ostatních, za pomoci Nemenyihova metody (multiply comparison).

V kapitole psychické zátěže byl pro testování, jak se hodnocení jednotlivých traumatických faktorů liší mezi studenty sledovaných škol, použit Kruskal Wallisův test. Byl-li výsledek statisticky významný, bylo provedeno ještě porovnání faktorů modifikovaným Wilcoxonovým (Mann Whitneyovým) testem.

Obdobně, tj. Kruskal Wallisovým testem, bylo porovnáno, jak se liší hodnocení jednotlivých traumatických faktorů mezi studenty 2. a 3. ročníku souhrnně na všech školách s výjimkou Baťovy univerzity, kde v době studie pro krátkost trvání studijního programu ještě nebyl 3. ročník. Při posuzování statistické významnosti bylo rovněž provedeno porovnání faktorů modifikovaným Wilcoxonovým (Mann Whitneyovým) testem.

V kapitole "Obtížnost hodnocení studentů mentorkami" jsme u hodnocení každé z kompetencí vypočítali průměrnou klasifikaci obtížnosti a dle ní sestavili pořadí obtížnosti.

## 12 Výsledky

Mnoho výsledků je číselných a pro lepší přehlednost jsou uváděny ve formě tabulek, pouze s nejnútnejším textem.

### 12.1 Technické kompetence

V tabulkách č. 5, 6, 7 je uvedeno 52 vybraných výkonů a počty jejich provedení s minimy a maximy na jednotlivce v průběhu 2. a 3. ročníku a dále souhrnně za celou dobu studia.

**Tab 5. Rozsah a frekvence provedených výkonů ve 2. Ročníku**

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1studenta</b>
1.Stlaní a převlékání prázdného lůžka	<b>221</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>14</b>
2. Stlaní a převlékání lůžka s pacientem	<b>225</b>	<b>13,2</b>	<b>9</b>	<b>14</b>
3. Celková koupel na lůžku	<b>185</b>	<b>10,9</b>	<b>3</b>	<b>14</b>
4. Pomoc, dohled nad mytím pacienta	<b>170</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
5. Příjem pacienta	<b>193</b>	<b>11,4</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
6. Mytí vlasů u ne-soběstačného pacienta	<b>70</b>	<b>4,12</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
7. Překlad, propuštění pacienta	<b>113</b>	<b>6,65</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
8. Léčebné a vyšetřovací polohy	<b>127</b>	<b>7,47</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
9. Hygienická péče o dospělé děti	<b>170</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>14</b>
10.Oblékání a svlékání nesoběstačného pacienta	<b>170</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
11.Polohování pacienta	<b>191</b>	<b>11,2</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
12.Podávání stravy ne-soběstačnému pacientovi	<b>196</b>	<b>11,5</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
13.Podávání stravy kojenci, batolatu	<b>51</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
14.Měření TK	<b>229</b>	<b>13,5</b>	<b>5</b>	<b>14</b>

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1studenta</b>
15.Měření pulsu	228	13,4	9	14
16.Měření tělesné teploty	238	14	14	14
17.Měření bolesti dle škály	62	3,65	0	5
18.Podávání klyzma	75	4,41	0	9
19.Podávání podložní mísy do lůžka pacienta	221	13	9	14
20.Zaměstnávání pacienta	66	3,88	0	8
21.Pasivní cvičení	46	2,71	0	10
22.Dohled nad aktivním cvičením	68	4	0	10
23.Nácvik sedu	58	3,41	0	9
24.Nácvik stoje	45	2,65	0	9
25.Nácvik chůze	36	2,12	0	9
26.Nácvik soběstačnosti dle Bobatha	2	0,12	0	1
27.Podávání léků per os	231	13,6	9	14
28.Aplikace injekcí i.m.	205	12,1	7	14
29.Aplikace injekcí s.c.	223	13,1	9	14
30.Aplkace injekcí i.v.	164	9,65	1	14
31.Kanylace periferní žíly	110	6,47	1	8
32.Aplikace infúze	219	12,9	8	14
33.Transfúze	48	2,82	0	8
34.Odběr krve	222	13,1	5	14
35.Odběr moče u nekatetrizovaného pacienta	79	4,65	0	9
36.Odběr moče u katetrizovaného pacienta	46	2,71	0	6
37.Katetrizace močového měchýře	48	2,82	0	7
38.Asistence u katetrizace moč. měchýře muže	36	2,12	0	5

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1studenta</b>
39.Zavedení žaludeční sondy	<b>12</b>	<b>0,71</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
40.Výživa sondou	<b>77</b>	<b>4,53</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
41.Podávání enterální výživy	<b>40</b>	<b>2,35</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
42.Asistence při punkci	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
43.Odsávání dýchacích cest z nosu a úst	<b>45</b>	<b>2,65</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
44.Podávání kyslíku	<b>139</b>	<b>8,18</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
45.Péče o drény, drenážní systém	<b>80</b>	<b>4,71</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
46.Předoperační příprava	<b>136</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
47.Převaz pooperační rány, asistence	<b>170</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>14</b>
48.Ošetřování dekubitů, chronických ran	<b>124</b>	<b>7,29</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
49.Bandáž dolních končetin	<b>210</b>	<b>12,4</b>	<b>9</b>	<b>14</b>
50.Karidopulmocerebrální resuscitace	<b>11</b>	<b>0,65</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
51.Vedení ošetřovatelské dokumentace	<b>185</b>	<b>10,9</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
52.Edukace pacienta, rodiny	<b>63</b>	<b>3,71</b>	<b>0</b>	<b>7</b>

**Tab 6. Rozsah a frekvence provedených výkonů ve 3. ročníku**

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1 studenta</b>
1. Stlaní a převlékání prázdného lůžka	207	12,176	6	14
2. Stlaní a převlékání lůžka s pacientem	220	12,941	9	14
3. Celková koupel na lůžku	181	10,647	4	14
4. Pomoc, dohled nad mytím pacienta	146	8,588	4	14
5. Příjem pacienta	118	6,94	1	11
6. Mytí vlasů u nesoběstačného pacienta	41	3,73	0	4
7. Překlad, propuštění pacienta	69	4,31	0	9
8. Léčebné a vyšetřovací polohy	88	5,18	2	11
9. Hygienická péče o dospělé děti	172	10,1	6	14
10.Oblékání a svlékání nesoběstačného pacienta	171	10,1	2	14
11.Polohování pacienta	197	11,6	2	14
12.Podávání stravy nesoběstačnému pacientovi	208	12,2	3	14
13.Podávání stravy kojenci, batolatu	0	0	0	0
14.Měření TK	220	12,9	5	14
15.Měření pulsu	179	10,5	2	14
16.Měření tělesné teploty	236	13,9	12	14
17.Měření bolesti dle škály	48	4,8	3	9
18.Podávání klyzma	67	5,15	0	9
19.Podávání podložní mísy do lůžka pacienta	139	8,18	2	14
20.Zaměstnávání pacienta	45	3,75	2	6
21.Pasivní cvičení	33	4,13	2	7
22.Dohled nad aktivním cvičením	36	4	2	11

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1 studenta</b>
23.Nácvik sedu	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
24.Nácvik stoje	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
25.Nácvik chůze	<b>30</b>	<b>2,73</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
26.Nácvik soběstačnosti dle Bobatha	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
27.Podávání léků per os	<b>221</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
28.Aplikace injekcí i.m.	<b>186</b>	<b>10,9</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
29.Aplikace injekcí s.c.	<b>197</b>	<b>11,6</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
30.Aplkace injekcí i.v.	<b>171</b>	<b>10,1</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
31.Kanylace periferní žíly	<b>95</b>	<b>5,94</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
32.Aplikace infúze	<b>184</b>	<b>10,8</b>	<b>3</b>	<b>14</b>
33.Transfúze	<b>38</b>	<b>3,17</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
34.Odběr krve	<b>186</b>	<b>10,9</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
35.Odběr moče u nekathetizovaného pacienta	<b>56</b>	<b>4,67</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
36.Odběr moče u katetrizovaného pacienta	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
37.Katetrizace močového měchýře	<b>37</b>	<b>2,64</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
38.Asistence u katetrizace moč. měchýře muže	<b>23</b>	<b>2,09</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
39.Zavedení žaludeční sondy	<b>11</b>	<b>2,2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
40.Výživa sondou	<b>73</b>	<b>8,11</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
41.Podávání enterální výživy	<b>22</b>	<b>4,4</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
42.Asistence při punkci	<b>14</b>	<b>2,33</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
43.Odsávání dýchacích cest z nosu a úst	<b>46</b>	<b>5,75</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
44.Podávání kyslíku	<b>84</b>	<b>5,6</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
45.Péče o drény, drenážní systém	<b>79</b>	<b>6,58</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
46.Předoperační příprava	<b>121</b>	<b>8,07</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
47.Převaz pooperační rány, asistence	<b>167</b>	<b>9,82</b>	<b>3</b>	<b>14</b>

<b>Sledované výkony</b>	<b>Počet provedení výkonu</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta n=17</b>	<b>Minimální počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Maximální počet provedení na 1 studenta</b>
48.Ošetřování dekubitů, chronických ran	<b>123</b>	<b>8,79</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
49.Bandáž dolních končetin	<b>170</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
50.Karidopulmocerebrální resuscitace	<b>3</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
51.Vedení ošetrovatelské dokumentace	<b>132</b>	<b>7,76</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
52.Edukace pacienta, rodiny	<b>56</b>	<b>3,29</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

**Tab 7. Souhrnné provedení jednotlivých výkonů ve 2. a 3. Ročníku**

<b>Sledované výkony</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta</b>	<b>Min počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Max počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Průměr jistoty</b>	<b>SD</b>
1. Stlaní a převlékání prázdného lůžka	<b>25,176</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>1,44</b>	<b>0,68</b>
2. Stlaní a převlékání lůžka s pacientem	<b>26,176</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>2,5</b>	<b>1,67</b>
3. Celková koupel na lůžku	<b>21,529</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>2,38</b>	<b>1,38</b>
4. Pomoc, dohled nad mytím pacienta	<b>18,588</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>1,88</b>	<b>0,94</b>
5. Příjem pacienta	<b>18,294</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>5,05</b>	<b>2,01</b>
6. Mytí vlasů u nesoběstačného pacienta	<b>6,529</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>1,83</b>	<b>0,75</b>
7. Překlad, propuštění pacienta	<b>10,706</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>4,72</b>	<b>2,14</b>
8. Léčebné a vyšetřovací polohy	<b>12,647</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>4,27</b>	<b>1,50</b>
9. Hygienická péče o dospělé děti	<b>20,118</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>1,08</b>
10. Oblékání a svlékání nesoběstačného pacienta	<b>20,059</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>2,38</b>	<b>0,83</b>
11. Polohování pacienta	<b>22,824</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>2,88</b>	<b>1,43</b>
12. Podávání stravy nesoběstačnému pacientovi	<b>23,765</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>2,44</b>	<b>0,90</b>
13. Podávání stravy kojenci, batolatu	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1,11</b>	<b>1,25</b>
14. Měření TK	<b>26,412</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>2,72</b>	<b>0,80</b>
15. Měření pulsu	<b>23,941</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>2,11</b>	<b>0,74</b>
16. Měření tělesné teploty	<b>27,882</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>1,94</b>	<b>0,85</b>
17. Měření bolesti dle škály	<b>6,471</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>2,77</b>	<b>1,29</b>



<b>Sledované výkony</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta</b>	<b>Min počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Max počet provedení na 1 studenta</b>	<b>Průměr jistoty</b>	<b>SD</b>
18.Podávání klyzma	<b>8,353</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>2,22</b>	<b>0,87</b>
19.Podávání podložní mísy do lůžka pacienta	<b>20,741</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>2,05</b>	<b>0,85</b>
20.Zaměstnávání pacienta	<b>6,529</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>3,55</b>	<b>1,12</b>
21.Pasivní cvičení	<b>4,647</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>2,83</b>	<b>0,6</b>
22.Dohled nad aktivním cvičením	<b>6,118</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>2,27</b>	<b>0,65</b>
23.Nácvik sedu	<b>5,529</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1,77</b>	<b>0,5</b>
24.Nácvik stoje	<b>4,765</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1,94</b>	<b>0,28</b>
25.Nácvik chůze	<b>3,882</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1,83</b>	<b>1</b>
26.Nácvik soběstačnosti dle Bobatha	<b>0,176</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
27.Podávání léků per os	<b>26,588</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>2,61</b>	<b>0,68</b>
28.Aplikace injekcí i.m.	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>4,11</b>	<b>1,29</b>
29.Aplikace injekcí s.c.	<b>24,706</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>2,66</b>	<b>0,94</b>
30.Aplkace injekcí i.v.	<b>19,706</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>5,77</b>	<b>1,58</b>
31.Kanylace periferní žíly	<b>12,059</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>6,94</b>	<b>1,33</b>
32.Aplikace infúze	<b>23,706</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>4,22</b>	<b>1,44</b>
33.Transfúze	<b>5,059</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>2,55</b>	<b>0,8</b>
34.Odběr krve	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>6,66</b>	<b>1</b>
35.Odběr moče u nekatetrizovaného pacienta	<b>7,941</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>1,94</b>	<b>0,62</b>
36.Odběr moče u katetrizovaného pacienta	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>2,38</b>	<b>0,59</b>
37.Katetrizace močového měchýře	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>2,66</b>	<b>1,08</b>

<b>Sledované výkony</b>	<b>Průměr provedení na 1 studenta</b>	<b>Min počet provedení na 1 studenta min</b>	<b>Max počet provedení na 1 studenta max.</b>	<b>Průměr jistoty</b>	<b>SD</b>
38.Asistence u katetrizace moč. měchýře muže	<b>3,471</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2,11</b>	<b>0,9</b>
39.Zavedení žaludeční sondy	<b>1,353</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1,22</b>	<b>0,8</b>
40.Výživa sondou	<b>8,824</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>2,44</b>	<b>0,62</b>
41.Podávání enterální výživy	<b>3,647</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>1,55</b>	<b>0,74</b>
42.Asistence při punkci	<b>2,824</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1,77</b>	<b>0,87</b>
43.Odsávání dýchacích cest z nosu a úst	<b>5,353</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>2,38</b>	<b>0,91</b>
44.Podávání kyslíku	<b>13,118</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>2,83</b>	<b>1,81</b>
45.Péče o drény, drenážní systém	<b>9,353</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>2,61</b>	<b>0,76</b>
46.Předoperační příprava	<b>15,118</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>3,27</b>	<b>0,5</b>
47.Převaz pooperační rány, asistence	<b>19,824</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>3,61</b>	<b>0,89</b>
48.Ošetřování dekubitů, chronických ran	<b>14,529</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>3,83</b>	<b>1,01</b>
49.Bandáž dolních končetin	<b>22,353</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>3,22</b>	<b>0,71</b>
50.Karidopulmocer ebrální resuscitace	<b>0,824</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,22</b>	<b>0,85</b>
51.Vedení ošetrovatelské dokumentace	<b>18,647</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>3,94</b>	<b>0,85</b>
52.Edukace pacienta, rodiny	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4,5</b>	<b>1,38</b>

## 12.2 Psychická zátěž studentů na odborné praxi

**Tab. 8 Vybrané traumatizující faktory a jejich průměrné pořadí od nejvíce k nejméně závažnému v jednotlivých školách a ročnících**

Traumatizující faktor	VŠ Plzeň pořadí		UTB Zlín pořá	3. LF UK pořadí		1. LF UK pořadí		LF MU Brno pořadí	
	2	3	2	2	3	2	3	2	3
1. Vztahy mezi studentem a personálem	4.	1.	4.	3.	1.	2.	4.	3.	1.
2. Péče o dospělé kriticky nemocné, umírající	2.	2.	2.	2.	3.	3.	2.	2.	3.
3. Péče o děti kriticky nemocné, umírající	1.	5.	1.	1.	2.	1.	1.	1.	2.
4. Komunikace s rodinou kriticky nemocného	3.	7.	5.	4.	4.	6.	3.	4.	4.
5. Agresivní pacient	5.	6.	3.	5.	5.	5.	5.	5.	5.
6. Hygienická péče o nemocného druhého pohlaví	7.	4.	7.	7.	7.	8.	7.	7.	7.
7. Péče o nepohyblivého, ochrnutého, handicapovaného pacienta	6.	3.	6.	6.	6.	9.	6.	6.	6.
<b>počet studentů</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>26</b>

**Tab. 9 Traumatizace studentů všech škol a ročníků sledovanými traumatizujícími faktory a jejich pořadí**

Traumatizující faktor	n	průměrné hodnocení	SD	pořadí závažnosti
1. Vztahy mezi studentem a personálem	165	3.364	2.397	3
2. Péče o dospělé kriticky nemocné, umírající	165	3.097	1.380	2
3. Péče o děti kriticky nemocné, umírající	165	2.636	1.874	1
4. Komunikace s rodinou kriticky nemocného	165	4.11	1.495	4
5. Agresivní pacient	165	4.448	1.491	5
6. Hygienická péče o nemocného druhého pohlaví	165	6.212	1.854	7
7. Péče o nepohyblivého, ochrnutého, hendikepovaného pacienta	165	5.321	1.693	6

**Legenda:** n = četnost, SD = směrodatná odchylka

#### **Náhled studentů jednotlivých škol na vyjmenované traumatizující faktory**

1. V hodnocení faktoru "vztahy mezi studentem a personálem" nebyly mezi školami nalezeny statisticky významné rozdíly.
2. V hodnocení faktoru "péče o dospělé kriticky nemocné, umírající" nebyly mezi školami nalezeny statisticky významné rozdíly.
3. V hodnocení faktoru "péče o děti kriticky nemocné, umírající" nebyly mezi školami nalezeny statisticky významné rozdíly.
4. V hodnocení faktoru "komunikace s rodinou kriticky nemocného" byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi 3. LF UK v Praze a Univerzitou T. Bati ve Zlíně na hladině významnosti 0,05, mezi 1. LF UK v Praze a Univerzitou T. Bati ve Zlíně na hladině významnosti 0,01 a mezi Masarykovou univerzitou v Brně a Univerzitou T. Bati ve Zlíně na hladině významnosti 0,01.

5. V hodnocení faktoru "péče o agresivního pacienta" nebyly mezi školami nalezeny statisticky významné rozdíly.
6. V hodnocení faktoru "hygienická péče o nemocného druhého pohlaví" byly nalezeny statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,001 mezi: VŠ v Plzni a Univerzitou T. Bati ve Zlíně, 1. LF UK v Praze a Univerzitou T. Bati ve Zlíně, 3. LF UK v Praze a Univerzitou T. Bati ve Zlíně a Masarykovou univerzitou v Brně a Univerzitou T. Bati ve Zlíně.
7. V hodnocení faktoru "péče o nepohyblivého, ochrnutého, hendikepovaného pacienta" nebyly mezi školami nalezeny statisticky významné rozdíly.

#### **Hodnocení vyjmenovaných traumatizujících faktorů a jeho rozdíly z pohledu studentů 2. a 3. ročníků všech škol**

1. V hodnocení faktoru "vztahy mezi studentem a personálem" byl nalezen statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05.
2. V hodnocení faktoru "péče o dospělé kriticky nemocné, umírající" nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.
3. V hodnocení faktoru "péče o děti kriticky nemocné, umírající" byl nalezen statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05.
4. V hodnocení faktoru "komunikace s rodinou kriticky nemocného" nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.
5. V hodnocení faktoru "péče o agresivního pacienta" nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.
6. V hodnocení faktoru "hygienická péče o nemocného druhého pohlaví" nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.
7. V hodnocení faktoru "péče o nepohyblivého, ochrnutého, hendikepovaného pacienta" byl nalezen statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,01.

**Odpovědi studentů na otázku, které oddělení a proč bylo nejvíce psychicky náročné (v závorce jsou uváděné důvody):**

- léčebna dlouhodobě nemocných (bezmoc nemocných, špatná prognóza, osamocení nemocných, chování sester k pacientům a studentům, bezvědomí, nezáměr rodiny, málo pomůcek, nedostatečná ošetrovatelská péče),
- konkrétní jednotlivá oddělení interní, ortopedické a jednotka intenzivní péče (nevhodné chování sester ke studentům); konkrétní chirurgické oddělení (nevhodné chování sester ke studentům, velká rychlost práce),
- neonatologie (individuální „nemám rád děti“, pro nás studenty neznámý obor), dětské oddělení (strach z dětí, umírání malého dítěte),
- dětská onkologie (bolest pacientů, smrt dítěte, těžce nemocné dítě),
- kardiochirurgické oddělení, ARO, neurochirurgie (obrovská zodpovědnost, převaha kriticky nemocných, umírající pacienti),
- domov důchodců (chování sester ke studentům),
- onkologické oddělení (závažný stav pacientů, chování sester ke studentům, umírající lidé),
- denní stacionář pro mentálně a tělesně postižené děti (náročná péče vyžadující trpělivost),
- oddělení popálenin (závažný stav pacientů),
- gynekologicko-porodnické oddělení (individuální bezmoc při spontánním potratu ve 14. týdnu těhotenství, špatný vztah sester ke studentovi na porodním sále“).

**Tab. 10 Pocit potřeby odborné psychologické pomoci**

Odpověď	Počet	%
Ano	11	6,67
Spíše ano	10	6,06
Nevím	32	19,39
Spíše ne	54	32,73
Ne	52	31,52
Neodpovědělo	6	3,64
Celkem	165	100

Na otázku, v jaké souvislosti by uvítali v průběhu odborné praxe psychologickou pomoc, odpovědělo 34 z dotázaných (20,6 %) - kvůli chování zdravotnického personálu ke studentům 14 z dotázaných (8,5 %) - kvůli umírání/smrti.

Odpovědi studentů na otázku, jaký byl pro ně nejvíce traumatizující zážitek (otevřená otázka, odpovědi dle podobnosti/příbuznosti rozčleněny do 6 kategorií) jsou uvedeny níže pod tabulkou 11.

**Tab. 11 Nejvíce traumatizující zážitek**

Nejvíce traumatizující zážitek	Počet	%
Celkový počet dotázaných	165	100
Utrpení, umírání, smrt pacienta	58	35,1
Vztahy mezi studentem a personálem	50	30,3
Péče a pacienta	37	22,4
Komunikace s pacientem, rodinou	10	6,1
Provádění odborných výkonů	2	1,2
Popřen/neuveden	8	4,9

**Jako příklad uvádíme opakující se konkrétní odpovědi roztríděné do 5 kategorií:**

**A. Utrpení, umírání, smrt pacienta dospělého/dítěte**

- „Lidské utrpení“,
- „umírání“,
- „péče o mrtvé tělo“,
- „péče o mrtvého na geriatrii“,
- „smrt dítěte na meningokokovou sepsi“,
- „smrt pacienta "pod rukama",
- „umírající dítě“,
- „když umřelo onkologicky nemocné dítě“

- „je velice náročné vidět umírat dítě"
- „setkání na dětské onkologii s holčičkou, které zbývalo pár měsíců života"
- „umírání mladých",
- „smrt pacienta",
- „pacientka se ptá na blízkost smrti",
- „umřel mi pacient pod rukama" - embolie,
- „sestra, která řekla pacientovi, že ví, že je prakticky mrtvý",
- „smrt pacienta na mé službě",
- „nechali umírat pacienta bez řádné hygienické péče (mytí) a ošetrovatel-  
ské péče (polohování) 3 dny",
- „mrtvé novorozeně",
- „úmrtí adolescenta",
- „péče o mrtvé tělo",
- „byla jsem sama na oddělení a zemřela stará paní",
- „neetické chování při péči o mrtvé tělo",
- „prvního člověka, kterého jsem ošetřovala jako mrtvého",
- „krmila jsem pacientku v těžkém stavu, aspirovala, 10 min se resuscitovala a zemřela".

## **B. Vztahy personálu k pacientům byly uváděny v různých modalitách:**

„Komunikace se zdravotnickým týmem"; "neshoda s personálem"; "ponížení a vynadání"; "personál byl na mne 3 týdny trvale nepříjemný"; "vztahy ke studentům"; „sestry se mi snažily dokázat, že to, že jsem na VŠ neznamená, že něco umím"; odmítavé chování sester ke studentům; chování sester a neustálé poučování; "nevychovanost jedné sestry na geriatrii"; "ponížení od vyučující"; "ponížení od vyučující před nemocným"; "setkání se staniční sestrou"; „jako studentka si připadám méněcenná"; „neochotný personál"; "sestry nepodpoří, když to studenti potřebují"; "žádná komunikace"; nespolupráce a neochota sester"; "arogantní, nevšímavé a ponižující chování sester vůči studentům"; "velmi hrubé a ponižující chování sestry školitelky"; "opakovaně obtížná komunikace se staniční sestrou"; "sestra nás obviňovala z něčeho co nebyla pravda"; "budila jsem se hrůzou, když jsem měla jít na to oddělení"; "přišla jsem na odd., sestry kouřily a naprosto mne ignorovaly a pak na mne pospíchaly"



ly"; "staniční sestra křičela na personál a nadávala mu před ostatními"; "sestry jsou neochotné, nepříjemné a nepustí k odborným výkonům"; "nahrazovaly jsme sanitárku" (pozn. sanitárka je nižší zdravotnický pracovník, který se zaměřuje pouze na jednoduché výkony); "přístup personálu ke mně"; "špatná staniční"; "ignorance personálu"; "nezájem personálu", "na oddělení jsou zlí"; "spousta oddělení nepříjemných kvůli personálu".

### **C. Péče o pacienta dospělého/dítě**

"Personál devaluje pacienty", "péče o umírající", "resuscitace", "práce s pacienta ve vigilním komatu", "ošetřování mladé ženy na mateřské dovolené s roztroušenou sklerózou", "neúspěch v resuscitaci", "potrat dvojčat spontánní ve 14. týdnu", "rozpad operační rány", "rány a utrpení a bolest pacienta", "nedodržování postupů sestrami", "onkologičtí, agresivní a psychiatricky nemocní", "nezájem personálu o pacienty", "pacient bez čelisti na ORL", "epileptický záchvat", "odhalování pacienta před velkou skupinou lidí", "strašné" chování ke klientům (geriatrie)", "vulgarity sester nad pacientem v bezvědomí".

### **D. Komunikace s pacientem, rodinou**

- "Reakce příbuzných na úmrtí pacienta",
- "zjištění a uklidňování mladé ženy, že trpí těžkou nemocí",
- "šla jsem dělat hygienu a P mi řekla, abych ji nechala, že chce umřít",  
"kontakt s rodinou onkologicky umírající",
- "když se vás pacient zeptá, zda zemře",
- "komunikace s pacientem a rodinou",
- "rozhovor s pacientem na téma smrt",
- "sdělení mladé ženě o onkologické diagnóze".

### **E. Odborné výkony**

- „Kardiopulmonální resuscitace - chtěli podávat pomůcky a já nevěděla, kde jsou",
- „záměna pacienta při aplikaci léků".

Na otázku, **jak se v průběhu odborné praxe vyrovnali s nejvíce traumatizující událostí a komu se s ní případně svěřili** odpovědělo 23 z dotázaných (13,9%) zvládlo situaci samo, ostatní se svěřovali kolegům-studentům 63 (38,2%), rodičům 52 (31,6%), partnerům 41 (24,8%), nadřízeným na pracovišti 11 studentů (6,7%), učitelům 9 studentů (5,5%).

Na otázku, **do kdy pro studenta nejvíce traumatizující zážitek odezněl**, odpověděli studenti takto:

**Tab.12 Doba, za kterou nejvíce traumatizující zážitek odezněl**

čas	n	%
Do 24 hodin	40	24,24
Do 48 hodin	35	21,21
Do týdne	24	14,54
Do 1 měsíce	48	29,1
Nad 1 měsíc	18	10,9
Celkový počet dotázaných	165	100

### 12.3 Hodnocení sebedůvěry studentů na odborné praxi

Tab. 13 Hodnocení sebedůvěry studentů

Kritéria hodnocení	Studenti se zdravotnickým vzděláním (počet studentů) (průměr)	Studenti s jiným vzděláním (počet studentů) (průměr)
Ohodnoťte svoji sebedůvěru při poskytování celkové individualizované péče na odborné praxi.	1,8 (10)	2,8, (7)
Ohodnoťte svoji sebedůvěru při provádění ošetrovatelských výkonů probíraných v předmětu ošetrovatelské postupy na odborné praxi.	1,2	2,8
V jaké situaci jste se cítil nejistý/á?	V žádné (1), resuscitace (2), v komunikaci s matkami, které byly obětí násilí (1), když jsem měla větší znalosti v určité situaci než sestra na oddělení (3), kanylace periferní žíly (6), cévkování močového měchýře (7), odběr krve (7), odsávání dýchacích cest (4)	Specializované výkony (odběr krve, kanylace žíly, aplikace injekcí, podávání léků (8), při provádění nových výkonů (6)

<b>Kritéria hodnocení</b>	<b>Studenti se zdravotnickým vzděláním (počet studentů) (průměr)</b>	<b>Studenti s jiným vzděláním (počet studentů) (průměr)</b>
<b>Co bylo příčinou malé sebedůvěry při provádění výkonů?</b>	Provádění výkonů poprvé či nové situace (5), malý počet provedených výkonů (4), nebyla jsem si jistá (3), strach, že pacientovi ublížím (6)	Předchozí nezkušenost se zdravotnictvím (5), nervozita a strach (6), strach, že pacientovi ublížím (5)
<b>Jak se projevovala Vaše nejistota?</b>	Nervozita a hledání slov (3), rozpaky při rozhovoru s pacientem i personálem (2), dezorientace na oddělení (3), třes rukou a pocení (5)	Neschopnost výkon provést (3), navenek nijak (1), třes rukou (4), zčervenáním (4)
<b>Doplňte následující větu: sestry na školních stanicích by měly zvyšovat moji sebedůvěru (čím):</b>	Vysvětlit dobře zvyky oddělení (4), pochvalou a vlídným přijetím (7), větší tolerancí ke studentům – sestry se samy také učily (4), mít k nám větší důvěru (3)	Chválením, ústní podporou, že to zvládnou (2), dát najevo, že se nemusím bát zeptat se (5), pochvalou, zájmem a tolerancí (5), větší důvěrou ke studentům (6)
<b>Jak si vy zvyšujete sebedůvěru?</b>	Dostatečnými vědomostmi (5), opakováním výkonů a znalostí (4), podporou z okolí (4), pochválím se	Ničím (2), tím že se mi výkon podaří provést (1), pochválím se (1)

## 12.4 Hodnocení studentů mentorkami

Dotazník byl rozdán 25 mentorkám, návratnost 18 (72%)

**Tab. 14 Úroveň obtížnosti hodnocení kategorií kompetencí mentorkami a jeho pořadí**

Kategorie kompetencí	Průměrná klasifikace obtížnosti	Pořadí
Komunikační dovednosti	1,388	6.
Kritické myšlení	2,611	2.
Lidský přístup, interpersonální vztahy	1,444	5.
Manažerské dovednosti	1,666	4.
Edukace, vyučování	2,222	3.
Využití poznatků z jiných předmětů	2,944	1.

## 12.5 Evaluace výuky odborné praxe

### 12.5.1 Evaluace výuky odborné praxe mentorkami – výsledky

Dotazník byl rozdán 25 mentorkám, návratnost 18 (72%)

**Tab. 15 Hodnocení vztahu mentorek k výuce odborné praxe I. (n=18)**

Kritéria	Průměr
1. Výuka odborné praxe přinášela radost	1,944
2. Obtížnost zvládat výuku a současně povolání sestry	3,055
3. Být zaměstnancem školy v době výuky praxe	4,444
4. Činilo Vám potíže objektivně studenta hodnotit?	4,000
5. Připravila škola, dle Vašeho názoru, studenty pro praktickou výuku dostatečně?	2,100
6. Zaznamenáváte u studentů, že existuje velký rozdíl mezi teorií a praxí?	2,500
7. Vybrala byste si některého studenta z naší školy na oddělení jako pracovníka?	1,500

Použitá škála:

1- rozhodně ano, 2- spíše ano, 3- nevím, 4- spíše ne, 5- rozhodně ne

**Tab. 16 Hodnocení vztahu mentorek k výuce odborné praxe II. (n=18)**

<b>Dotazy na mentorky (pokračování odpovědí)</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
8. Absolvovala jste pedagogické minimum?	5	13
9. Potřebovala byste si pro výuku odborné praxe rozšířit znalosti a dovednosti?	2	16
10. Prováděla jste v průběhu odborné praxe se studenty hodnocení?	16	2
11. Jak často jste prováděla hodnocení:		
a) Na závěr každého dne	7	11
b) 1x týdně	1	17
c) Na konci praxe studentů	10	8

Použitá škála: 1- ano, 5- ne

Na doplňující podotázku k otázce č. 9 odpověděly shodně obě mentorky, že by si potřebovaly doplnit znalosti v teorii ošetrovatelství – v nových trendech a v tématu kritické myšlení.

### 12.5.2 Výsledky evaluace pracovišť soukromé nemocnice v Plzni

V této nemocnici v jednom semestru praktikovalo 17 studentů. Úmyslně uvádíme výsledky z nejhůře hodnocené nemocnice, aby bylo patrné, že problémy se týkají nejen možnosti nacvičit si odborné výkony, ale i klimatu na oddělení pro studenty i pacienty

**Tab. 17** Evaluace pracoviště odborné praxe studenty  
– Neurologické oddělení

<b>2 respondenti</b>	<b>Průměrné hodnocení (1–pozitivní, 5-negativní)</b>
Příjemné výukové prostředí	1
Staniční sestra byla oporou	1
Je vedena ošetrovatelská dokumentace	3,3
Možnost aplikovat poznatky z teorie ošetrovatelství	1
Možnost provádět odborné výkony	1,3
Naučil/a jsem se nové věci	1,3
Chování sester k pacientům	2
Doporučuji jako školní stanici	1

**Tab. 18** Evaluace pracoviště odborné praxe studenty  
– Interní oddělení B

<b>2 respondenti</b>	<b>Průměrné hodnocení (1–pozitivní, 5-negativní)</b>
Příjemné výukové prostředí	2,5
Staniční sestra byla oporou	4,5
Je vedena ošetrovatelská dokumentace	2,5
Možnost aplikovat poznatky z teorie ošetrovatelství	3
Možnost provádět odborné výkony	4,5
Naučil/a jsem se nové věci	2,5
Chování sester k pacientům	5
Doporučuji jako školní stanici	4,5

**Tab. 19** Evaluace pracoviště odborné praxe studenty  
– Interní oddělení C

<b>3 respondenti</b>	<b>Průměrné hodnocení (1–pozitivní, 5- negativní)</b>
Příjemné výukové prostředí	4,3
Staniční sestra byla oporou	4,6
Je vedena ošetrovatelská dokumentace	3,3
Možnost aplikovat poznatky z teorie ošetrovatelství	4
Možnost provádět odborné výkony	3,6
Naučil/a jsem se nové věci	5
Chování sester k pacientům	3,3
Doporučuji jako školní stanici	4,6

**Tab. 20** Evaluace pracoviště odborné praxe studenty  
– Léčebna dlouhodobě nemocných

<b>10 respondentů</b>	<b>Průměrné hodnocení (1–pozitivní, 5-negativní)</b>
Příjemné výukové prostředí	1,6
Staniční sestra byla oporou	1,4
Je vedena ošetrovatelská dokumentace	1,7
Možnost aplikovat poznatky z teorie ošetrovatelství	2,6
Možnost provádět odborné výkony	1,8
Naučil/a jsem se nové věci	3,3
Chování sester k pacientům	2,1
Doporučuji jako školní stanici	2

Z doplňujících konkrétních připomínek studentů: na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných čtyři z deseti studentů uvedli, že personál se nevhodně (agresivně, hrubě) choval k pacientům; na Interním oddělení B uvedli dva ze tří studentů, že prováděli po větší část odborné praxe pomocné práce příslušející



nižšímu zdravotnickému personálu (mytí a dezinfekce nočních stolků, výlevek); o Interním oddělení C bylo uvedeno, že personál včetně staniční sestry byl ke studentům neochotný, nepříjemný a „nepustil“ je k odborným výkonům.

### **12.5.3 Evaluace výuky odborné praxe vedoucí odborné praxe, managementem nemocnice a mentorkami**

Bylo zjištěno, že do výuky odborné praxe bylo z celkového počtu 52 sester-mentorek zapojeno pro Vysokou školu v Plzni 15 (28,84%), pro státní Vyšší zdravotnickou školu 38 (73,07%) a pro LF UK 23 (44,23%); některé z mentorek pracovaly pro více než jednu z uvedených škol - 9 (17,3%) mentorek působilo dokonce pro tři školy současně. Výuka na střední zdravotnické škole systém mentorek nepoužívá, studenty na praxi vedou vyučující ze školy a pokud ti na pracovišti nejsou, je určen pouze dohlížitel z řad personálu.

Z mentorek pracujících pro Vysokou školu v Plzni mělo 13 (86,66%) Střední zdravotnickou školu a specializační vzdělání, 2 mentorky (13,33%) bakalářský titul v ošetrovatelství a u 4 mentorek (26,66%) bakalářské studium ošetrovatelství probíhalo.

K výuce odborné praxe byla uzákoněna nutnost mít "Osvědčení ke způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání" neboli tzv. registraci. V době auditu probíhalo dvouleté přechodné období, ve kterém uvedený požadavek nebyl ještě povinný a o registraci bylo možno žádat. V době auditu mělo "Osvědčení" 8 mentorek působících pro Vysokou školu v Plzni (53,33%); v současnosti jsou registrované všechny mentorky.

V dosavadní praxi nebylo samozřejmostí, že měla škola s mentorkami uzavřenou pracovní smlouvu. Auditem bylo konstatováno, že Vysoká škola v Plzni měla smlouvu se všemi 15 mentorkami (100%). Pro srovnání - Vyšší zdravotnická škola uzavřela smlouvu s 18 z 38 mentorek (47,36%) a Lékařská fakulta UK v Plzni s 18 z 23 mentorek (78,26%).

Všech 15 mentorek působících pro Vysokou školu v Plzni (100%) mělo dle auditu před zahájením výuky včas k dispozici náplň činnosti studenta potřebnou pro vykonávání praxe; z 38 mentorek pracujících pro Vyšší zdravotnickou

školu mělo náplň 28 (21,05%) a z 23 vyučujících praxe pro Lékařskou fakultu UK v Plzni mělo náplň k dispozici 21 (91,3%).

51 z 52 mentorek (98,07%) považovalo pedagogickou činnost za prestižní záležitost, kterou nemůže vykonávat každý.

Mentorky spolu s vrchními sestrami FN doplnily svoje výpovědi o konkrétní problémy, které zaznamenaly při zajišťování výuky odborné praxe. Problémy vztahující se k Vysoké škole v Plzni nebyly zaznamenány. Pro úplnost a možnost srovnání uvádíme i problémy vztahující se ke Střední a Vyšší zdravotnické škole v Plzni: je to příliš mnoho studentek ve skupině v jedné směně, početně nevhodné rozdělení studentů na oddělení, požadavek rozdělit studenty do směn podle potřeb oddělení, nedostatečný kontakt s vyučující odborné praxe ze školy, nedostatek klíčů od šaten způsobující pozdní příchody studentů, přílišná benevolence k docházce studentů, studenti kombinovaného studia odebírali krev a cévkovali poprvé až ve třetím ročníku.

## 12.6 Mentorky, sestry vyučující odbornou praxi

V podmínkách nejen naší školy, ale celého českého zdravotnického školství dosud neexistovala charakteristika mentorek a požadavky na ně. Proto jsme pro naši praxi stanovili následující pravidla.

Dle požadavků EU musí odbornou praxi vyučovat sestra z každodenní praxe, která úzce spolupracuje s vedoucí či vyučující odborné praxe ve škole. Společně zajišťují, aby student splnil osnovy předmětu.

Na základě odborných zahraničních doporučení byla ve spolupráci s hlavními sestrami vypracována kritéria, která musí mentorky splňovat, aby mohly odbornou praxi vést:

- **Požadavky na vzdělání:** sestra/porodní asistentka, magistra/bakalářka/diplomovaná specialistka/specialistka s pomaturitním specializačním studiem v oboru.

- **Legislativní podmínky:** držitel/ka "Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu".

- **Požadavky na praxi:** nejméně 2 roky praxe v oboru (stejně jako v Irsku, Velké Británii).

- **Osobnostní předpoklady:** pozitivní přístup ke škole a ke studentům, ochota soustavně se vzdělávat, účastnit se projektů zaměřených na výuku.

Byla také specifikována konkrétní pravidla činnosti mentorek, obsahující požadavky na ně, pravomoce a odpovědnost ke studentům a ke škole. Tato pravidla jsou uvedena v následujících odstavcích:

### **Charakteristika funkce**

Mentorka aktivně vede odbornou praxi v souladu s učebními osnovami. Předává poznatky a dovednosti v souladu s nejnovějšími poznatky v oboru teorie ošetrovatelství a klinického oboru, v němž působí. Spolupracuje s pracovníky katedry ošetrovatelství na organizaci odborné praxe.

### **Vymezení odpovědností**

1. Odpovídá za vedení výuky v souladu s učebním plánem. Výuka musí splňovat didaktické zásady. Mentorka přiděluje studentům pacienty/klienty v souladu s jejich kompetencemi a ověřuje si jejich zdatnost teoretických znalostech i v praktických dovednostech, aby nedošlo k ohrožení zdravotního stavu pacienta. Vyučuje speciální ošetrovatelskou péči o pacienta v oboru svého působení.
2. Hodnotí studenty individuálně dle stanovených kritérií školou; vždy sděluje konkrétní nedostatky při hodnocení. Motivuje studenty k co nejlepšímu výkonu na pracovišti.
3. Kontroluje docházku studentů a zaznamenává počet odpracovaných hodin do Docházkové knížky.
4. Soustavně se vzdělává v teoretických poznacích oboru Ošetrovatelství, v klinickém oboru, pedagogice a účastní se připravovaných vzdělávacích seminářů, kurzů připravovaných školou. Účastní se pravidelných schůzek zaměřených na plánování odborné praxe a jejího hodnocení.

## Vymezení pravomocí

1. Přiděluje studentům vhodné pacienty/klienty s ohledem na jejich znalosti a dovednosti.
2. Rozděluje ve spolupráci se staniční sestrou studenty do směn.
3. Průběžně si ověřuje znalosti a dovednosti studentů. Nezapisuje do Indexu studenta.
4. Nepovoluje vykonání odborné praxe u studentů nespĺňujících vymezené požadavky (vliv alkoholu a omamných látek, zřetelná velká únava a nedostatek spánku, zdravotní problém bránící vykonávat odbornou praxi, absence předepsané uniformy a obuvi apod.) Absenci zaznamená do Docházkové knížky.
5. Domlouvá se studentem náhradu odborné praxe jestliže absence nepřekročila 40h týdně. Absenci studenta nad 40h je povinná nahlásit na Katedru ošetrovatelství.
6. Rozpis služeb zaznamenává do Plánu služeb, který předává v určeném termínu Katedře ošetrovatelství.

### 12.6.1 Pedagogická příprava - kurz pro mentory

Ve spolupráci s 3. LF UK v Praze jsme navrhli certifikovaný kurz pro mentorky v celkovém rozsahu 100 hodin - 40 hodin teorie s 10 hodinami samostudia, 16 hodin praxe pod dohledem pedagoga, 24 hodin samostatné vedení praxe s vyhodnocením a konzultacemi s pedagogem ze školy a 10 hodin konzultací. Více hodin by bylo obtížné realizovat, protože uvolnění mentorek z pracoviště by mohlo činit provozní problémy. Kurz bude zakončen zkouškou a obhajobou písemné práce, jejímž předmětem bude podrobné rozpracování konkrétní výuky.

Realizovali jsme setkání školy s vedoucími sestrami na všech úrovních řízení ošetrovatelství v nemocnicích (hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra) a mentorkami, kde byly seznámeny s novým pojetím studijního programu ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra. Byly zdůrazněny rozdíly mezi studiem v minulosti a současným. Podrobně byl rozebrán modulový systém výuky, kre-

ditní systém a velmi podrobně především odborná praxe. Na tomto setkání jsme také předložili nástin obsahu kurzu klíčových dovedností učitele, jehož charakteristiky zde uvádíme:

1. **Mentor** - role, očekávání, odpovědnost a pravomoce, spolupráce se školou.
2. **Trendy moderního ošetrovatelství** - charakteristika současného ošetrovatelství, využití ošetrovatelských modelů v praxi, zaměření na komplexní multidisciplinární péči s přístupem evidence based practice a kritického myšlení.
3. **Vedení výuky** - obsah studijního programu, osnovy předmětu Odborná praxe, koncepce konstruktivismu, role facilitátora, metody výuky se zaměřením na aktivizační metody pro praktickou výuku, didaktické zásady, sebereflexe, vedení výuky - plánování a příprava, realizace a řízení vyučovací hodiny, klima na pracovišti odborné praxe, motivace (46).
4. **Hodnocení studenta** - hodnocení klíčových kompetencí, formativní a sumativní hodnocení, pravidla objektivního hodnocení, zkouška z odborné praxe.
5. **Supervize, podpora** - vysvětlení významu, účelu, role mentorky v supervizi, traumatizující faktory studentů na praxi.
6. **Vedení povinné dokumentace** - Docházková knížka, Deník odborné praxe, Studijní průkaz, Protokoly k technickým kompetencím.
7. **Systém pravidelné evaluace výuky managementem zařízení, mentorkami, studenty a školou** – společná diskuse nad evaluačními kritérii, pravidelné předávání výsledků hodnocení a řešení případných problémů.

## **13 Návrh kurikula předmětu Odborná praxe**

### **A. Hodinová dotace**

**Celkem: 1811**

**1. ročník: 542**

**2. ročník: 670**

**3. ročník: 599**

### **B. Pracoviště odborné praxe**

#### **1. ročník**

ZS: pracoviště zaměřené na realizaci koncepčního modelu Determinant zdraví dle WHO: referát zdravotnictví a sociálních věcí, referát životního prostředí, zdravotní pojišťovny, hygienické stanice, správy sociálního a důchodového zabezpečení

LS: mimonemocniční zařízení - základní péče: geriatrická zařízení, centra pro mentálně a tělesně postižené

#### **2. ročník**

ZS/LS: interna, interní JIP, chirurgie, chirurgická JIP, urologie, geriatric, ambulance praktického lékaře a specialistů, kardiouchirurgie, plicní, léčebny dlouhodobě nemocných, hematoonkologie, psychiatrie.

#### **3. ročník**

ZS/LS: ortopedie, gynekologie, pediatrie, neonatologie, traumatologie, operační sály, JIP, anesteziologie a resuscitace, neurochirurgie, infekční, interna, chirurgie, urologie, geriatric, ambulance praktického lékaře a specialistů, kardiouchirurgie, plicní, hematoonkologie, onkologie, psychiatrie.

## **C. Výukové cíle**

Cíle jsme vytýčili na základě osnov a cílů předmětu, profilu absolventa, cílů v předmětech souvisejících s odbornou praxí a v souladu s požadavky moderního ošetrovatelství. Cíle jsou stanoveny pro každý semestr.

### **1. ročník zimní semestr**

Pracoviště: magistrát - referát zdravotnictví a sociálních věcí, referát životního prostředí, charita, zdravotní pojišťovny, hygienické stanice

#### **Cíle výuky dle koncepčním modelu hlavních determinant zdraví**

1. Popsat a určit sociálně ekonomické, kulturní a ekologické podmínky v oblasti působení odborné praxe (ODP).
2. Popsat a určit životní a pracovní podmínky v oblasti působení ODP.
3. Popsat a určit sociální a komunitní vlivy v oblasti působení ODP.
4. Popsat a určit životní styly v určené oblasti v oblasti působení ODP.
5. Vysvětlit systém a financování primární, sekundární a terciální péče v zemi v oblasti působení ODP.
6. Schopnost co nejpřesněji pojmenovat problém v určité oblasti.
7. Vysvětlit pojem mezioborňová spolupráce, komunitní spolupráce/angažovanost v oblasti zdravotnictví, ekologie a sociální oblasti.
8. Prezentovat zkušenosti z pracoviště, sdělit důležitá fakta vztahující se k řešenému problému, zaujmout vlastní stanoviska k problému a obhájit je a navrhnout adekvátní řešení (68).

### **1. ročník letní semestr**

#### **Výukové cíle**

1. Vysvětlit jednotlivé potřeby jedince.
2. Roztřídit potřeby jedince na základní a vyšší.
3. Vyhledat problémy v potřebách zdravého/nemocného jedince a vyhledat rezervy v udržení zdraví jedince, navrhnout vhodné intervence ke zmírnění/odstranění problému a k využití rezerv klienta v péči o vlastní zdraví.

4. Navrhnout program na udržení a zlepšování úrovně zdraví s ohledem na zjištěné skutečnosti při sběru informací od klienta a rodiny.
5. Zhodnotit ošetrovatelskou činnost v péči o klienta (úspěchy, nezdary klienta, na co je třeba se zaměřit).
6. Zhodnotit svojí ošetrovatelskou činnost v péči o klienta (úspěchy, nezdary studenta, na co je třeba se zaměřit).

## **2. ročník zimní semestr**

**Výukové cíle** se rozšiřují a mění dle postupně nabývaných poznatků z klinických oborů.

1. Vybrat vhodný ošetrovatelský model do praxe a odůvodnit jeho vybrání.
2. Předvést správné shromažďování údajů o pacientovi metodou rozhovoru, pozorování a fyzikálního vyšetření.
3. Analyzovat shromážděné údaje a třídit je.
4. Zhodnotit celkový stav pacienta hlediska naplňování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.
5. Vyhledat problémy pacienta, stručně je popsat (subjektivní i objektivní údaje), navrhnout vhodné měřitelné cíle a intervence vedoucí k odstranění či zmírnění problémů.
6. Navrhnout a zpracovat rehabilitační program na zlepšení zdraví s ohledem na zjištěné skutečnosti při sběru, analýze informací od klienta a stanovení problému klienta.
7. Zpracovat a realizovat edukační program pro pacienta/rodinu.
8. Kriticky zhodnotit ošetrovatelskou činnost v péči o pacienta (úspěchy, nezdary, na co je třeba se zaměřit).

## **2. ročník - letní semestr**

V dalších ročnících předchozí zůstávají, v nich se student zdokonaluje a dále jsou uváděny jen ty, které se navýšily.

1. Předvést správné shromažďování údajů o klientovi metodou rozhovoru a pozorování a fyzikálního vyšetření.



2. Zhodnotit celkový stav pacienta na základě objektivních a subjektivních údajů.
3. Vyhledat a odborně popsat klinické příznaky onemocnění u svěřených pacientů a vyjmenovat základní parametry, které musí sestra sledovat.
4. Navrhnout, co bude sestra u svěřených pacientů ve zdravotním stavu sledovat a pokusit se formulovat hodnocení do ošetrovatelské dokumentace.
5. Stanovit potenciální komplikace v souvislosti s vývojem choroby, diagnostikou či léčbou a navrhnout intervence k prevenci jejich vzniku
6. Navrhnout vhodné rehabilitační cviky s ohledem na zjištěné skutečnosti při sběru dat od pacienta a rodiny jejich analýze a stanovení problému klienta.
7. Provádět správně ošetrovatelské výkony a teoreticky odůvodnit jejich provádění.
8. Správně sestavit propouštěcí/překládovou zprávu.

### **3. ročník**

Cíle zůstávají stejné jako ve druhém ročníku, znalosti a dovednosti je nutné do skončení školy zdokonalovat a upevňovat.

#### **D. Vyučující odborné praxe (mentor)**

##### **D.1 Požadavky na mentory**

Požadavky na vzdělání: sestra/porodní asistentka magistra/bakalářka/ diplomovaná specialistka/specialistka s pomaturitním specializačním studiem v oboru.

Legislativní podmínky: vlastnit Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Požadavky na praxi: nejméně 2 roky praxe v oboru (stejně v Irsku, Velké Británii) Osobnostní předpoklady: pozitivní přístup ke škole a ke studentům, ochota soustavně se vzdělávat, účastnit projektů zaměřených na výuku.

## **D.2 Doporučený počet mentorů pro výuku odborné praxe**

Mentor povede 1-3 studenty; počet závisí na typu pracoviště (obvykle čím specializovanější pracoviště tím počet studentů klesá) a do jakého směnného provozu (jedno, dvou, třísměnný) je student s mentorkou zařazen (obvykle s vykonáváním dvou a třísměnného provozu počet studentů klesá)

## **E. Metody výuky**

Demonstrační metody, vysvětlování, metoda založená na problému - PBl, kauzistiky, metoda problémového výkladu

## **F. Samostudium**

Odborné zdroje k zadanému tématu

## **G. Výukové materiály a dokumentace**

### **G.1 Pro studenta**

- Deník odborné praxe
- Evidence docházky
- Náplně činnosti
- Učební texty k výkonům
- Evidence výkonů

### **G.2 Pro mentora**

- Náplň činnosti mentorky
- Náplň činnosti studenta
- Výklad k:
  - o Deníku odborné praxe
  - o hodnocení studentů
  - o evidenci docházky
  - o učebním textům
  - o evidenci výkonů

## **H. Profesní klíčové kompetence**

### **H.1 Všeobecné profesní kompetence**

#### **I. Komunikační dovednosti**

- komunikace s pacienty/klienty, kolegy (naslouchání, odpovídání, vedení rozhovoru, diskuse, přizpůsobení se typu a stavu pacienta - umírajícím, seniorům, dětem aj.) sběr dat o zkoumané oblasti a v rámci ošetřovatelské anamnézy
- písemné vyjadřování (zpracování úkolu, ošetřovatelské plány, klinické zprávy o klientovi, forma vyjadřování)
- zvládání problémových situací

#### **II. Kritické myšlení, evidence based practice**

- analýza a syntéza dat v řešení problematice, o pacientovi a rodině stanovení problému, diagnostika pacienta/rodiny
- kritické posouzení úspěšnosti ošetřovatelské péče
- řešení problému, stanovení priorit
- rozpoznání nebezpečných situací pro pacienta
- vyhledávání odborných poznatků, porovnávání závěrů a jejich správné využití

#### **III. Interpersonální vztahy, sebereflexe, týmová práce**

##### **chování vůči klientům, kolegům, spolupráce**

- dodržování etických principů vůči klientovi, pacientovi a rodině dodržování pracovní doby
- schopnost práce v týmu-respektování vedoucího týmu, názorů druhých, asertivní jednání
- rozpoznání vlastních silných a slabých stránek řešení konfliktních situací

#### **IV. Manažerské dovednosti**

- organizace práce
- návržení a realizace vhodného ošetrovatelského plánu
- efektivní využívání pomůcek

#### **V. Edukace**

- edukace klienta, pacienta, rodiny

#### **VI. Schopnost využití poznatků z jiných předmětů**

- ošetrovatelství, anatomie, ošetrovatelství v klinických oborech, psychologie, fyziologie, edukace, apod.

## H2 Technická kompetence

### H.2.1 Základní (počet výkonů byl stanoven na základě výsledků v tab. 7).

Student musí níže stanovené výkony provést v průběhu 2. a 3. ročníku.

Sledované výkony	Požadovaný minimální počet
	provedení výkonů studentem
Stlání a převlékání prázdného lůžka	3
Stlání a převlékání lůžka s pacientem, klientem	10
Celková koupel na lůžku	8
Dohled nad hygienickou péčí u pacienta	8
Mytí vlasů u nesoběstačného pacienta	4
Oblékání a svlékání nesoběstačného pacienta	5
Podávání stravy nesoběstačnému pacientovi	8
Podávání kyslíku	3
Polohování pacienta, klienta	10
Pasivní cvičení	10
Dohled nad aktivním cvičením	5
Nácvik sedu	5
Nácvik stoje	5
Nácvik chůze	5
Podávání podložní mísy do lůžka pacienta	5
Odběr moče u katetrizovaného pacienta	3
Odběr moče u nekatetrizovaného pacienta	3
Katetrizace močového měchýře	5
Asistence při katetrizaci močového měchýře u muže	2
Podávání klyzma	2
Příjem pacienta, klienta	5
Překlad, propuštění pacienta	5
Měření TK (neinvazivně)	10
Měření pulsu (palpačně)	10
Měření tělesné teploty	10
Měření bolesti dle škály	8
Podávání léků per os	15
Aplikace injekcí i.m.	10
Aplikace injekcí s.c.	10
Aplikace injekcí i.v.	6
Kanylace periferní žíly	7
Aplikace infuze	10
Transfuze	4
Odběr krve	10
Zavedení žaludeční sondy	2
Asistence při punkcích	3
Péče o drény, drenážní systém	3
Předoperační příprava	4
Ošetřování chirurgických ran	5
Ošetřování dekubitů, chronických ran	5
Bandáž dolních končetin	3
Edukace pacienta, rodiny	5

## **H.2.2 Specializované - Kardiochirurgické oddělení**

**(navrhujeme zpracovat ze všech oborů včetně frekvence)**

1. Monitor - základní obsluha
2. Sledování vitálních funkcí
3. Registrace EKG křivky - hodnocení základní křivky, poruchy rytmu
4. Invazivní měření tlaků
5. Asistence při hrudní drenáži
6. Příprava pacienta k pravostranné a levostranné katetrizaci, péče po výkonu
7. Příprava pacienta na implantaci dočasného kardiostimulátoru., péče po výkonu
8. Příprava pacienta ke kardiochirurgickému výkonu, péče po operaci
9. Příprava a péče o pacienta po implantaci trvalého kardiostimulátoru
10. Příprava pacienta na kardioverzi a péče po výkonu
11. Ošetřování chirurgických ran, asistence při převazech
12. Základní dechová rehabilitace
13. Podávání léků
14. Resuscitace

### **Klinika tuberkulózně respiračních nemocí**

1. Kyslíková terapie
2. Podávání nebulizace
3. Podávání inhalačních léků
4. Pleurodeza talkem
5. Podávání streptázy do drénu
6. Měření rezistence v dýchacích cestách a spirometrie
7. Asistence při hrudní drenáži
8. Asistence při bronchoskopii
9. Asistence při kanylaci centrální žíly
10. Asistence při intubaci
11. Ošetřování pacienta s invazivní ventilací
12. Ošetřování pacienta s cytostatickou léčbou
13. Ošetřování pacienta při neinvazivní ventilaci (BiPAP)
14. Edukace pacienta - domácí oxygenoterapie, tekutý kyslík

## CH. Hodnocení studentů

### CH.1 První ročník ZS (zápočet)

Studenti zorganizují studentskou konferenci a prezentují svá zjištění z praxe z pohledu odborné

praxe. Zpracování přednášky

- pro prezentaci: v počítačovém programu Power Point v kombinaci s mluvením z hlavy
- v písemné podobě bude obsahovat následující kapitoly:
  1. Souhrn a klíčová slova
  2. Struktura řízení příslušní oblasti (od ministerstva po lokální úroveň), meziresortní spolupráce
  3. Způsob financování sledované problematiky
  4. Další kapitoly a subkapitoly vztahující se ke sledované oblasti, logicky seřazené a očíslované
  5. Pojmenování problémů ve sledované oblasti a návrhy na jejich řešení příslušnými odborníky včetně vlastního stanoviska k navrhovaným opatřením a případné uvedení vlastních návrhů a jejich odůvodnění
  6. Závěr - vlastní stanoviska k problému - jak to vidím já (co se mi líbí a nelíbí s odůvodněním)
  7. Případně přílohy - obrázky, grafy, struktury, fotografie apod.
  8. Literatura - dle platné normy ČSN 690

#### CH.1.1 Hodnocení seminární práce a přednášky

	<b>Hodnocení</b>
1. Písemná popsání zadané problematiky, analýza problémů, řešení, úprava	<b>1</b> - splňuje očekávání v daném kritériu
2. Podání poznatků z praxe v ústní podobě - způsob prezentace (pojmenování nejdůležitějších věcí, hlasitost, vyjadřování, srozumitelnost, logičnost, vlastní argumentace, návrhy na řešení)	<b>2</b> - vyskytují se drobné nedostatky <b>3</b> - vyskytují se závažné nedostatky

## **CH.2 První ročník LS, 2. - 3. ročník ZS (zápočet)**

### **CH.2.1 Požadavky - zápočet v klinické praxi**

- Zpracování ošetrovatelských plánů písemně do určené dokumentace
- Zpracování kazuistiky do Power Pointu a její prezentace a obhajoba před třídou
- Předložení odborných zdrojů

### **CH.2.2 Požadavky na ukončení předmětu - zkouška, třetí ročník**

- Výběr pracoviště studentem dle určených stanic školou nebo losování pracoviště studentem
- Odpoledne před zkouškou nástup na stanici - přidělení pacientů, seznámení se zdravotní dokumentací, odběr ošetrovatelské anamnézy, provést fyzikální vyšetření a vypracovat krátkodobý (na 1 den) a dlouhodobý ošetrovatelský plán.
- Druhý den ráno nástup na pracoviště se zkoušejícími, převzetí pacientů a zahájení ošetrovatelské péče, realizace odborných výkonů
- **Formativní** hodnocení studentů v průběhu poskytování péče
- **Sumativní** hodnocení: ústní obhajoba komplexní ošetrovatelské péče (ošetrovatelský plán, teorie výkonů, potřeby pacienta, edukační plán apod.) a hodnocení odborných výkonů.

### **CH.2.3 Škála hodnocení**

- 1.** - splňuje očekávání v daném kritériu
- 2.** - vyskytují se menší nedostatky
- 3.** - vyskytují se závažné nedostatky

Při udělení 2 a 3 uvést zjištěné nedostatky do Deníku odborné praxe.



## I. Supervize

### I.1 Požadavky na supervizora

Nejlépe psycholog se speciálním kurzem na supervizi, s praxí v pomáhajících profesích

### I.2 Organizace supervize

- V polovině bloku odborné praxe se studenti sejdou se supervizorem a sdělují svoje negativní zkušenosti, pocity, obavy. Sdělují jak řešili problematické situace, jak se s nimi vyrovnali.
- Supervizor pomáhá studentům řešit problematické situace, podporovat ve správném jednání
- Supervizor úzce spolupracuje s vyučující odborné praxe daného ročníku, kterému předává důležité informace týkající problémů, které je třeba řešit
- Vyučující se může účastnit supervize a na požádání supervizita či studentů vstupuje do diskuse
- Supervizor vyučující jsou vázáni mlčenlivostí, nemohou prezentovat problémy vázané na konkrétní jméno studenta vedení školy nebo vedení pracoviště odborné praxe, pakliže nebyl vydán písemný souhlas studenta/ty.

## J. Evaluace

- **Při výuce - peer review:** student hodnocen studenty v průběhu/na konci výuky.
- **Hodnocení školních stanic studenty** - dotazník, semistrukturované/neformální rozhovory
- **Hodnocení připravenosti studentů mentorkami, personálem, managementem nemocnice** –dotazník, semistrukturované rozhovory
- **Hodnocení školních stanic managementem nemocnice a vyučujícími škol** – dotazník, audit zaměřený na vybavení, klima

## 14 Diskuse

Obečným znakem předkládané práce jsou malé počty studentů. Je to dáno tím, že bylo sledování prováděno na malé škole. V oblasti psychické zátěže, která se nemůže výrazně lišit na různých školách, jsme zahrnuli do výzkumu i studenty uvedených dalších zařízení a získali tak reprezentativnější výsledky, ostatní sledované problémy však jsou poměrně specifické a podmínky na různých školách se liší, takže nelze vytvořit větší soubory sledování tak, aby byly homogenní. Navíc jde v mnoha případech o vnitřní organizační záležitosti jednotlivých zařízení, ke kterým nebylo ani možno získat přístup. Proto je třeba práci ve většině ohledů chápat jako pilotní, která má a snad může inspirovat k podrobnějšímu, rozsáhlejšímu a třeba i systematictějšímu zkoumání některých problémů a hledání jejich řešení (67, 68).

### 14.1 Technická kompetence

Do sledování technických kompetencí nemohli být zařazeni studenti jiných škol, protože si každá fakulta organizuje odbornou praxi odlišně dle vlastních pravidel.

Ze sledování je patrné, že byly i případy, kdy si studenti nemohli nacvičit stanovené výkony dostatečně nebo vůbec. Docházelo k tomu častěji v soukromé nemocnici, kde sestry na studentech často vyžadovaly práci určenu nižšímu a pomocnému zdravotnickému personálu a tím omezovaly jejich příležitost dostat se k výkonu. Fakultní nemocnice poskytuje podstatně příznivější prostředí pro výuku odborné praxe, a to proto, že se zde výuka (mediků, ale i sester) odehrává již řadu let a provoz a personál jsou lépe přizpůsobeni než bývali dříve.

U předepsaných výkonů zatím neexistují doporučené počty jejich provedení; dospět k takovým doporučením bylo jedním z cílů této práce. Z přehledů se potvrzuje to, co bylo předpokládáno – že činnosti spadající do základní péče (stlaní a převlékání prázdného/obsazeného lůžka, hygienická péče u pacienta, podávání stravy) jsou studenty prováděny v dostatečné míře, protože jejich potřeba na odděleních je každodenní a všeobecná. Návčik podá-

vání stravy kojenci či batoleti byl ale poměrně velký problém, neboť dětských pacientů v nemocnicích je menšina a na dětská oddělení se studenti dostávali obtížně i proto, že sem byli dosud přednostně umístováni studenti dobíhajícího oboru dětská sestra ze státní vyšší zdravotnické školy.

Mezi výkony každodenní praxe běžné ve všech oborech patří i podávání léků a aplikace intramuskulárních a subkutánních injekcí. I tyto výkony vykazují v našich přehledech vysokou frekvenci provádění. Na rozdíl od výše uvedených výkonů základní péče však nesmí být podceňovány, protože např. špatně aplikovaná injekce může pacienta vážně poškodit nebo přivodit smrt. Nelze spoléhat, že při velké frekvenci těchto výkonů v provozu je zajištěno dostatečné procvičení, což potvrzuje např. Velký rozptyl frekvence aplikace intramuskulárních v Tab. 5, 6, 7, kde jeden student 2. ročníku prováděl tento výkon pouze jedenkrát během celého semestru. Těmto běžným avšak rizikovým výkonům je proto bezpodmínečně nutné věnovat zvýšenou pozornost mentorkami i učiteli ve škole a klást důraz na splnění nutného minima nácviků, které musí být stanoveno. Z výsledků naší práce vyplynul návrh na určitý počet základních výkonů a jejich minimální počet provedení, viz kapitola 16. Za velmi přínosné by jistě bylo, iniciovat ověření správnosti vybraných výkonů a jejich navržené frekvence na více vysokých školách. Mezi další časté, ale rizikové výkony, u jejichž provádění jsou podobné zkušenosti a měla by platit stejná pravidla, patří katetrizace močového měchýře, odběr moči na vyšetření, ošetřování dekubitů, převaz operační rány, kanylace periferní žíly pod dohledem, podávání klyzmatu a komplexní předoperační příprava.

Do určité míry lze předpokládat nepřímou úměrnost mezi počtem provedených výkonů a strachem studentů z poškození pacienta. Průzkum sebedůvěry studentů dle očekávání ukázal, že u zmiňovaných rizikových výkonů obavy z poškození existují a že jsou u studentů s předchozím vzděláním jiným než zdravotnickým podstatně větší než u absolventů zdravotnických škol. Tento faktor nelze opomíjet, zvláště proto, že je s postupující transformací vzdělávání nutno počítat se stále ubývajícím podílem studentů – absolventů středních zdravotnických škol.

Specializovanější výkony jako je transfuze, podávání enterální a speciální parenterální („all in one“) výživy, zavedení žaludeční sondy se již provádě-

dějí méně rovnoměrně v závislosti na oboru nebo specializaci pracoviště, kde studenti praktikovali.

Za pozornost stojí výkony související se základními potřebami ne-soběstačného pacienta, konkrétně třeba mytí vlasů, kterému není ze strany personálu věnována dostatečná nebo dokonce žádná pozornost. Frekvence tohoto výkonu je minimální přesto, že studenti praktikovali v hojně míře na odděleních, kde byli imobilní pacienti s potřebou umytí hlavy hospitalizováni.

Vedle provádění konkrétních výkonů jsou obtíže související s omezeným počtem a omezenou kapacitou specializovaných pracovišť i při seznamování se s komplexní péčí o některé stavy probírané v teoretické výuce, např. péče o dítě a rodiče, péče o pacientky na gynekologii, péče o pacienty hematoonkologické. Studenti tak celou řadu onemocnění u dospělých i dětských pacientů nemají šanci vidět.

Dle očekávání byla zjištěna minimální frekvence provádění výkonů, které byly legislativně upraveny jako nové kompetence sester. Jedná se o rehabilitační ošetřovatelství (výkony č. 24 – 26) a edukační činnost sestry (výkon č. 52). Tento stav nácvičku odráží skutečnost, že uvedené výkony nejsou na pracovištích prováděny, protože sestry v praxi včetně mentorek i vyučujících ve škole postrádají příslušné znalosti a dovednosti v těchto činnostech, které jsou vyučovány jako oddělené samostatné předměty.

I když nedošlo k tomu, že by některý student v průběhu celého studia na praxi neprováděl některý ze základních výkonů vůbec, frekvence některých je nízká a varující a není možné spoléhat, že byl výkon nacvičen na úroveň, při které nehrozí poškození pacienta. I když je třeba připustit možnost, že některé nízké počty výkonů byly důsledkem pasivity nebo obav studenta, jde spíše o ojedinělý jev, kterému by měla zabránit správně působící mentorka anebo vedoucí praxe a psychologická příprava. Většina nedostatků má však nepochybně příčinu studenty neovlivnitelnou. Bývají to závady v realizaci praxe na odděleních (studenti nejsou k výkonům puštěni, případně jsou vytíženi jinou méně vhodnou činností, nedodržování standardních postupů), nedostatky organizace celé praxe nevhodným výběrem pracovišť praxe, kde spektrum odborností nedává příležitost s některými výkony se vůbec setkat, případně objektivní překážky vyplývající z přílišné specializace, kdy se s danými výkony lze setkat jen

na určitých jednotlivých pracovištích, která ovšem nemají kapacitu pro to, aby se na nich prostřídali všichni studenti. Objektivním důvodem je také to, že některé výkony jsou prováděny sporadicky anebo neočekávaně a nelze proto jejich nácvik nijak plánovat. Při nácviku některých výkonů jsou studenti také svědky významných odchylek praxe od teorie a pravidel správného provedení (69, 70, 71), zejména v dodržování aseptických podmínek a používání pomůcek.

Pro uvedený soubor příčin jsme hledali řešení. Neprovádění výkonů z neznalosti požadavků v podmínkách naší výuky nepřicházelo v úvahu, protože každý student byl vybaven seznamem obsaženým v knize výkonů. Souhrn požadovaných výkonů měly k dispozici i mentorky a ostatní pracovníci provozů, což eliminovalo i nevědomé porušování pravidel zapojování studentů do výkonu a aktivit ze strany nadřízených. Určitou motivací jak studentů, tak i nadřízených bylo povinné aktivní vystoupení na studentské konferenci po skončení praxe, na níž každý prezentoval problematiku z praxe podloženou konkrétními výsledky a na kterou byli pozváni i vedoucí pracovišť.

Obavy u rizikových výkonů jsou samozřejmé a snižují se úměrně zvládnutí výkonu v praxi. Na základě průzkumu jsme přesto učinili opatření v rámci teoreticko-praktického předmětu Ošetrovatelské postupy, který Odbornou praxi předchází, a kromě vlastní teorie výkonů zvýšili důraz na psychickou přípravu. Do té byla angažována i vyučující psychologie.

Zneužívání studentů k nekvalifikovaným činnostem a neumožnění provádět předepsané výkony je problém, který má souvislosti se vzděláním a informovaností mentorek i dalších členů personálu a i jejich chováním ke studentům obecně. Tato problematika je rozebírána i na jiných místech této práce, ale možnosti aktivního zlepšení jsou pro školu omezené; přípravou a motivací může působit na mentorky, nemá však prostředky, jak ovlivňovat ostatní personál; pasivním krokem je dobrý výběr vhodných školících pracovišť, což jsou podle zkušeností provozy Fakultní nemocnice.

Některé závažné choroby, speciální výkony a složitější léčebné postupy jsou vázané na specializovaná oddělení nebo centra. Ta jsou zpravidla ve velkých krajských/fakultních nemocnicích a z toho vyplývá další argument pro to, aby se pokud možno praxe odehrávala na jejich půdě.

Velmi významným výkonem je kardiopulmonální resuscitace. Od zdravotníků se očekává, že ji budou výborně ovládat, avšak příležitost k nácviku v průběhu studia v reálných podmínkách je dle našeho předpokladu i výsledků sledování minimální. Tato situace není ovlivnitelná – neexistují provozy, kde by převažovala pravděpodobnost, že se student s resuscitací setká a proto je nutné nezbytný trénink založit na nácviku v laboratorních podmínkách na vhodném modelu.

Předepsané výkony jsou nesterjné v praxi frekventované, nesterjné techniky obtížné a nesterjné rizikové. Všechny tyto aspekty by se měly vzít v úvahu a ve spolupráci všech studentů určit doporučená množství provedení v rámci nácviku a u rizikových výkonů rozhodnout i o tolerovaném minimu. Z toho bude logicky vyplývat, že požadované frekvence se budou u jednotlivých výkonů lišit. V kapitole 14, ve které se věnujeme návrhu kurikula předmětu Odborné praxe pro všechny školy se stejným vyučovaným oborem, navrhuje u jednotlivých výkonů minimální požadovanou frekvenci provedení stanovených výkonů v průběhu letního semestru prvního až třetího ročníku. Výkony podávání stravy kojenci, batoleti, nácvik soběstačnosti dle Bobatha, podávání enterální výživy, odsávání dýchacích cest z nosu a úst, výživa sondou a kardiopulmonální resuscitace jsme ze základního seznamu z důvodu úzké specializace pro určité obory vyňali a po dohodě s mentorkami je zařadíme do seznamu speciálních technických kompetencí. Některé z nich se budou objevovat u více oborů, protože např. polohování pacienta je specifické u pacientů na neurochirurgii, neurologii, interně či resuscitačním oddělení; stejně tak i příčiny, projevy a zvládnání bolesti jsou jiné u pacientů na traumatologii, onkologii, po operaci a léčba a ošetřování těchto pacientů se hodně liší. Výkony velmi rizikové nebo ty, které student může s ohledem na pracoviště odborné praxe nacvičit vícekrát a získat tak skutečnou jistotu jsme navýšili. Vedené ošetřovatelské dokumentace jsme vynechali, protože je velmi složité určit, jaké záznamy by měl student do ošetřovatelské dokumentace provést. Ověřili jsme si, že s dokumentací pacienta měli všichni studenti možnost pracovat.

I přes mnohá opatření však může dojít k situaci, kdy student provede výkon jen málokrát, případně kdy předepsané počty výkonů splní, ale úroveň zvládnutí některého nebude dostatečná. Proto by bylo vhodné vytvořit způsob,

který by v závěrečném hodnocení absolventů mohl v úzké spolupráci s budoucími zaměstnavateli indikovat, co z rizikových anebo technicky složitějších kompetencí nebylo spolehlivě natrénováno.

V jednotlivých oborech by bylo vhodné vytvořit dodatkové seznamy výkonů speciálních. To však nelze provést na národní úrovni, protože i velké nemocnice se liší spektrem prováděných výkonů a zastoupením specializovaných oborů. Tyto seznamy si musí každá škola vypracovat dle svých pracovních odborné praxe. Z našich výsledků vyplývá určitý návrh na počty odborných výkonů, které by si měl student v průběhu výuky procvičit. Např. v Polsku, kde probíhal projekt zaměřený na výuky odborné praxe, byly výkony rozděleny do kategorií potřeb a autoři navrhli, aby byl každý výkon procvičen pětkrát (10). My jsme dospěli k závěru, že počty výkonů se musí lišit dle obtížnosti výkonu. Na národní úrovni by mohla být stanovena pouze některá doporučení. Ve speciálních výkonech dle dodatkových seznamů by pak mohly své nové zaměstnance programově proškolit obory se specifickými nároky před nástupem do zaměstnaneckého poměru.

Zlepšení by přineslo vytvoření učebního textu, který by vycházel ze seznamu požadovaných výkonů a byl uspořádán tak, že by studentovi sloužil v průběhu studia jako praktická příručka (70). V našich podmínkách existující učebnice ošetrovatelských postupů jsou určeny pro střední zdravotnické školy a jsou zaměřeny pouze na správné technické provedení výkonů. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy schválené MZČR neexistují, školy si studijní materiály volí nebo vytvářejí sami a stejná situace je i v bakalářských studijních programech. Většina škol využívá překlady zahraničních materiálů, především z USA. Jejich platnost je však omezená vzhledem k jiné zdravotnické legislativě, jiné kultuře i zvyklostem a údaje proto musí být přizpůsobovány našim podmínkám (70). Námi navrhovaný učební text by měl být materiálem, který bude v přípravě studentů na technické kompetence vycházet z principu „evidence based practice“ a bude podporovat uplatňování souvisejících poznatků z jiných předmětů, používání kritického myšlení a aktivní řešení a zhodnocení problému. Cílem je vedení studentů k ucelenému zájmu o pacienta, protože jako vysokoškolsky vzdělané sestry procházející náročným studijním programem by měly nejen správně technicky zvládat výkon a nemocného vnímat jako

jeho objekt, ale vidět ho jako celek s uvědoměním si souvislostí, jeho potíží a zdravotních či dalších problémů, které mohou ovlivňovat léčbu a uzdravování. Měly by také vědět u jakých stavů je výkon indikován, znát anatomické a fyziologické souvislosti, kontraindikace a vědět jak může pacient na výkon reagovat. Součástí učebního textu je příprava protokolů a to jednak k výkonům prováděným na všech klinických pracovištích jednak k výkonům specializovaným pro různá pracoviště, které se ve škole prakticky neučí, protože přesahují rámec běžné praktické výuky. Příklad takového protokolu z oblasti kardiochirurgie a plicního lékařství uvádíme v příloze č.7. Protokoly k technickým kompetencím by se měly stát univerzální pomůckou, využívanou nejen v laboratoři, ale i při odborné praxi a v rámci předmětu ošetřovatelství v klinických oborech u konkrétních chorobných stavů.

Při sledování technických kompetencí jsme se současně zaměřili na sledování sebedůvěry studentů při praktické výuce. Při teoreticko-praktické výuce předmětu Ošetřovatelské postupy (jeho úspěšné absolvování je podmínkou pro realizaci Odborné praxe) který vedla autorka této práce jsme zaznamenali u sledovaných studentů v této práci nízkou úroveň sebedůvěry a podceňování se. U profese všeobecné sestry lze toto považovat za negativní jev, který se může také negativně projevit ve výsledcích péče. Přiměřená sebedůvěra, zdravé sebevědomí, schopnost uvědomění si vlastních nedostatků vede k trvalé snaze zlepšit vlastní práci a aktivně pracovat na realizaci náročných cílů uvedeného profilu našeho absolventa. Dle očekávání studenti, kteří neměli předchozí zdravotnické vzdělání na střední zdravotnické škole projevovali všeobecně nižší sebedůvěru. Zdravotníci i nezdravotníci se však shodli v tzv. invazivních výkonech, u kterých se při realizaci cítili nejistě – kanylace periferní žíly, katetrizace močového měchýře, aplikace injekcí intramuskulárně, intravenózně a při odběru krve. U těchto výkonů se ukázalo, že jistotu nabyli až po jejich provedení v průměru 4-7x (viz tab.7). Překvapivější zjištění je, že i studenti – zdravotníci, kteří již předmět Odborná praxe a výše zmiňované výkony na nižším stupni realizovali, vykazovali stejnou nejistotu (nízkou sebedůvěru) a nízké sebevědomí jako studenti s nezdravotnickým vzděláním.

Prostředkem ke zvyšování sebevědomí a sebedůvěry ke zcela určité i nácvik sebehodnocení i provádění kolegiálního hodnocení. U našich studentů



bylo při praktické výuce v laboratoři i v nemocnici zavedeno pravidlo, že po provedeném výkonu, ošetrovatelské péči student sám zhodnotil svůj výkon, poté jej hodnotil spolužák/ci a nakonec učitel. Toto pořadí bylo zvoleno záměrně, aby obě předchozí hodnocení nebyla ovlivněna názorem učitele. Zpočátku činilo sebehodnocení před druhými osobami velké potíže, když však studenti tomuto postupu přivykli, projevilo se, že jednotlivci sebe sama zpravidla hodnotili hůře a kolektiv spolužáků naopak lépe než učitel co by objektivní soudce. Tato systematická z kreslení jsou z části uvědomělá – studenti se obávají, aby kladné sebehodnocení nebylo chápáno jako neskromnost nebo nepřiměřená sebechvála, spolužáci naopak nadhodnocují, aby neurazili nebo nebyli hodnoceným bráni jako nepřátelé či zrádci. Uvedená praktická zkušenost demonstrovuje nedostatek sebevědomí na straně jedné, resp. nedostatek odvahy vyjádřit názor a obhajovat ho. Obojí jsou přitom vlastnosti potřebné k naplnění deklarovaného profilu absolventa. Uvedené formy hodnocení mají ještě další vedlejší aspekt – studenti se při nich učí specifikovat kritiku a i negativní připomínky formulovat vhodně a slušně. Úskalím procesu výuky, v které jsme naši praxi zaznamenali u 90% studentů, je i mechanické učení, tzv. povrchní učební styl. Je charakterizován snahou projít a nikoli pochopit podstatu a souvislosti (52), učení se zaměřuje na prosté pasivní reprodukování naučeného. Pokud se zasáhne do monologu studenta s požadavkem interpretovat problematiku jinak než naučenými formulacemi, nebo logicky zdůvodnit, student většinou neuspěje. Současná pedagogika může využívat principy vedoucí studenty k aktivnímu přístupu při zpracovávání informací, studenti musejí s učivem aktivně pracovat – tvořit (54, 47). Vy výuce, kde se používají aktivizační metody a právě u metody „Problém based learning“ je kladen důraz na řešení problémů, dialog, týmovou práci, aktivní hledání vhodných řešení. Učitel zde působí v roli facilitátora, který učení koordinuje a usnadňuje, nepředává pouze hotové informace. Při této systematické, avšak náročné práci (skupiny studentů byly veliké – 28 studentů na praktickou výuku ve škole a 12 studentů na Odbornou praxi do nemocnice) jsme zaznamenali výrazný pozitivní posun od druhého do třetího ročníku. Pozitivní sebedůvěra měla postupně vliv i na správnou adaptaci na stres v nemocničním prostředí. Studenti byli schopni mnohdy využít metody řešení problému na zvládnání negativních emocí (72). Studenti třetího ročníku

vykazovali větší pocit sebedůvěry a zdravého sebevědomí ve třetím ročníku na rozdíl od druhého, což sami také potvrzovali. Realizace výuky není jednoduchá, protože mnoho učitelů jsou zdravotníci – odborníci ve svém oboru, který však postrádají pedagogické vzdělání a v řadě případů ani neabsolvovali pedagogické minimum. Jejich výuka je vedena jen intuicí, případně na základě vzorů vlastních učitelů, často rovněž „nepedagogů“. Zlepšení bude proto velmi náročné – jeho předpokladem je přesvědčit nebo přimět učitele z řad zdravotnických pracovníků k zásadní změně způsobu vyučování – aktivnímu zapojování studentů do výuky, vedení k sebehodnocení a k hodnocení výuky. To je spojeno také se zvýšenými nároky na tolerantnost učitele, jeho sebeovládání a sebekritičnost při přijímání odlišných názorů, nesouhlasu nebo i kritiky od studentů. Lze toho dosáhnout jedině kontinuálním proškolením, rozborů výuky mezi kolegy – učiteli a v neposlední řadě i přiměřenou motivací učitele. Další změnou, která by musela proběhnout, je změna organizace výuky, rozdělení studentů do více skupin, posílení pedagogického sboru, což je spojeno s vynaložením větších finančních prostředků do realizace studijního programu. Změny však musejí být hluboké, musejí zasáhnout již způsoby vzdělávání na základních a středních školách a musejí se změnit i metody výuky vysokoškolských učitelů. Jedině tak lze studentům vštípit sociální a metodické kompetence potřebné nejen pro studium a profesi, ale i pro život, např. samostatnost, sebevědomí, zodpovědnost, schopnost samostatně si opatřovat informace, schopnost objektivně hodnotit sebe, objektivně a slušně kritizovat, schopnost přijímat důsledky plynoucí z vlastního rozhodnutí a schopnost odpouštět (15). Samostatnou a zodpovědnou sestru nelze vychovat izolovaně v rámci vysokoškolského studia ošetřovatelství, i když toto forma studia slibuje vyšší úroveň zvláště teoretických znalostí, je nutno na ní mnohé zlepšovat, ale ani tak není během tří let studia na vysoké škole možné dohnat a napravit to, co zanedbal školský systém v předchozích 13 letech. Tato zjištění ukázala, že je třeba pravidelně revidovat kurikulum a provádět evaluaci studijního programu, které mohou ukázat vhodné strategie ke zvládnutí těchto problémů (73).

## 14.2 Psychická zátěž studentů na odborné praxi

Výsledky v oblasti psychické zátěže studentů na odborné praxi ukazují, že se pohled studentů na pořadí intenzity traumatizujících zážitků z praxe na všech sledovaných školách prakticky neliší. Při celkovém zhodnocení byly za nejvíce traumatizující zážitky na prvních dvou místech označeny k celku očekávaně „péče o kriticky nemocné a umírající dítě“ a „péče o kriticky nemocného a umírajícího dospělého“. Varovně nejen pro učitele odborné praxe, ale pro celou zdravotnickou veřejnost, je nepochybně to, že na třetím místě v pořadí uváděné závažnosti traumatizujících faktorů jsou „vztahy mezi studentem a personálem“. Ty byly celkově vnímány jako závažnější než „péče o ochrnuté a handicapované pacienty“, „komunikace s rodinou kriticky nemocného“ a „hygienická péče o pacienta druhého pohlaví“. Podobnost je i při porovnání pořadí traumatizujících faktorů uváděných zvláště studenty druhých a třetích ročníků všech škol s tím rozdílem, že u studentů třetích ročníků s výjimkou 1. LF UK v Praze jsou vztahy mezi studentem a personálem řazeny dokonce jako nejzávažnější traumatizující faktor. Odlišnost v pořadí mezi druhými a třetími ročníky si vysvětlujeme tím, že pro studenty druhých ročníků je představa péče o těžce nemocného a umírajícího velmi psychicky obtížně zvládnutelnou zkušeností, protože většina z nich nemá předchozí zkušenosti s těmito situacemi a nikdy před tím umírajícího a nebo zemřelého neviděla v tváři v tvář. Umírání a smrt nevnímají jako neovlivnitelný a nezvratný vývoj některých chorobných stavů, ale jako komplikaci, nepatřičné selhání léčebné a ošetrovatelské péče a proto je řadí na čelní místo. Dalším důvodem může být, že druhé ročníky jako nováčci ve zdravotnickém zařízení, kteří se teprve nově seznamují s prostředím, organizací práce a dosud neznámými výkony, nemají díky pocitu určité bezradnosti dostatek sebevědomí a přijímají přezíravé, nadřazené a někdy i nepřátelské jednání ošetrovatelského personálu jako přirozené. Ve třetím ročníku, kdy už jsou zorientováni a vybaveni většími teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi, začínají na umírání a smrt nahlížet jako na součást některých onemocnění a péči o umírající přijímají jako nutnou část svého profesionálního poslání. Opadá tak jakýsi pocit viny a velký strach z kontaktu s umírajícími a zemřelými. Studenti ve třetím ročníku díky lepší znalosti pro-

středí a zvládnutí řady odborných výkonů již také ztrácejí nepřiměřený respekt a jsou kritičtější k chování personálu. Mají lépe ujasněný systém hodnot, smysl pro reálné cíle a pro praktický život, mají svoje motivy pro vzdělání a jsou si odborně jistější, zacházení jako s nedospělými a neschopnými tak nesou obtížněji (74, 75, 76), což se potvrzuje i ve zkušenostech z jiných zemí (77, 78, 79, 80). Chování personálu je studenty často označováno až za šikanu. Dle odborné literatury lze o šikaně hovořit tehdy, je-li oběť bezbranná, a jedná-li se o asymetrickou agresí. Za bezbrannost jsou považovány fyzický handicap, odlišnost, neobratnost, izolovanost v kolektivu či skupinový útok (33). Z kritérií bezbrannosti jsou u studentů splněna neobratnost, izolovanost a v určitém smyslu i možná odlišnost. Neobratnost je jednak společenská v důsledku omezené orientace prostředí a omezené znalosti hierarchie a konkrétních zvyklostí a vztahů, jednak praktická při zatím omezením zvládnutí odborných výkonů. Izolovanost vyplývá z předchozího, navíc je student často sám bez dalších kolegů na jednom oddělení. Odlišnost se může projevit tehdy, snaží-li se student provádět výkony a činnosti podle platných pravidel v podmínkách provozu, ve kterém jsou tato pravidla porušována. V negativním přístupu sester ke studentům vysokoškolských studijních programů ošetřovatelství hraje pravděpodobně významnou roli ještě specifický jev, který označujeme jako „komplex nižšího dosaženého vzdělání“. Studenti jsou připravováni na vyšší úroveň vzdělání než má většina sester z kolektivu a ty se je proto z vyplývajícího pocitu méněcennosti snaží ponižovat. Při sledování problematiky psychické zátěže v rámci odborné praxe našich studentů jsme zaznamenali zesměšňování, nadávky, výsměch, nezdůvodněné kritizování a zpochybňování a také úmyslné ponižování před dalším personálem lékařským i nižším a pacienty. Tyto jevy se vyskytovaly opakovaně na určitých odděleních, a to nejen v prvních dnech, ale po celou dobu dvou až tří týdnů praxe. Šikana studentů přinášela kromě jiných negativních důsledků jejich zvýšené tendence k úniku do nemoci.

Není to ale jev výhradně tuzemský, vznikající jako nežádoucí doprovod transformace zdravotnického školství na vyšší formy, je popisován i v jiných zemích s jinými systémy (81). Protože z čistě lidského, pedagogického i odborného hlediska velmi nepříznivý, bylo by záslužné věnovat se jeho rozboru a hledání řešení podstatně hlouběji. Zaslouhoval by odbornou psychologickou

analýzu. Je zajímavé, proč každý člen personálu, když byl sám jednou v roli studenta a tudíž by měl cítit pochopení, není ochoten přijímat studenty pozitivně a při nejmenším jejich situaci nestěžovat. Za průzkum by jistě stála hypotéza, zda sestry chovající se popsaným způsobem nejsou ovlivněny vlastní podobnou zkušeností v době studia a díky tomu uvedený typ chování nepovažují za přirozený standard, případně za kompenzaci někdejší šikany své osoby.

Velkým odborným problémem úzce souvisejícím z předchozím bylo, že sestry bránily přístupu studentů k odborným výkonům a využívali je na méně kvalifikovanou práci náležející nižšímu zdravotnickému personálu (např. hromadné mytí podložních mís, umývání nočních stolků na celém oddělení) na úkor nácvičku výkonů. Ten je přitom nejdůležitější součástí odborné praxe, protože jde o práci s živými bytostmi zatíženou poměrně velkými riziky při nesprávných postupech. Proto musí být průběh praxe na školních stanicích školou důsledně sledován.

Eliminace hostilis a šikany ze strany personálu je velmi složitá a neexistuje na ni jednoduchý recept. Od osvěty v kolektivech nelze očekávat velký efekt, perspektivně se situace může zlepšit, s větším zastoupením vzdělaných sester v provozu, v mezidobí musí však v aktivní obraně studentů sehrávat větší roli jednak mentorka, jednak vedoucí odborné praxe v součinnosti s ošetrovatelským managementem v nemocnici, a to na základě evaulace, pomocí nápravných opatření nevyjímaje i postihy. V naší praxi se osvědčila poměrně těsná komunikace vedoucí praxe se studenty i mentorkami a přibližně v polovině problémových pracovišť se dospělo ke zlepšení. Některé stanice jsme ale museli opustit a praxe byla zcela zrušena v jedné celé nemocnici. Dalším důvodem upuštění některých stanic v nemocnicích bylo nevyhovující vybavení pomůckami, zejména spotřebním zdravotnickým materiálem. Studenti tu byli zcela zásadním způsobem porušovat standardní postupy odborných výkonů, např. jim byly odepírány požadované jednorázové ochranné rukavice pro celou řadu výkonů s rizikem vzniku infekce.

Negativní vztahy se sestrami se promítli i do absence studentů. Ti na stanicích, kde se setkávali opakovaně s agresivním chováním a zneužíváním k pomocné práci, unikali do pracovní neschopnosti a sami posléze navrhovali, že si raději zmeškané hodiny praxe nahradí na jiném oddělení. Příčiny absencí

jsme proto zjišťovali neformálními rozhovory a nahrazování na jiných stanicích umožňovali.

Smrt a umírání patřilo u studentů k nejvíce traumatizujícímu jednorázovému zážitku v průběhu výkonu odborné praxe. Konkrétním uváděným důvodem byla nezkušenost s ošetřováním umírajícího a zemřelého, negativní pocity ze setkání s bolestí při umírání, konfrontace s typickou vizáží umírajících, vystrašené umírající dítě, pocit bezmoci při umírání. Trauma z umírání bylo v některých případech, především v léčebnách dlouhodobě nemocných ještě umocněno nevhodným chováním personálu při péči o mrtvé tělo. Druhým, pro studenty nejvíce traumatizujícím jednorázovým zážitkem, byly opět vztahy mezi studentem a personálem a jako třetí v pořadí bylo uváděno ošetřování těžce nemocných pacientů, zvláště mladých, nedodržování standardních postupů odborných výkonů sestrami, provádění kardiopulmonální resuscitace, ošetřování mladé ženy z roztroušenou sklerózou a přítomnost u spontánního potratu.

Důležitým faktorem je způsob vyrovnání se s traumatizujícími zážitky v průběhu odborné praxe. Poměrně nejdostupnější pomocí je svěřování se druhé osobě, ať už blízké pracovně nebo citově, případně považované za autoritu a požívající důvěru. Těm se svěřovala většina (86,1%) našich studentů, a to nejčastěji kolegům – studentům a dále v sestupném pořadí rodičům, partnerům. Nejméně často to bylo nadřízeným na pracovišti (6,7%) a učitelům (5,5%). Výsledky tedy ukázaly, že se studenti svěřují převážně laikům, kteří jim nemohou odborně pomoci. Malá důvěra v nadřízené na pracovišti je málo povzbudivá, ale pochopitelná vzhledem k popisovaným problematickým vztahům s personálem. Mnohem závažnější a varovnější je ale ještě menší důvěra k učitelům a mentorům. Analýza tohoto stavu přinesla zajímavé vysvětlení: studenti uvedli, že mají obavy, aby učitel, který je sice zaměstnancem školy, ale musí být v kontaktu s personálem v nemocnici, neprozradil na pracovišti jména stěžovatelů a tím nevyvolal další zhoršení již tak neuspokojivých vztahů s kolektivem, ve kterém budou muset v průběhu dalšího studia pravděpodobně ještě působit.

Jako krok ke zlepšení psychické podpory studentů v průběhu praxe jsme zavedli pravidelná setkání vedoucích odborné praxe se studenty. Jejich

důvěru jsme se snažili získat ústní dohodou o naprosté důvěrnosti. Na setkáních mohli studenti vyjádřit jak pozitivní, tak především negativní zkušenosti z praxe. Pokud nastala nutnost předávat některé informace anebo přímo intervenovat na odděleních praxe, dělo se tak vždy bez uvádění konkrétních jmen, obecnou formou a s předchozím souhlasem studentů. Studenti měli také možnost individuálního setkání s vedoucí odborné praxe. Ta byla využívána a týkala se převážně mimořádně závažných případů nevhodného chování sester ke studentům a porušování standardních ošetrovatelských postupů. Po překonání počátečních nejistot a obav ze zneužití informací se podařilo vytvořit skutečně otevřený vztah, kdy se studenti nebáli hovořit o prostředí na školní stanici, o odborné přípravě a různých zkušenostech a situacích, které u pacienta řešili nebo zažili. Díky tomu se podařilo odhalit mnoho zásadních problémů výuky odborné praxe a přijmout nápravná opatření. Problém, který ale nelze odstranit a který brání radikálnímu řešení opuštěním školní stanice a změnu za jinou, je nedostatek vhodných pracovišť.

Za oddělení velmi náročná na psychiku označují studenti shodně ta, kde se pečuje o staré a dlouhodobě nemocné osoby. Při jejich ošetrování cítili studenti bezmoc pro malou šanci na zlepšení celkového zdravotního stavu. Negativně vnímali dlouhodobou nepohyblivost těchto pacientů a úplnou závislost na třetí osobě zajištění základních potřeb a o to kritičtěji se stavěli k nedostatečné ošetrovatelské péči na těchto odděleních, velké osamocnosti takových pacientů a nezájmu rodiny. Na těchto odděleních bylo velmi často špatné chování sester nejen k pacientům, ale i ke studentům. Velmi podobné zkušenosti z geriatrických pracovišť uváděli studenti všech námi sledovaných škol a proto by byla zajímavá studie mezi personálem těchto zařízení zaměřená na profil sester, osobnostní rysy, důvod volby tohoto pracoviště pro výkon svého povolání, psychickou zátěž, syndrom vyhoření a pot.

Další kategorií pracovišť, která označili studenti za psychicky velmi zatěžující, byla onkologie a super specializovaná pracoviště s těžce nemocnými – anesteziologicko-resuscitační, neurochirurgická a kardiochirurgická. Studenti zde vnímali velkou odpovědnost za pacienty, za realizovanou péči a právě na těchto odděleních cítili zvláště silné obavy z případné chyby, kterou by mohli těžce nemocnému ještě více ublížit.

Studenti byli dotazováni, zda by uvítali odbornou psychologickou pomoc v průběhu vykonávání praxe a v případě že ano, v jaké situaci. Dvě třetiny studentů neměli o tuto pomoc zájem, část neměla ujasněný názor a pouze 13% dotázaných by se k této variantě klonilo, a to po konfrontaci s hrubým chováním personálu a nebo po prvních zkušenostech s umírajícím a zemřelým. Výsledky tohoto šetření potvrzují prioritní postavení dvou již rozebíraných traumatizujících faktorů, řešení problému formou psychologické konzultace však zjevně není pro většinu studentů atraktivní, snad proto, že v naší společnosti není tento způsob obvyklý.

Osobou, u které by měli studenti v obtížných situacích nacházet pomoc v první řadě a bezprostředně by měla být mentorka. Předpokladem je, aby k ní měli důvěru, aby byla ochotna studenty trpělivě vyslechnout a aby byla schopna poradit, případně pomoci. Našim mentorkám jsme proto doporučili na konci každého dne praxe se studenty rozebírat, s jakými obtížnými situacemi se setkali, jak je řešili a zde je řešili správně.

Vhodné řešení, které bychom velmi rádi zavedli, je pořádání supervizí školeným pracovníkem, který by pomohl studentům stresové situace na praxi zvládat. Podle zkušeností by bylo vhodná jejich frekvence jeden krát za čtrnáct dnů. Tato doba by vyhovovala jak řešení traumatizujících zážitků s krátkým přetrváváním, kterých je většina, tak i pomoci v případě dlouhodobějších následků, v takové dle našeho průzkumu prožila necelá jedna třetina studentů. V literatuře jsou popsány zkušenosti potvrzující prospěšnost podobné podpory ze strany školy ve snižování úzkosti a strachu a tím přeneseně i menší chybivosti při výkonech a snížení absencí (69, 82).

Za úvahu nepochybně stojí i zařazení výukových témat zaměřených na asertivitu, zvládání konfliktních situací a na zvládání stresu. Ty by mohli mít dlouhodobější příznivý dopad, protože je známo, že nezvládnuté silné negativní zážitky ovlivňují i výběr oboru či konkrétního pracoviště po skončení školy a setrvání u profese, případně její opuštění. Nejaktuálnější témata a situace vhodné k analýze v rámci podobných kurzů vyplývají z výsledků našeho průzkumu prakticky shodně u všech studentů – smrt a umírání, komunikace s pacientem a jeho rodinou, nesprávně provedený odborný výkon.



Výstupy našeho průzkumu mohou být vhodným podkladem pro koncipování výuky, zejména pro vytvoření přímých návazností mezi teoretickými (např. komunikace, psychologie, etika) a klinickými předměty (např. péče o seniory, ošetřování onkologicky nemocných), prokladení většího důrazu na témata pro studenty obtížná, vyplývající jak z našich výsledků, tak dalších cílených studií a průběžného monitorování výuky. Současný stav je zatím takový, že jednotlivé předměty jsou vyučovány izolovaně, bez větší vzájemné vazby. To se projevuje především při praktické výuce, kde nastávají situace, ke kterým mají studenti z jiného předmětu namemorovanou teorii, ale nespojují si ji a nedokážou poznatky aplikovat na daný problém. Ukazuje to velké rezervy, které jsou ve spolupráci vyučujících teoretiků ve škole a vyučujících odborníků z praxe – sester a lékařů v klinických předmětech. Ty jsou poměrně jednoduše odstranitelné organizačním opatřením školy na rozdíl od problémů ve vztazích mezi studenty a zdravotnickým personálem. Do těch může škola zasahovat jen nepřímo prostřednictvím připomínek adresovaných vedení zařízení anebo pasivně přesunem studentů na jiné oddělení, což ale vzhledem k vysokému stavu studentů, předepsanému velkému počtu hodin praxe a omezenému množství školních stanic je šancí spíše jen teoretickou. Cestou, pro kterou však zatím není řešení, by bylo zvýšení motivace personálu. Malým příspěvkem by mohly být kurzy pro sestry na školních stanicích pořádané zdarma školou a jejich aktivní zapojení do evaluace.

### **14.3 Hodnocení studentů mentorkami**

Objektivní hodnocení studentů není jednoduchý úkol, zvláště v praktické výuce. Od vyučujících praxe – mentorek se ale žádné hodnocení profesních kompetencí (83, 84), a to vedle vysokých nároků na hloubku teoretických znalostí a na rozsah dovedností. Podle našeho zjištění ale tři čtvrtiny z celkového počtu mentorek v FN Plzeň neabsolvovaly žádné školení v pedagogice, ani nemají pedagogické vzdělání. Navíc se v době studia všech z nich nevyučovala většina námi požadovaných kompetencí. O to je pro ně obtížnější hodnotit zvládnutí těchto kompetencí.

Zjistili jsme, že největší problémy přináší mentorkám hodnocení studentů v kompetenci schopnost využívat poznatky z jiných předmětů v klinické praxi; ta je důležitá pro poskytování bezpečné péče, protože využití poznatků zlepšuje schopnost diagnostikovat komplikace a řešit včas akutní problémy (85). V současném studiu na terciární úrovni jsou všechny teoretické předměty probírány do větší hloubky než na úrovni sekundární, kterou absolvovaly naše mentorky, a to je další velký handicap. Motivace mentorek k samostudiu teoretických předmětů souvisejících s klinickou praxí, např. anatomie nebo fyziologie, je za současného odměňování mentorek minimální, a tím prakticky odpadá možnost, aby mentorky mohly posuzovat schopnost studentů využívat a propojovat fakta získaná v jiných předmětech s praxí, tedy jeden z důležitých požadavků v současné medicíně a ošetrovatelství. Nejde ale jen o problém tuzemský, jak ukazují i některé zahraniční práce (22, 40).

Za druhé nejobtížnější považují naše mentorky i mentorky posuzované v zahraničních studiích (40) hodnocení kritického myšlení. Důvodem je, že kritické myšlení nebylo ve starších pojetích ošetrovatelství žádáno a většina mentorek neměla v době svého kvalifikačního studia příležitost setkat se s nácvikem této dovednosti.

Na třetí pořadí v obtížnosti zařadily mentorky hodnocení studentů v edukační činnosti, tj. schopnosti edukovat pacienta anebo jeho rodinu (40). Jedná se opět o novou legislativně podpořenou kompetenci všeobecných sester, kterou mentorky při svém studiu nenacvičovaly.

To, že jsou mentorky nejisté v těchto kompetencích, pociťovali i sami studenti při jejich nácviku, kdy jim mentorky nedokázaly konkrétněji poradit anebo je nasměrovat.

Uvedené tři profesní kompetence jsou považovány za významné a jsou proto zdůrazňovány autory zahraničních publikací z této oblasti a obsaženy v učebních osnovách a školních materiálech vysokých škol (10, 14, 22, 24). Zjištěné výsledky nejsou nijak pozitivní a čeká nás velmi náročný úkol, jak se vypořádat s vyhodnocováním stanovených profesních klíčových kompetencí. Jít cestou snižování požadavků na studenty v těchto kompetencích a tím se vy-

hnout potřebě hodnocení by byl ústup od moderních trendů. Vhodným směrem by mohlo být doškolení mentorek formou školou připravených přednášek, seminářů či kurzů, na kterých by získaly nové poznatky a dovednosti. Motivací k účasti na nich by bylo, kdyby šlo o certifikované akce jejichž absolvování by bylo ohodnoceno kredity potřebnými pro sestry k plnění povinného celoživotního vzdělávání.

Na čtvrté až šesté místo v obtížnosti hodnocení byly řazeny manažerské dovednosti (především organizovat si práci), lidský přístup a udržování dobrých interpersonálních vztahů a schopnost správně komunikovat. Hodnocení těchto kompetencí nečinilo našim mentorkám velké problémy, protože jde o známé a dlouholetou praxí získávané a utvrzované schopnosti. Sestry v klinické praxi se naučí rychle a vhodně se rozhodovat jak řešit nenadálé problémy pacienta či provozní záležitosti (náhlé rozbití přístroje, nedodání objednaného spotřebního materiálu atd.), na pracovišti se setkávají a sžívají s novými kolegyněmi a zaučují je, spolupracují s lékaři vlastních oddělení i konziliáři a dalšími zdravotnickými profesemi a tyto nutné sociálně-profesní kontakty je učí poradit si v někdy i velmi složité situaci.

Silnější stránkou našich mentorek je také hodnocení znalostí a dovedností specifických pro klinické předměty (internu, chirurgii, pediatrii apod.), kde letitá praxe a zkušenost z ošetřování různých pacientů umožňuje poměrně spolehlivé hodnocení.

V odpovědích mentorek jsme zaznamenali zajímavý rozpor: i když připustily, že v některých problémech, vztahujících se především k teoretickým předmětům, nedokázaly studentům správně poradit a bylo pro ně obtížné hodnotit určité kompetence, na otázku, zda by si potřebovaly pro výuku odborné praxe rozšířit znalosti a dovednosti, jich odpovědělo téměř 90% negativně. Vysvětlení pravděpodobně spočívá vtom, že mentorky se cítí jisté v klinických předmětech, ve zvládnání specializovaných výkonů a v problematice úzce související s praxí, zatímco uvedené „obtížné“ kompetence vědomě či podvědomě podceňují a tím svůj deficit nepovažují za významný.

Hodnocení praxe mentorkami bylo přibližně z poloviny prováděno formativně, z poloviny sumativně. Formativní hodnocení probíhalo vždy ve skupině a bylo zaměřeno na celkové zhodnocení praxe - co se studentům podařilo a co je třeba zlepšit. Sumativní bylo individuální, někdy za přítomnosti vyučující odborné praxe ze školy, a bylo zaznamenáváno do dokumentace studenta na konci každého semestru.

Veškeré výsledky našeho průzkumu jednoznačně podporují nutnost uskutečnit pedagogický kurz pro mentorky a vhodnost dalších vzdělávacích akcí zaměřených na rozvoj nových kompetencí.

Na základě konsensu vyučujících ze školy a mentorek chceme do dalších ročníků rozšířit hodnocené profesní kompetence o zvládání problémových situací; vyhledávání informací a poznatků v odborné literatuře, porovnávání závěrů a jejich správné využití a schopnost práce v týmu (respektování vedoucího týmu, názorů druhých, asertivní jednání).

Další rozvíjení kompetencí by se mělo dít průběžně a na této činnosti by se měli podílet vyučující oboru, mentorky a velký význam by měly impulzy, které by přicházely na základě evaluace od zdravotnických zařízení, kam studenti po ukončení studia nastoupí (10, 40).

#### **14.4 Evaluace výuky odborné praxe**

Evaluace výuky a provádění nápravných opatření není jednoduchý proces a realizace systému pravidelné evaluace odborné praxe v podmínkách nové formy studia a v prostředí současně několika nejednotných cizích subjektů, na které se nevztahují přímé pravomoci školy je úkol velmi nesnadný. Přesto jsme se jej pokusili řešit, a to se zapojením všech zúčastněných stran, pod vedením vedoucí odborné praxe. Jednotlivé úkony v rámci evaluace byly po organizační i časové stránce náročné, ale přinesly poměrně rychle řadu dílčích zlepšení, značně citelných v celkové realizaci výuky odborné praxe.

Za velmi důležité považujeme zapojení studentů formou tzv. „partner-  
ské“ evaluace. To pomohlo odhalit závažné nedostatky v naplňování obsahu  
výuky tohoto stěžejního předmětu. V letním semestru prvního ročníku, kdy  
byla evaluace zahájena, pocítovala vedoucí odborné praxe nedůvěru studentů.  
Ti se zpočátku vyjadřovali jen anonymně a opatrně písemnou formou z obav,  
aby se jejich případné negativní hodnocení školních stanic, mentorek, ostatní-  
ho personálu, vybavení a způsobu výuky neodrazilo na jejich hodnocení a aby  
jejich jméno nebylo prozrazeno na školních stanicích a nebyli tak vystaveni  
ještě většímu nepřátelství ze strany personálu. Od následujícího semestru po  
zkušenosti, že se na základě údajů v dotaznících začaly nedostatky odstraňovat  
aniž by to mělo negativní dopad na kriticky hodnotící „studenty-odvážlivce“,  
začala důvěra ve vedoucí odborné praxe narůstat. Ve spolupráci se studenty  
byl sestaven evaluační dotazník školních stanic, zaměřující se na základní fak-  
tory ovlivňující průběh praxe. Prezentovaná část výsledků ukazuje, že jsme se  
na některých stanicích potýkali s velkými problémy ve všech oblastech, např.  
nevhodným výukovým prostředím, chybějící oporou ve vedení stanice, ne-  
vhodným přístupem ke studentům i pacientům, porušováním zásad při prová-  
dění odborných výkonů, zneužíváním studentů na pomocné práce apod. Mno-  
hé z nich vplynuly i v jiných souvislostech, např. při sledování psychické  
náročnosti praxe. Díky spolupráci studentů se nám podařilo vytipovat školní  
stanice, které jsou pro výuku vhodné a přínosné. Velmi pozitivně hodnotíme  
konečný velký zájem studentů aktivně se zúčastňovat zkvalitňování výuky,  
především praktické. Na jejich zájmu se podílela i skutečnost, že šlo o sou-  
kromou školu s nutností platit školné, za které se studenti naučili požadovat  
odpovídající kvalitu výuky. Přijatelné školné se tak ukázalo jako jeden z mož-  
ných motivačních prvků, a to nejen pro studenta, ale druhotně i pro manage-  
ment školy. Stejně dobrou zkušenost v evaluaci výuky odborné praxe máme i s  
aktivním zapojením mentorek. I pro ně byl vytvořen speciální dotazník, při  
jehož přípravě bylo využito názorů a připomínek mentorek, ale i vrcholového  
ošetřovatelského managementu nemocnic.

Problémy uváděné mentorkami ve vztahu k ostatním školám - příliš  
početné skupiny studentek v jedné směně, početně nevhodné rozdělení studen-

tů na oddělení, praxe pouze v ranních směnách bez možnosti rozdělit studenty do směn podle možností oddělení, nedostatečný kontakt s vyučující odborné praxe ze školy se u výuky studentů naší školy nevyskytovaly; rovnoměrnému rozmístění studentů na odděleních a ve směnách a živému kontaktu se školními stanicemi jsme věnovali mimořádnou pozornost a péči a byli jsme úspěšní. Nepochybně k tomu přispěla i skutečnost, že vedoucí katedry ošetrovatelství a zároveň vedoucí odborné praxe působila současně v malém pracovním úvazku jako asistentka hlavní sestry Fakultní nemocnice v Plzni. To jí poskytovalo kromě nadstandardních kontaktů i znalost podmínek na konkrétních klinických pracovištích a možnost problémům praktické výuky předcházet nebo je včas a optimálně řešit.

Výuka odborné praxe působí mentorkám dle našich zjištění radost a její provádění současně s plněním úkolů jejich povolání, péče o 10-12 pacientů ve směně, je jimi považováno za průměrně náročné. Realizace výuky bez plnění zdravotnických povinností, tedy základní pracovní poměr se školou pro ně není atraktivní, protože jako zaměstnanci školy by měly nižší mzdu než jako sestry ve zdravotnictví. Je to jeden z projevů většího systémového problému v rámci ČR v ohodnocení pedagogických pracovníků. Kromě toho nedostávají školy větší finanční prostředky na výuku odborné praxe, takže samy nechtějí mentorky zaměstnávat a jejich ohodnocení je jen symbolické formou dohody o provedení práce.

Vedení výuky odborné praxe sestrami-mentorkami bez vyučujících ze školy má své výhody i úskalí, uvedené již dříve v teoretické části práce. Dle našeho názoru je ale tento způsob přípravy studentů ošetrovatelství nejvhodnější z možných alternativ, je třeba ho rozvíjet a odstraňovat dle možností existující negativa. Pro zlepšení kvality výuky je dle našich zjištění nezbytný mentorský kurz poskytující základní principy vedení vyučování, kterým by měly projít všechny sestry angažované ve výuce (86, 87, 88).

Průběžným hodnocením školních pracovišť, rozhovory se studenty, kontaktem s mentorkami a častými návštěvami vyučujících ze školy se může

udržovat a zlepšovat kvalita výuky praxe a včasným rozpoznáním problémů se mohou omezit poměrně typické nežádoucí reaktivní jevy u studentů - únik do nemoci, vymlouvání se, lhaní a záškoláctví. Tyto problémy, které se zdánlivě týkají jen základních a středních škol, jsou ve skutečnosti pozorovány i na školách vysokých, a vyskytují se zejména u studijních programů s blokovou praxí na klinických pracovištích.

Řešení mnohých problémů na úrovni škol a studijních programů je možné, ale téměř vždy naráží nebo alespoň okrajově souvisí s faktem, že se praxe odehrává na „cizí“ půdě jiného subjektu, který patří do jiného resortu a spadá pod jiné ministerstvo. Zcela chybějí i jednotná pravidla koexistence a kooperace, takže vztah škola-nemocnice je založen jen na dobrovolnosti, „laskavosti“ nemocnice a jeho řešení je místně odlišné a každoročně je jen výsledkem vyjednávacích schopností vedení školy. Poznnamenává to i činnost mentorek a vztahy škola-mentorka, kde chybí kompetence zadávat úkoly a vytýkat neplnění, není vyřešeno odměňování, není možno zabývat se otázkou, zda je vhodné, aby mentorka prováděla výuku při plném vytížení zdravotnickými povinnostmi.

## 15 Závěr

Těžištěm povolání všeobecné sestry je práce s nemocnými a zanedbaná kvalifikační příprava může mít nedozírné následky na jejich zdraví a životě. Předmět Odborná praxe je proto bezpochyby jedním z nejdůležitějších pro přípravu budoucích sester. V současných podmínkách se u nás podobně jako v celém světě přesouvá příprava sester na terciární úroveň a mění se úlohy sester. Nejsou ale zpracována pravidla a postupy vhodné pro nové pojetí výuky. Předkládaná práce vychází z reálné situace nově založeného studijního programu Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra na bakalářské úrovni a snaží se analyzovat a hledat řešení několika vybraných významných problémů. Velmi důležitou částí práce je řešení problematiky výuky technických kompetencí. Na základě prospektivního sledování byl navržen seznam základních výkonů a učiněn pokus o určení minimálního nutného počtu výkonů v rámci nácviku. Dále byly navrženy doplňující okruhy odborných výkonů specifických pro speciální obory. Provádění výkonů je oblastí, která přináší možné bezprostřední riziko poškození nemocných, a proto by tato problematika zasluhovala další pozornost. Výsledky publikované v této práci jsou získány na jedné škole, tedy ze statistického hlediska malém vzorku. Chápeme je proto jako pilotní, které by měly být výchozím bodem pro další multicentrické sledování zakončené stanovením pravidel závazných nejlépe celostátně.

Další úsek práce je věnován psychicky traumatizujícím faktorům při ošetřovatelské praxi. Na ty je práce s nemocnými lidmi bohatá a rovněž tak i studium, ale ukazuje se, že ne vždy vyplývá stres jen z problematiky nemoci anebo studia, ale že dokonce jedním z nejvýznamnějších stresorů pro studenty jsou vztahy se zdravotnickým personálem. Výsledky v této studii byly získány od studentů pěti škol, vzorek je tedy reprezentativnější a nálezům je možno přičítat větší váhu. Bylo možno navrhnout a částečně i realizovat některá drobnější dílčí zlepšení, možnost zásadních změn v nápravě vztahů s personálem ale ztroskotává na chybění jednotných a závazných pravidel určujících vztahy mezi školou a zdravotnickým zařízením. Za hlavní realizovatelné řešení považujeme zavedení systému odborné supervize.



V podmínkách současného studia se opouští model, kdy studenty na praxi provází pedagogicky vzdělaný/á učitel/ka školy. Roli bezprostředních vedoucích dnes sehrávají zaškolené sestry z praxe – mentorky. V této práci se řeší klady i nedostatky působení mentorek a cesty dalšího zlepšování, z nichž základním předpokladem je povinně absolvovaný kurz pro mentorky, přinášející jim především pedagogické znalosti a dovednosti. Perspektivně se zvyšujícím se počtem vysokoškolsky vzdělaných sester v praxi by bylo žádoucí, aby co nejvíce mentorek bylo z této kategorie.

Důležitým předpokladem stabilního fungování a rozvoje výuky je i v předmětu Odborná praxe evaluace. Autorka se pokusila navrhnout určité evaluační postupy zaměřené na specifickou oblast praxe a uvádí první zkušenosti.

Práce obsahuje řadu poznatků a návrhů řešení. Získané poznatky ale nelze automaticky zevšeobecnit, protože kromě údajů o psychické zátěži vycházejí z malého vzorku jedné školy a jedné skupiny studentů v průběhu tříletého studia. Data však považujeme za cenná a vybízející k dalšímu sledování, nejlépe ve spolupráci většího počtu škol odpovídajícího typu. Rovněž některá vyzkoušená řešení, i když úspěšná, nelze pokládat za konečná, ale spíše za inspiraci pro rozvoj dalších opatření.

Výsledky a návrhy, které vyplynuly z naší práce, jsou realizovatelné i na národní úrovni a vypracování kurikula předmětu. Odborná praxe pro sledované typy škol by umožnilo určitou standardizaci výuky, která by nepochybně přispěla ke zlepšení odborné úrovně absolventů a byla by i předpokladem monitorování a srovnávání vybraných indikátorů kvality mezi školami v ČR. Vytvořili jsme proto, a předkládáme návrh tohoto kurikula. Přínos pro pedagogiku spatřujeme v tom, že se ukázalo, jak důležité je vypracování kurikula nejen pro celý studijní program, ale i pro jednotlivé komplikovanější předměty. Při zpracování našeho kurikula předmětu Odborná praxe jsme uplatňovali teorii pedagogiky, konkrétně pravidla kurikula, mezipředmětové vztahy, výukové cíle, metody výuky, hodnocení a evaluaci, na kterou se v poslední době klade mimořádný důraz.

Naše práce byla o to složitější, že realizace předmětu je ovlivněna celou řadou vnějších vlivů mimo působnost školy.

## Resumé

V současné době probíhá razantní transformace negraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotních sester v souladu s požadavky Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Změny v pregraduální výuce se týkají středních a vyšších zdravotnických škol a vysokých škol univerzitního a neuniverzitního typu. Obor všeobecná sestra na středních zdravotnických školách zcela zanikl a kvalifikační příprava bude probíhat pouze na terciální úrovni vzdělávání.

Pro uvádění zcela jiného vzdělávacího programu do odchodu je nezbytná příprava celé řady novinek nejen v teoretické, ale zejména v praktické výuce. Vzhledem k tomu, že dosud nejsou širší zkušenosti s novým pojetím praktické výuky, je jeho velmi náročná realizace zatím výhradně v kompetenci každé školy. Vypracování kurikula pro praktickou výuku, které by bylo určeno pro všechny školy s bakalářským studijním programem Ošetřovatelství, by bylo velmi cenné.

Předkládaná práce se zaměřuje na analýzu a hledání řešení dílčích problémů výuky předmětu „Odborná praxe“, v bakalářském programu Ošetřovatelství, splňujícím platná mezinárodní pravidla a především požadavky Evropské unie.

V teoretické části práce předkládáme nové pojetí výuky budoucích všeobecných sester a nabízíme náhled především na novou koncepci studijního programu Ošetřovatelství a na předmět Odborná praxe. Zabýváme se obecnými a profesními koncepcemi, psychickou zátěží a stresujícími faktory, šikanou a problematikou supervize. V dalších kapitolách se věnujeme hodnocení studentů obecně, hodnocení průběhu odborné praxe, evaluací výuky odborné praxe z pohledu školy, managementu nemocnice, studentů i mentorek. Na tyto kapitoly navazuje tematika vhodných výukových metod praktickou výuku a problematika kurikula.

Předmětem praktické části je rozbor některých významných problémů v odborné praxi-nácvik technických kompetencí, specifikace optimálních počtů nácviků jednotlivých výkonů, návrh na zapracování protokolů k výkonům pro-

váděným univerzálně na všech nebo většině klinických pracovišť a vedle toho vytvoření seznamu specifikovaných výkonů omezených na určitá specifická pracoviště.

Dalším tématem praktické části je rozbor traumatizujících faktorů – zjištění a analýza významných stresorů, které působí na studenty v průběhu vykonávání praxe, nalezení těch, které považují studenti za nejzávažnější a ozřejmení způsobu, jakým se s nimi vyrovnávají. Následuje návrh na řešení celé problematiky psychické zátěže – zavedením supervize a zlepšení mezipředmětových vztahů.

V následujících kapitolách jsou předkládány výsledky výzkumu obtížnosti hodnocení studentů mentorkami v profesních klíčových kompetencích, které zvládaly mentorky samy dosud v této problematice neškolené, dále evaluace výuky školních stanic po stránce vybavenosti i z hlediska pedagogické připravenosti mentorek.

Ze všech výsledků vyplynul návrh kurikula předmětu odborné praxe, návrh na proškolení mentorek pedagogickém minimu a návrh na vytvoření vhodných učebních textů.

Objem získaných dat je zdánlivě menší v důsledku omezeného počtu studentů daného velikostí školy, bylo sledováno více aspektů odborné praxe a některé výsledky byly získány z několika vysokých škol po celé České republice, takže přenášejí reprezentativnější a v našich podmínkách unikátní obraz problému. Vybrané aspekty praktické části předkládané práce by mohly sloužit jako pilotní pro další a větší, nejlépe multicentrické studie. Jejich výsledky by pak mohly být krokem k zavádění jednotlivých pravidel pro nové pojetí zdravotnického školství u nás.

## Summary

A vigorous transformation of nongraduate and postgraduate education of nurses is running in accordance with the demands of Europe Union and World Health Organization nowadays. Changes in pregraduate education touch secondary and higher nurse schools and university and nonuniversity schools. Specialization in general nursing in secondary nurse schools has come to an end and qualification training will be supplied only on tertiary education level.

To implement a brand new and entirely different education program it is necessary to prepare a lot of new items not only in theoretical but especially in practical training. Regarding the fact that there does not exist any wider experience with new conception of practical training yet, it is now exclusively in each school's competence to put it in life. To produce practical training curriculum suitable for all schools with bachelor Nursing program would be highly-valued.

This essay focuses on analysis and searching for solution of detailed problems of "Practical training" in bachelor Nursing program which comply with valid international regulations and especially the Europe Union's ones.

We present a new conception of training of future general nurses in theoretical part and offer a preview first of all of a new conception of studies curriculum Nursing and of subject Practical training.

We deal with general and profession concepts, psychic burden a stressing factors, bullying and problems of supervision. Next chapters focus on students assessment generally, assessment of practical training, evaluation of teaching of practical training in the point of view of school, hospitals management, students and mentors. Proper teaching methods in practical training and curriculum topics are following in next chapters.

Practical part deals with analysis of some important problems in practical training – practice and drill of technical competencies, specification of optimal count of drill exercises, proposal how to implement protocols of performances (acts) realized universally at all or most of clinical departments. And

beside to create a list of specified performances limited on specialized departments.

Another topic of practical part contents an analysis of traumatizing factors - searching and analysis of significant stressors which influence students during practice, searching for the stressors that students suppose to be most important for themselves, and description of way how they put up with them. The next there is a proposal of solution of psychic stress – by supervision implementation and improvement of inter-subject relations.

The following chapters present results of survey how difficult the mentors' assessment of students in key professional competencies is, which was done by mentors without any special training in this topic, evaluation of equipment and mentors pedagogic preparation in training school stations.

All results bear a proposal of practical training curriculum, a proposal of mentors training in pedagogy minimum and a proposal of proper textbook.

The volume of data we obtained is seeming smaller resulting from limited number of students which is given by school capacity. More practical training aspects were surveyed and some data were obtained from several universities or colleges throughout the Czech Republic. Thus they bring more representative and in our conditions unique picture of the issue. Some selected aspects of essay's practical part could be used as a pilot ones for next and larger, preferably multicentric studies. Their conclusions could serve as a step forward to implement specific regulations in new conception of nursing school system in our country.

## 16 Seznam použité české i zahraniční literatury

1. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-20-9.
2. SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci*. WHO regionální publikace. Evropská série No. 48. Česká společnost sester 1997. ISBN 92-890-1312-5.
3. *Health 21. The health for policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, Regional Office for Europe 1999.
4. HUSNÍK, P. *Vzdělání sestřiček se posune výš*. Učitelské noviny 2001 (46):14. ISSN 0139-5718.
5. STAŇKOVÁ, M. *Vzdělávání sester v Evropské unii*. Časopis Sestra. Červenec 2000, (7): 21-3. ISSN 1351-0126.
6. COUNCIL DIRECTIVE. *Directive 77/452/EEC of 27 June 1977 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including measures to facilitate the effective exercise of this right of establishment and freedom to provide services*. Official journal of the European Communities): 1977 , L176 (15/07): 1-7.
7. JACKSON, D. - MANNIX, J. *Clinical nurses as teachers: insights from students of nursing in their first semester of study*. Journal of Clinical Nursing. 2001, March. Vol 10 (2):270. ISSN 0962-1067.
8. ENGLISH NATIONAL BOARD/DEPARTMENT OF HEALTH. *Preparation for mentors and teachers; a new framework of guidance*. London: ENB/DOH 2001.
9. SMITH, M. - SMITH, A. *An incremental approach to educational development*. Časopis Nursing Standard vol 17. no 18 2003, s. 41-44. ISSN 0029-6570.
10. ZIARKO E. - GNIADEK, A. - ZIMMER, A. - ORZEL - NOWAK, A. - ZYCH, B. - WILCZEK, - RUZYCZKA, E. - ZIARKO, E. - KOT, M. *Przewodnik dydaktyczny dla pielegniarek - opiekunów praktyk zawodowych*. Kraków: Wydawnictwo Skrzat 2003. ISBN 83-7437-100-5.
11. BARTÁK, J. *Základní kniha lektora/trenéra*. Praha: Votobia 2003. ISBN 80-7220-1581-1.

12. MÁDLOVÁ, I. *Evaluace odborné praxe*. Rigorózní práce na katedře Pedagogiky s celoškolskou působností. UP Olomouc: 2004.
13. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. *Recommendation concerning Human Resources Development: Education, Training and Lifelong Learning. Recommendation 195*. Geneva: 2005. ISSN 92-2-116765-8.
14. ICN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry. Zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. NCO NZO Brno:200 ISBN 80-7013-392-9.
15. BENEŠ, M. *Andragogika. Teoretické základy*. Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-23-8.
16. POKORNÝ, J. *Myslet kreativně*. Brno: Akademické nakladatelství CERMS s.r.o. 2004. ISBN 80-7204-324-2.
17. Del BUENO, D. J. *Experience, education, and nurses' ability to make clinical judgments*. Nursing&Health Care 1990, Vol. 11(6): 290-294. ISSN 0276-528-4.
18. DOVING, E. - ELSTAD, B. *Learning to nurse. Informal learning of general and job- specific skills among hospital employees*. The 17th Nordic Conference on business Studies (NFF 2003). Reykjavik 14-16th August 2003.
19. UNITED STATES OFFICE OF PERSONNEL MANAGEMENT. MOSAIC Competencies: Professional & Administrative Occupations 1996-1997. Dostupné z URL:[http://www.gsa.gov/gsa/cm\\_attachments/GSA\\_DOCUMENT/StaffingAttachment2CompetenciesMav252005\\_R2-wM3-u0Z5RDZ-i34K-pR.pdf](http://www.gsa.gov/gsa/cm_attachments/GSA_DOCUMENT/StaffingAttachment2CompetenciesMav252005_R2-wM3-u0Z5RDZ-i34K-pR.pdf) [cit. 23.1.2007],
20. LENBURG, C. B. *Assessing the goals of nursing education: Issues and approaches to evaluation outcomes*. In: M. Gardin, M. (ed.), *Assessing educational outcomes*. New York: National League for Nursing, 1991, s. 25-52.
21. *National Nursing Competency Project*. Final Report June 1997. Canada: Ottawa 1997. ISBN 1-55119-010-9.
22. DEPARTMENT OF NURSING AND HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN. *Curriculum 2002, Higher Nursing Education*. NL: Groningen, 2002.
23. EDWARDS, S. L. *Innovation in skills acquisition for higher education nursing students*. The university for Hertfordshire. Department of Nursing and Paramedic Sciences. UK: Hertforeshire 2004.

24. *The International classification for nursing practice ICNP*. Copenhagen: DIHNR 1996. ISBN 92-95040-36-8.
25. HNILICA, K. - KROUPA, A. - VAŠKOVÁ, R. *Subjektivní pocit zdraví a pracovní podmínky*. Praha: VÚPSV 2000.
26. KEBZA, V. - ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: Státní zdravotní ústav. 1. vydání 1998. ISBN 80-7071-231-7.
27. MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví. Bezpečný podnik*. Výzkumný ústav bezpečnosti práce ve spolupráci a s podporou firmy 3M. Praha: 2003.
28. MAYEROVÁ, M. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing 1997.
29. DEARY, I. J. - WATSON, R. - HOGSTON, R. *A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students*. Journal of Advantage Nursing. 2005, Vol. 49 (3): 276-282. ISSN 0813-053-1.
30. *Stres při práci*. Zpravodaj Evropské odborové kanceláře pro zdraví a bezpečnost. No 19- 20, září 2002.
31. ČÍRTKOVÁ, L. - SPURNÝ, J. *Péče o policisty po extrémních stresových situacích*. Časopis Kriminalistika, roč. XXXIV 3/2001. Dostupné z URL: [http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/2001/01\\_03/cirtkova.html](http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html) [cit. 2.1. 2007],
32. TOMMINS, F. - KALISZER, M. *Absenteeism among nursing students - fact or fictions?* Journal of Nursing Management. 2002 Sept. Vol. 10 (5): 251-264. ISSN 0966-0429
33. LOVASOVÁ, L. *Šikana*. Sdružení Linka bezpečí a Vzdělávací institut ochrany dětí. Praha: 2005.
34. PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacienta Michael Baiint*. Praha: Triton 2004. ISBN 80-7254-657- 0.
35. HAWKINS, P. - SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-715-9.
36. ŠIMEK, A. *Supervize-kazuistiky*. Praha : Triton 2004. ISBN 80-7254-657- 0.
37. DIVISION OF NURSING & MIDWIFERY. *Mentor's Handbook. The*



- Nursing and Midwifery School Glasgow*. Dostupné z: <http://www.gla.ac.uk/schools/nursing/handbook/> [cit.19.3. 2006],
38. SLAVÍK, J. *Hodnocení v současné škole. Východiska a nové metody pro praxi*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-262-9.
  39. O'NEIL, A. - McCALL, J. M. *Objectively assesing nursing practices: a curricular development*. *Nurse Education Today* 1996; 16:121-126. ISSN 0148-483-4.
  40. LÓFMAR, A. - THOREL-EKSTRAND I. *Evaluation by Nurses and Students of a New Assessment Form for Clinical Nursing Education*. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 89 - 96. ISSN 0283-931-8.
  41. PAGE, G. T. - THOMAS, J. B. *International Dictionary of Education*. London: Kogan Page, 1978. ISBN 08-939-7003-4.
  42. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
  43. HUTCHINSON, L. *Educational environment*. *BMJ* 2003. April. Vol 326 (7393): 810-12. ISSN 0959-8154.
  44. FRECHTLING, J.- WESTAT, L. S. *User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations*. Directorate for Education and Human Resources. Division of Research, Evaluation and Communication National Science Foundation, 1997. Dostupné z URL: [http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start, htm](http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm) [cit. 2.1. 2007],
  45. PRŮCHA, J. *Pedagogická evaluace*. Brno : Masarykova Univerzita, 1996. ISBN 80-210- 1333-8.
  46. ANGELO, T. A. - CROSS, K. P. *Classroom Assessment Techniques. A Handbook for College Teachers*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers 1993. ISBN 1-55542-127-4.
  47. WATSON, J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing Health Science*. Springer Publishing Copany:2002. ISBN 0-8261-2313-9.
  48. SPENCER, J. *Learning and teaching in the clinical environment*. *BMJ* 2003. March. Vol 326 (7389): 591-94. ISSN 0959-8154.
  49. PELIKÁN, J. *Pomáhat být. Otevřené otázky teorie provázející výchovy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0345-4.

50. JAQUES, D. *Teaching small groups*. BMJ 2003. March. Vol 326 (7387): 492-94. ISSN 0959-8154.
51. CANTILLON, P. *Teaching large groups*. BMJ 2003. Febr. Vol 326 (7386): 437-50. ISSN 0959-8154.
52. KAUFMAN, D. M. *Applying educational theory in practice*. JAMA 2003. January. Vol 326 (7382): 213-16. ISSN 0959-8154.
53. WOOD, D. F. *Problem based learning*. JAMA 2003. Febr. Vol 326 (7384): 328-30. ISSN 0959-8154.
54. GORDON, J. *One to one teaching and feedback*. BMJ 2003. March. Vol 326 (7388): 543-45. ISSN 0959-8154.
55. NORCINI, J. J. *Work based assessment* BMJ 2003. April. Vol 326 (7392): 753-55. ISSN 0959-8154.
56. SMEE, S. *Skill baseed assessment*. BMJ 2003. March. Vol 326 (7391): 703-6. ISSN 0959-8154.
57. MAŇÁK, J. - ŠVEC, V. *Výukové metody*. Brno:Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.
58. KALHOUS, Z. - OBST, O. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.
59. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. Praha: ISV nakladatelství, 1999. ISBN 80-85866-33-1.
60. GRECMANOVÁ, H. - URBANOVSKÁ, E. - NOVOTNÝ, P. *Podporujeme aktivní myšlení a samostatné učení žáků*. Olomouc: Hanex 2000. ISBN 80-85783-28-2.
61. SCHUWIRTH, L. W. T. -VLEUTEN, C. P. M. *Written assessment*. BMJ 2003. March. Vol 326 (7390): 643-45. ISSN 0959-8154.
62. WALTEROVÁ, E. *Kurikulum. Proměny a trendy v mezinárodní perspektivě*. Brno: Masarykova univerzita 1994. ISBN 80-210-0846-6.
63. PRIDEAUX, D. *Curriculum design*. JAMA 2003. Febr. Vol. 326 (7383):268-70. ISSN 0959-8154. ISSN 0959-8154.
64. LENBURG, C. B. *Copa Model. Framework Konzept and Methods of the Competency Outcomes and Performans Assessment*. Journal of Issues in Nursing. Dostupné z URL: <http://www.ana.org/mods/archive/mod110/copafull.htm> [cit. 28. srpna 2005].

65. WILSON, H. S. *Introducing Research Nursing. A Division of the Benjamin Commungins Publishing Company. Inc.* ISBN 0-8053-9405-2.
66. CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0765-5.
67. TRČKOVÁ, M. - VAŇKOVÁ, M. - ZVONÍČKOVÁ, M. - SVOBODOVÁ, H. - HEŘMANOVÁ, J. - HOLUBOVÁ, J. - DROZDOVÁ, R. - MÁDLOVÁ, I. *Vyučování odborné praxe - další role sester.* In: Cesta k modernímu ošetrovatelství VI. Ročník, sborník příspěvků z konference. Praha, FN Motol 2004. s. 12-13. Konference: Cesta k modernímu ošetrovatelství VI ročník, 16.-17.9. 2004 FN Motol.
68. CAPUTI, L. - ENGELMANN, L. *Teaching Nursing: The Art and Science.* USA: College of DuPage Press, 2005. ISBN 1-932514-00-7.
69. BEGLEY, C. M. - WHITE, P. *Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme.* Journal of Advantage Nursing. 2005, May. Vol. 42 (4): 390. ISSN 0813-0531.
70. TULLY, A. *Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2004, Vol. 11 (4): 43-47. ISSN 1351-0126.
71. ZUPIRIA GOROSTIDI, X. - URANGA ITUTTIOTZ, M. J. - ALBERTI ERIZE, M. J. - BARANDIARAN LASA M. - KEZKAK, K. *A new bilingual questionnaire to measure nursing students' stressors in clinical practice.* Gazeta Sanitaria. 2003, Jan.-Feb. Vol. 17 (1): 37-51. ISSN 0016-5697.
72. RUTH, L. O. *A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study.* Journal of Advantage Nursing. 2002 July. Vol. 39(2): 119. ISSN 0813-0531.
73. MÁDLOVÁ, I. *Je snadnější vychovat na vysokoškolské úrovni vzdělání samostatnou a zodpovědnou sestru?* In: Ošetrovatelství, perspektivní věda i umění. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 204 - 207. ISBN 80-247-1156-7.

74. SHARIF, F. - ARMITAGE, P. *The effect of psychological and educational counselling in reducing anxiety in nursing students*. Journal of psychiatric & Mental Health Nursing. 2004, Aug. Vol. 11 (4): 386. ISSN 1351-0126.
75. LINDOP, E. *Individual stress and its relationship to termination of nurse training*. Nurse Education Today 1989, No 9: 172-179. ISSN 0148-4834.
76. LINDOP, E. *A Comparative study of stress between pre and post-Project 2000 students*. Journal of Advanced Nursing 1999, April. Vol.29(4):967. ISSN 0813-0531.
77. PARKES, K. R. *Stressful episodes reported by first year student nurses: a descriptive account*. Social Science and Medicine, 1985, Vol. 20: 945-952. ISSN 0037-7856.
78. JACK, B. *Ward changes and stress in student nurse*. Nursing Times 1992, Vol. 88: 51. ISSN 0954-7762.
79. BEGLEY, C. M. - GLACKEN, M. *Irish nursing students'changing levels of assertiveness during their preregistration programme*. Journal of Nursing Education 2004, Oct. 24 (7): 501-510. ISSN 0148-4834.
80. YONGE, O. - MYRICK, F. - HAASE, M. *Student nurse stress in the preceptorship experience*. Journal of Nursing Education 2002, Mar-Apr;27(2): 84-88. ISSN 0148-4834.
81. EVANS, W. - KELLY, B. *Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures*. Nurse Education Today. 2004, Aug. Vol. 24 (6):473-82. ISSN 0148-4834.
82. OMIGBODUN, O. O. - ONIBOKUN, A. C. - YUSUV, B. O. - ODU-COGBE, A. A. - OMIGBODUN, AO. *Stressors and counselling needs of undergraduate nursing students in Ibadan, Nigeria*. Journal Nursing Education 2004, Sept. Vol. 43 (9): 412-415. ISSN 0148-4834.
83. HYLAND, M. E. - DONALDSON, M. L. *Donaldsonova stupnice pro hodnocení psychosociálních dovedností studentky při návštěvě službě v domácnosti*. Pomůcka pro odborné učitelky. Brno: IDVPZ, 1993.
84. A PRIVATE FOUNDATION WORKING TOWARDS A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM. *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Dostupné z URL: [cit. 20.1.2007]

<http://www.cmwf.org/publications/publications> show.htm?doc  
id=413825&

85. AIKEN, L. H. - CLARKE, S. P. - CHEUNG, R. B. - SLOANE, D. M. - SILBER, J. H. *Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality*. JAMA 2003, Sept. 290 (12): 1617-1623. ISSN 0098-7484.
86. TRČKOVÁ, M. - VAŇKOVÁ, M. - ZVONÍČKOVÁ, M. - SVOBODOVÁ, H. - HEŘMANOVÁ, J. - HOLUBOVÁ, J. - DROZDOVÁ, R. - MÁDLOVÁ, I. *Vyučování odborné praxe - učitelky versus mentorky*. In: Cesta k modernímu ošetřovatelství VI. Ročník, sborník příspěvků z konference. Praha, FN Motol 2004. s. 12-13. Konference: Cesta k modernímu ošetřovatelství VI. ročník, 16.-17.9. 2004 FN Motol.
87. ZVONÍČKOVÁ, M. *Etické problémy současné ošetrovatelské praxe*. In: Sborník z konference I. Mostecké dny sester. 4-5.5. 2006. ISBN 80-239-6603-0.
88. MORRISON, J. *Evaluation*. JAMA 2003. Febr. Vol 326 (7385):385-87.

## **17 Přílohy**

Příloha 1. Sledování psychické zátěže studenta na odborné praxi

Příloha 2. Hodnocení sebedůvěry studenta na odborné praxi

Příloha 3. Shrnutí zkušeností mentorek z výuky odborné praxe  
a hodnocení studentů

Příloha 5. Hodnocení školních stanic studenty

Příloha 6. Protokol k nácviku technické kompetence

## **Příloha 1. Sledování psychické zátěže studenta na odborné praxi**

### **1. Kterou situaci z odborné praxe považujete za traumatizující?**

Seřad'te podle významnosti pro Vás, před čtverec napište číslo 1 -7

- Vztahy mezi personálem a studenty na pracovišti odborné praxe
- Péče o dospělé kriticky nemocné/umírající
- Péče o děti kriticky nemocné/umírající
- Komunikace s nejbližšími kriticky nemocného
- Agresivní pacient
- Celková hygienická péče a pacienta druhého pohlaví
- Péče o nepohyblivého, ochrnutého, handicapovaného nemocného
- Jiné

### **2. Které oddělení pro Vás bylo nejvíce psychicky náročné, stresující?**

Napište důvod:

### **3. Myslíte si, že v průběhu odborné praxe za celé tři roky by jste potřebovali odbornou psychickou pomoc?**

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Pokud jste odpověděl/a ano, spíše ano, napište v jaké situaci.

### **4. Jaký jste zažil/a v průběhu odborné praxe pro Vás traumatizující zážitek?**

**Jak jste se v průběhu odborné praxe s nejvíce pro Vás traumatizující událostí vyrovnal/a?**

- Sám
- Vyhledal odbornou pomoc
- Svěřil se blízkému – udělejte křížek k příslušné osobě, které jste se svěřil/a
  - Kolegovi-studentovi
  - Učíteli
  - Příteli
  - Partnerovi
  - Rodiči
  - Nadřízenému na pracovišti odborné praxe

5. Do kdy, Vás nejvíce traumatizující zážitek uvedený výše, odezněl?

- Do 24 hodin
- Do 48 hodin
- Do týdne
- Do 1 měsíce
- Nad 1 měsíc

6. Napište, pokud již víte, ve kterém oboru, či přímo na kterém oddělení (interní, chirurgické, onkologie, intenzivní péče, neurochirurgie, dětské apod.) byste chtěli po absolvování školy pracovat?

7. Považujete podle zkušeností z odborné praxe, povolání všeobecné sestry za fyzicky i psychicky:

- Velmi náročné
- Náročné
- Náročnost nevybočuje z průměru
- Spíše nenáročné
- Nenáročné



## Příloha 2. Hodnocení sebedůvěry studenta na odborné praxi

Předchozí ukončené vzdělání:  zdravotnické  jiné

### Hodnocení:

1. Zcela si věřím
2. Převažuje sebedůvěra nad jistotou
3. Někdy si věřím, někdy ne
4. Převažuje nejistota nad sebedůvěrou
5. Nevěřím si

1. Ohodnoťte svoji jistotu v poskytování celkové individualizované péči na odborné praxi

1                      2                      3                      4                      5

2. Ohodnoťte svoji jistotu v provádění ošetrovatelských výkonů probíraných v předmětu ošetrovatelské postupy na odborné praxi.

1                      2                      3                      4                      5

3. V jaké situaci jste se cítil nejistý/á?

4. Co bylo příčinou Vaší nízké jistoty (sebedůvěry) při provádění výkonu?

5. Jak se projevovala Vaše nejistota?

6. Doplňte následující větu: sestry na školních stanicích by měli zvyšovat moji sebedůvěru (čím) :

7. Jak si Vy zvyšujete sebedůvěru?

### **Příloha 3 . Shrnutí zkušeností mentorek z výuky odborné praxe a hodnocení studentů**

#### **A. Vedení výuky**

1. Přinášela Vám radost výuka odborné praxe?
  - Rozhodně ano
  - Spíše ano
  - Neutrální pocity
  - Spíše ne
  - Určitě ne
  
2. Domníváte se, že je obtížné zvládat současně výuku a výkon svého povolání?
  - Rozhodně ano
  - Spíše ano
  - Neutrální pocity
  - Spíše ne
  - Určitě ne
  
3. Domníváte se, že by bylo lepší, abyste v době výuky měla úvazek ve škole, abyste se této činnosti mohla plně věnovat a nevykonávat současně povolání sestry?
  - Rozhodně ano
  - Spíše ano
  - Neutrální pocity
  - Spíše ne
  - Určitě ne
  
4. Absolvovala jste pedagogické minimum?
  - Ano
  - Ne

5. Pociťujete, že byste si v něčem potřebovala pro výuku odborné praxe rozšířit znalost a dovednosti?

Ano

Ne

V čem:

### **Hodnocení**

6. Prováděla jste v průběhu odborné praxe se studenty hodnocení?

Ano

Ne

7. Jak často jste prováděla hodnocení:

Na závěr každého dne

Obden

1x týdně

Na konci praxe studentů

8. Činilo Vám potíže objektivně studenta hodnotit?

Rozhodně ano

spíše ano

neutrální pocity

spíše ne

určitě ne

9. Ohodnoťte dle školní klasifikační škály 1 – 5 profesní kompetence, tak abyste vyjádřily, jak obtížné bylo je hodnotit

(1-snadné, 2-spíše snazčí, 3-středně obtížné, 4-spíše obtížné, 5-obtížné)

- Komunikační dovednosti

(např. komunikace s pacienty, personálem, písemné vyjadřování)

- Kritické myšlení (např. analýza a syntéza dat při řešení problému s pacienta, rodiny, posouzení úspěšnosti ošetrovatelské péče)

- Lidskost, interpersonální vztahy  
(např. chování vůči klientům, dodržování etických principů)
- Manažerské dovednosti  
(např. organizace práce, nevržení a realizace oš. Plánu)
- Vyučování (např. edukace klienta, rodiny)
- Schopnost využívat poznatky z jiných oborů  
(anatomie, fyziologie, teorie, ošetrovatelství, psychologie)

10. Připravila škola, dle Vašeho názoru, studenty pro praktickou výuku dostatečně?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Neutrální pocity
- Spíše ne
- Určitě ne

11. Zaznamenáváte u studentů, že existuje velký rozdíl mezi teorií (jak se postupy učí ve škole) a praxí (jak se to skutečně dělá)?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Neutrální pocity
- Spíše ne
- Určitě ne

12. Vybrala byste si, některého studenta z naší školy na oddělení jako pracovníka?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Neutrální pocity
- Spíše ne
- Určitě ne



9. Jakou si představujete odměnu za praktickou výuku?

10. Jste včas informováni ze strany školy o umístění studentů na praxi?

Máte k dispozici harmonogram praxe a exkurzí škol?

Ano

ne

11. Vedete studenty zásadami moderního ošetrovatelství kam patří pomoc při zhodnocení stavu pacienta, formulování jeho problémů, edukace pacienta a rodiny a vedení ošetrovatelské dokumentace?

Ano

ne

Pokud nevedete, uveďte proč:

12. Co byste ze strany školy uvítali/nelíbí se vám/navrhli byste ke změně:

13. Má vrchní sestra přehled o počtu hodin, které věnujete výuce v pracovní době?

Ano

ne

14. Máte k dispozici kontakt na vedoucího praxe?

Ano

ne

15. Podílíte se/provádíte na hodnocení studentů?

Ano

ne

## Příloha 5. Hodnocení školních stanic studenty

Jméno studenta:

Ročník:

Hodnotící škála:

Rozhodně ano-1, spíše ano-2, nevím-3, spíše ne-4, rozhodně ne-5

Pracoviště:	Hodnocení
1. Na školní stanici bylo příjemné výukové prostředí.	
2. Staniční sestra byla oporou.	
3. Je vedena ošetrovatelská dokumentace.	
4. Měl/a jsem možnost aplikovat poznatky z předmětů Teorie ošetrovatelství a Ošetrovatelských postupů.	
5. Měl/a jsem možnost provádět odborné výkony	
6. Naučil/a jsem se nové věci.	
7. Jak hodnotím chování sester k pacientům.	
Doplňující odpovědi:	

Pracoviště:	Hodnocení
1. Na školní stanici bylo příjemné výukové prostředí.	
2. Staniční sestra byla oporou.	
3. Je vedena ošetrovatelská dokumentace.	
4. Měl/a jsem možnost aplikovat poznatky z předmětů Teorie ošetrovatelství a Ošetrovatelských postupů.	
5. Měl/a jsem možnost provádět odborné výkony	
6. Naučil/a jsem se nové věci.	
7. Jak hodnotím chování sester k pacientům.	
Doplňující odpovědi:	

## **Příloha 6. Protokol k nácviku technické kompetence**

### **Aplikace roztoků, léků intravenózně, zavádění periferní žilní kanyly**

#### **CÍL**

Po absolvování tohoto tématu byste měli být schopni:

- 1) připravit pacienta na aplikaci i.v. terapie (vysvětlit mu výkon, zopakovat důvod, edukovat o režimu v průběhu léčby, žádoucímu účinku a komplikacích),
- 2) zavést šetrně a ekonomicky periferní žilní kanylu a umístit infuzní systém,
- 3) podávat ordinované roztoky - krystaloidy, koloidy, krevní deriváty; obsluhovat infuzní pumpu,
- 4) ošetřovat kanylu,
- 5) řešit vzniklé problémy pacienta v souvislosti se zavedenou kanylou, podáváním roztoků/léků i.v.,
- 6) zrušit kanylu,
- 7) vést zdravotnickou dokumentaci.

#### **VYUŽITÍ POZNATKŮ Z JINÝCH PŘEDMĚTŮ**

Ke správnému provedení výkonu potřebujete znalosti z předmětů:

- anatomie, fyziologie, histologie, patofyziologie, komunikace, vývojová psychologie, ošetrovatelské postupy
- cévní systém – žíly a tepny
- vodní hospodářství, acidobazická rovnováha - respirační a metabolická acidóza/alkalóza, fyziologické hodnoty
- elektrolyty, krevní obraz
- krevní skupiny
- typy a příznaky šoku
- vhodná komunikace s pacienty různých věkových skupin
- zvláštnosti jednotlivých věkových skupin s důrazem na děti a stáří
- hygiena rukou, dezinfekce a sterilizace
- buňky



Výše uvedená témata z ostatních předmětů si student nastuduje doma. Student si vyplní test s následujícími otázkami, které prověřují potřebné znalosti k novému tématu:

## **SAMOSTUDIUM**

Následující problémy a otázky diskutujte s jedním nebo více studenty v rámci samostudia. Vyhledejte si podklady k odpovědím a řešením v odborné literatuře, studiích v internetových odborných databázích.

### **Otázka č. 1**

Indikace k infuzní terapii je častá. Popište a odůvodněte 5 indikací k této terapii a 4 rizikové skupiny pacientů.

### **Otázka č. 2**

Jaké ukazatele a parametry budete sledovat u pacienta, který má deficit objemu tekutin a deficit elektrolytů. Odůvodněte.

### **Otázka č. 3**

40letá pacientka byla hospitalizována k intravenózní aplikaci antibiotik. Byla jí zavedena periferní žilní kanyla do předloktí, asi 12 cm od epikondylu kosti radiální. Za dvě hodiny volá sestru a stěžuje si na bolest v místě vpichu a brnění. Okolí vpichu v této době nevykazuje známky zánětu. Může se jednat o nějaký problém? Odůvodněte.

### **Otázka č. 4**

Přivezou pacienta na akutní příjem s periferní žilní kanylou zavedenou lékařem rychlé záchranné služby. Rozhodnete se, že kanylu ponecháte. Vyhodnoťte toto rozhodnutí a odůvodněte, zda je správné či nikoli.

### **Otázka č. 5**

Aplikované infuzní roztoky se dělí do několika typů. Určete o jaké typy roztoků se jedná, v čem se liší a kdy jsou indikovány.

**ZAHAJOVACÍ TEST** (zaškrtněte správnou odpověď - ANO / NE)

1. Žíly rozvádějí krev do těla. ANO NE
2. Při podání hypertonického roztoku se osmotický tlak v tkáních sníží. ANO NE
3. Člověk s krevní skupinou AB je univerzální příjemce. ANO NE
4. 4 krevní skupiny jsou založeny na dvou různých antigenech. ANO NE
5. Primární funkce erytrocytů je rozvod kyslíku. ANO NE
6. Respirační acidóza se projevuje zvýšeným CO<sub>2</sub>. ANO NE
7. Alkalóza se projevuje zvýšeným pH. ANO NE
8. Změna úrovně vědomí by měla být vždy interpretována jako šokový stav. ANO NE
9. U šoku se zvyšuje krevní tlak a puls. ANO NE
10. Srdeční cyklus: levá síň-levá komora-  
pravá síň-plicní žíly - plicní tepny - pravá komora-aorta. ANO NE
11. Jedinec s krevní skupinou O je univerzální dárce. ANO NE
12. Pouze buněčné jádro obsahuje DNA. ANO NE
13. Fibrin je bílkovina důležitá pro srážení krve. ANO NE
14. Z elektrolytů má pro srdeční buňky zásadní význam kalium. ANO NE
15. Zavedená kanyla v oblasti zápěstí může poškodit  
nervus brachialis. ANO NE
16. Sterilní rukavice jsou potřeba na každý invazivní výkon. ANO NE
17. Koncentrovaný dezinfekční roztok nahradí sterilní rukavice. ANO NE
18. Dětem od 10 let lze podávat stejné množství infuzních  
roztoků jako dospělému ANO NE
19. Odpadním produktem ledvin je urea. ANO NE
20. Koloidy jsou roztoky s vyšší koncentrací sloužící k náhradě  
objemu tělesných tekutin. ANO NE

## **VLASTNÍ VÝKON**

### **Úvod**

Intravenózní terapie se stala častou klinickou intervencí v moderní, především akutní péči. Sestry a porodní asistentky často používají techniku zavedení periferní žilní kanyly/jednorázové jehly z vyšetřovacích a léčebných důvodů. Výkon není zcela bez rizik, je nutné dodržovat pravidla bezpečného zavedení i.v. kanyly a podávání i.v. terapie. V roce 1945 byl objeven první intravenózní katétr (kanyla) po roce 1965 byl využíván k podávání výživových roztoků)

### **Definice**

Aplikace roztoků a přidaných léčiv je prováděna v ordinovaném množství, čase, přesně stanoveným postupem. Zavádění periferní žilní kanyly/jednorázové jehly je výkon sloužící k zajištění žilní linky za účelem podání léku.

Infusio (latinsky: infundere - dávat dovnitř)

### **Indikace k výkonu**

**Periferní žilní kanyla bývá zaváděná nejčastěji v souvislosti s:**

- podáváním intravenózních léků
- doplněním objemu tělesných tekutin
- hemodialýzou
- transfuzní terapií
- parenterální výživou
- antikoagulační léčbou

### **Kompetentní osoby k výkonu**

- sestra a porodní asistentka způsobilá k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu; výkon provádí na základě indikace lékaře
- student provádí vždy pod dohledem sestry oprávněné k výkonu.

### **Nejčastěji kanylované žíly**

- v. v. metacarpeae, v. radialis, v. mediana cubiti, v. brachialis
- v. cephalica, v. basilica
- Kanylu zavádějte nejdříve do oblasti předloktí, jako druhé místo volte hřbet ruky a teprve v poslední řadě loketní jamku. Dbejte na to, abyste co nejméně zhoršili úroveň soběstačnosti

### **Rizikové skupiny pacientů**

- Děti
- Staří jedinci
- pacienti s kardiovaskulárním onemocněním
- pacienti s nedostatečnou funkcí ledvin pacienti v sepsi, šokových stavech
- pacienti polytraumatizovaní a v pooperační péči
- pacienti, kteří mají ordinováno větší množství léků, které mohou rychle měnit stav pacienta
- velmi stresovaní pacienti, u kterých může být narušena homeostáza pacientů neklidní a agresivní

### **Příprava pacienta/rodičů dítěte**

Zjistit alergickou anamnézu

### **Pomůcky**

- vhodná kanyla - průsvit dle velikosti žíly, s portem / bez portu, zohlednit předpokládanou délku zavedení
- vhodný alkoholový dezinfekční roztok, doporučován jako vysoce účinný je alkoholový s PVP - jódem
- tampóny na potření kůže dezinfekčním roztokem
- Esmarchovo obinadlo

- nesterilní rukavice
- transparentní sterilní fólie na převaz kanyly náplast na uchycení spojovací hadičky
- podložka pod ruku kanyla vhodné velikosti mandrén, kombi zátka - dle potřeby
- stříkačka s F1/1
- emitní miska
- spojovací hadičky, trojcestné kohoutky  
infuzní set, infuzní láhev, léky / roztoky dle ordinace lékaře

### **OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP**

Nejdůležitější zásady při aplikaci léků i.v. při kontinuální infuzní léčbě:

- Dodržujte aseptiku.
- Zastavte infuzi.
- Infuzní set a prodlužovací hadičku nerozpojujte, ale lék aplikujte jedním z uvedených postupů:
- do přídatné hadičky s gumovou zátkou u infuzního setu o do Vasofixu (kanyla s přídatným otvorem pro i.v. aplikaci)
- do spojovacích hadiček a trojcestných kohoutků, které jsou určeny výrobcem k i.v. aplikaci
- do vícecestné rampy - tyto způsoby jsou vhodné spíše pro JIP.
- Ověřte průchodnost a správné zavedení kanyly.
- Aplikujte lék za stálé kontroly místa vpichu kanyly.
- Nepřetržitě sledujte, zda nedochází k rozvoji komplikací v souvislosti se zavedením kanyly či aplikací léků - udržujte oční i slovní kontakt.
- Po aplikaci léku otevřete tlačku infúze.
- Zkontrolujte stav pacienta znovu po aplikaci, při zjištění prvních (i varovných) příznaků alergické reakce je třeba vyměnit celou infuzní linku až k žilní kanyli a nahradit ji roztokem 5% Glukózy nebo F1/1
- V dokumentaci pacienta musí být čitelný záznam, která sestra lék podala.

## **Podávání léků při intermitentní infuzní léčbě**

1. Vysvětlíte pacientovi postup a důvod léčby.
2. Zkontrolujte místo vpichu kanyly.
3. Umyjte si ruce mýdlem (pokud je třeba) a/nebo dezinfikujte určeným prostředkem
4. Po aplikaci léku kanylu zaslepte vhodným způsobem (viz kapitola Způsob přerušování infúze)
5. Hlavní zásady viz kapitola Nejdůležitější zásady při aplikaci léků i.v. při kontinuální infuzní léčbě

### **Mezi důležité ošetrovatelské zásahy při i.v. léčbě patří:**

- používání jednorázových pomůcek
- infuzní roztok by neměl kapat déle než 24 hodin - nebezpečí sepse!
- infuzní roztok ALL IN ONE by neměl kapat déle než 48 hodin - nebezpečí sepse!
- do vaku s ALL IN ONE nesmí být během podávání přidávány další léky!

### ***Výměna infuzních setů při kontinuální infúzi a změna místa zavedení kanyly:***

- u roztoků/léků, které jsou dobrou živnou půdou pro růst mikrobů, je nutná výměna infuzních setů nejpozději za 24 hodin
- při aplikaci tukových emulzí a roztoku aminokyseliny s glukózou měňte infuzní set za 24 hodin k prevenci vzniku komplikací
- **výměna infuzních setů** při kontinuální infúzi závisí na individuálním zdravotním stavu pacienta - je bezpečné a efektivní provádět výměnu za 72 hodin za dodržení aseptických zásad
- **změna místa periferní kanyly** - doporučuje se ponechat kanylu při dodržení všech zásad asepsy a vhodného převazu 72 - 96 hodin.
- *infúze je považována za kontinuální, když není přerušena na více než 3 hodiny, po této době je třeba použít novou infuzní soupravu*

## Způsob přerušení infúze

1. sterilní mandrén
2. sterilní i.v. zátka a hadička
3. další možný způsob: sterilní stříkačka s prodlužovací hadičkou s  $F \frac{1}{1t}$  přičemž na stříkačce musí být uvedený datum a hodina zaslepení a název použitého roztoku, doba použití roztoku ve stříkačce nesmí přesáhnout 24 hodin
4. heparinová zátka - bezpečné je ponechání hadičky s heparinem u kanyly nejdéle 24 hodin

### *Převaz periferní kanyly*

Optimální způsob je převaz **sterilní folií** - doporučené časové rozmezí provádění převazu je s výměnou kanyly nebo dle potřeby.

- Při výměně sterilní fólie **dezinfikujte okolí kanyly**, snižujete tím riziko vzniku infekce Používání mulových čtverců se nedoporučuje (není na vpich trvale vidět)

## Dokumentace

do dokumentace pacienta zaznamenejte:

- o datum každého zavedení periferní žilní kanyly
- o stav místa vpichu (1x denně)
- o datum převazu kanyly
- o způsob ošetření - je-li třeba
- o případné negativní i pozitivní reakce pacienta na léčbu
- o komplikace spojené se zavedenou periferní žilní kanylou
- o podpis

## Komplikace

Studie zaměřené na komplikace při zavedené periferní žilní kanyle ukazují, že kanylace periferní žíly patří mezi rizikové výkony, u kterých se vyskytují komplikace v rozmezí 13 - 36,8%.

Mezi další nebezpečnou komplikací patří poškození nervus radialis v oblasti předloktí, asi 10

- 12 cm od výběžku kosti radiální.

Výskyt těchto komplikací ovlivňují faktory jako je věk, pohlaví, závažnost zdravotního stavu, imunodeficience, zavedení kanyly v terénu, materiál kanyly, druh podávaného léku. Sestra musí dodržet nejen všechny zásady asepse po celou dobu kanylace, ale znát i faktory přispívající ke vzniku komplikací.

### Místní komplikace spojené se zavedenou periferní kanylou:

- zánět - flebitis (erytém, otok, ztvrdnutí žíly nebo bolest v místě vpichu) - **velké riziko vzniku flebitidy** se objevuje v rozmezí od 12-24 hodin po zavedení kanyly
  - uzávěr žíly - trombóza (lokální bolest, zánět, otok)
- tromboflebitis
- ostatní komplikace - např. zalomení/odlomení části PŽK

### Měřicí škála - klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

stupeň	reakce
<b>0</b>	není bolest ani reakce v okolí
<b>1.</b>	pouze bolest v místě vpichu bez zarudnutí nebo otoku
<b>II.</b>	bolest a zarudnutí
<b>III.</b>	bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
<b>IV.</b>	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly



## BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jana Podaná

Obor: Andragogika

Název práce: Významné problémy předmětu odborná praxe v bakalářském  
studijním programu ošetrovatelství

Rok: 2011

Počet stran: 139

Celkový počet stran příloh: 18

Počet titulů české literatury a pramenů: 37

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 50

Počet internetových zdrojů: 5