Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014 Bc. Barbora Němcová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Možnosti zkvalitnění praktické přípravy studentů 1. Ročníku oboru Všeobecná sestra před prvním kontaktem s nemocnými na první odborné praxi

Vypracoval: Bc. Barbora Němcová
Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.
České Budějovice 2014

Abstrakt

Vzhledem k současnému systému vzdělávání všeobecných sester v České republice dochází k situaci, že v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra bakalářské formy studia se setkávají studenti s již dosaženým středoškolským zdravotnickým vzděláním se studenty, kteří jsou absolventy jakýchkoliv jiných středních škol. V prvním ročníku musejí studenti absolvovat 740 hodin odborné praxe, přičemž první odborná praxe je řazena již do zimního semestru. Během přípravy na tuto praxi si studenti musejí osvojit nemalé množství teoretických vědomostí a praktických dovedností. To se jedincům bez středoškolského zdravotnického vzdělání může zdát obtížnější, než studentům, kteří jsou již zdravotnickými asistenty.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti rozšířené praktické přípravy. Zjišťuje možnosti její realizace u studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání a to ještě před jejich nástupem na první odbornou praxi v Nemocnici České Budějovice a.s. Práce zjišťovala, jaký je případný vliv rozšířené praktické přípravy na pocity a dovednosti studentů před a po absolvování první odborné praxe.

Diplomová práce je koncipována jako experimentálně komparačně výzkumná. Výzkum byl realizován kvalitativním šetřením v období od října do prosince v roce 2013 se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání, kteří studovali první ročník oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. V rámci výzkumu byl proveden kvaziexperiment zaměřený na vliv rozšířené praktické přípravy studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání na jejich pocity, chování, jednání a ošetřovatelské dovednosti na první odborné praxi. Během výzkumu byla využita triangulace výzkumných metod a celý výzkum byl rozdělen do několika fází.

V první fázi byl sběr dat realizován kvalitativní metodou dotazování, technikou individuálního standardizovaného rozhovoru, který se zaměřoval na motivaci a očekávání studenta. Po prvním rozhovoru byla studentům nabídnuta možnost rozšířené

praktické přípravy. Tato příprava probíhala v odborných učebnách katedry ošetřovatelství a porodní asistence po dobu šesti týdnů před první odbornou praxí a to minimálně tři hodiny v týdnu.

Ve druhé fázi byl s respondenty bezprostředně před nástupem na odbornou praxi opět proveden individuální standardizovaný rozhovor. Týkal se vlivu rozšířené praktické přípravy na jejich aktuální pocity z nadcházející praxe a také na vlastní hodnocení této přípravy.

Třetí výzkumná fáze byla uskutečňována na odděleních následné péče českobudějovické nemocnice v průběhu prvních deseti dnů odborné praxe. V této fázi bylo využito metody přímého, neskrytého a zúčastněného pozorování. Bylo zaměřeno na chování, jednání a ošetřovatelské postupy studentů, kteří se pravidelně účastnili rozšířené praktické přípravy. Poté bylo porovnáváno s chováním a odbornými dovednostmi studentů, jež možnost rozšířené praktické přípravy nevyužili.

V poslední, tedy čtvrté fázi výzkumu, byl se studenty, kteří rozšířenou praktickou přípravu absolvovali, prováděn individuální standardizovaný rozhovor zaměřený na vliv rozšířené praktické přípravy, na pocity a případné problémy související s odbornou praxí. Standardizovaný individuální rozhovor zaměřený na pocity z první odborné praxe a také na sebehodnocení, byl rovněž proveden i se studenty, kteří možnost rozšířené praktické přípravy nevyužili.

Celkový výzkumný soubor pro zpracování diplomové práce tvořili studenti prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří nemají středoškolské zdravotnické vzdělání, a tento výzkumný soubor byl následně rozdělen na dvě části. Devět studentek první experimentální skupiny splňovalo kritérium výběru, kterým byla minimálně devadesáti procentní účast na rozšířené praktické přípravě. Do druhé, kontrolní skupiny, bylo zařazeno pět studentek, které možnost rozšířené praktické přípravy nevyužili vůbec nebo jejich účast byla menší než devadesát procent.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že studenti bez středoškolského zdravotnického vzdělání v mnoha případech nemají téměř žádné zkušenosti s poskytování péče o nemocné, avšak mnohdy nemají přímé zkušenosti ani s nemocničním prostředím. To vede k jejich negativním pocitům z první odborné praxe. V prvních rozhovorech se často objevoval názor, že počet kontaktních hodin předmětu ošetřovatelské postupy je nízký a často v nich převažuje teoretický výklad nad praktickým nácvikem. Na základě těchto zjištění byla studentům nabídnuta možnost zúčastnit se rozšířené praktické přípravy. Ta byla orientována na navázání prvního kontaktu s nemocnými, efektivní komunikaci a provádění jednotlivých ošetřovatelských výkonů. Během následného přímého pozorování studentů na odděleních následné péče a také během rozhovorů po prvních deseti dnech odborné praxe byl zjišťován vliv rozšířené praktické přípravy na chování a praktické dovednosti studentů experimentální skupiny. Pro průkaznost případného vlivu této přípravy byli pozorováni rovněž studenti z kontrolní skupiny, tedy ti, kteří rozšířenou praktickou přípravu neabsolvovali.

Z výsledků diplomové práce je vliv rozšířené praktické přípravy patrný v několika směrech. Eliminoval strach studentů z prvního kontaktu s nemocnými, zmírnil obavy z provádění odborných výkonů a v neposlední řadě posílil sebevědomí a samostatnost studentů při jejich působení na odděleních následné péče. Vzhledem k těmto zjištěním se domnívám, že by pro studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání bylo přínosné, kdyby v budoucnu byl předmět podobného zaměření zařazen mezi nepovinně volitelné předměty v zimním semestru prvního ročníku oboru Všeobecná sestra. Tato možnost byla během výzkumu již konzultována s děkankou Jihočeské univerzity, která jí byla příznivě nakloněna. Vzhledem k této skutečnosti je výstupem diplomové práce předběžný návrh tematického plánu volitelného předmětu. Tento plán je zaměřen na rozšířenou praktickou přípravu studentů prvních ročníku, bez středoškolského zdravotnického vzdělání.

Klíčová slova

Vzdělávání sester – praktická příprava studenta – odborná praxe studenta – mentoring v ošetřovatelství – didaktika ošetřovatelství - komunikace

Abstract

Due to the current educational system of nurses in the Czech Republic there is a situation that the first year of the Nurse Bachelor course is mixed with students who achieved medical high school and students who are graduated at any other type of high schools. In the first year, students have to complete 740 hours of professional practice, the first is already in the winter semester. During preparation for the practice students need to acquire a considerable amount of theoretical knowledge and practical skills. For the students without medical high school education it may seem more difficult than for the students who are already medical assistants.

The aim of this diploma work is to investigate the possibilities how to extend practical training. Detects possibilities of its realization for students without previous medical education before their first professional practice in the Hospital České Budějovice a.s. This work determines the potential impact of such extended practical training on student's feelings and skills before and after passing the first professional practice.

The diploma work is meant to be an experimental comparative research. It was performed as a qualitative research in the period from October to December 2013 with students without previous medical education, who studied the first year nurse course at University of South Bohemia in České Budějovice. There was realized a kvaziexperiment focused on the impact of extended practical training on students without a medical high school education, to their feelings, behavior and their nursing skills at the professional practice. During the research was used triangulation of research methods and the entire study was divided into several phases.

The first phase data collection was realized in qualitative method of questioning, technique of standardized individual interview, which focused on the motivation and the student expectations. After the first interview, students were offered the possibility to attend extended practical training. This training was realized in special classrooms of

Nursing and Midwifery department for six weeks before the first professional practice and at least three hours a week.

In the second phase was realized standardized individual interview with all respondents just before the professional practice. It concerned the impact of extended practical training at their actual feelings about the upcoming practice and to their own judgment of this training.

The third phase was realized in the aftercare departments of Hospital České Budějovice, during the first ten days of professional practice. In this phase was used method of direct, unhidden and participating observation. It was focused on the behavior, acting and nursing procedures of students who regularly participated on extended practical training. It was then compared with the behavior and professional skills of students who haven't used the possibility to attend extended training

In the last fourth phase of research was realized with students who completed the extended practical training, standardized individual interview focused on the impact of extended practical training, their feeling and any issues related to professional practice. Standardized individual interview focused on the feeling of the first professional practice and self-assessment was also realized with students who haven't used the possibility to attend extended practical training.

The complete research of this diploma work included students of the first year nurse course at health and Social Care University of South Bohemia in České Budějovice who don't have medical high school education and the research was divided into two parts. Nine students from the first experimental group met the selection criteria, which was at least ninety percent attendance at the extended practical training. The second group included five students, who haven't used the possibility of extended practical training at all or their attendance was less than ninety percent

The research showed, that students without a medical high school education have minimum or almost no experience with providing care to the patients, but often don't have any direct experience with a hospital environment at all. This leads to negative

feelings about their first professional experience. During the first interviews was often discovered opinion that the number of contact hours in healthcare procedures subject is low and often dominates theoretical interpretation over the practical training. Based on these findings, the students were offered the possibility to attend extended practical training. The training was focused at the initial contact with patients, effective communication and nursing procedures. During following direct observation of students in the aftercare department and also during interviews after the first ten days of professional practice has been investigating the impact of extended practical training on behavior and practical skills of the student's experimental group. To the relevance of the potential impact of this training were also observed students who did not attend the extended training.

The result of the diploma work is the effect of extended practical training evident in several ways. It eliminated students fear from the first contact with patients, eased concerns about the professional performance and also strengthens self-confidence and independence of students during their practice at the aftercare department. Due to these findings I believe, that for students without medical high school education would be valuable if in the future the subject of similar orientation was classified as an optional elective course in the winter semester of first year General Nursing. This npossibility has been consulted during the research with the Dean of the South Bohemia University and it was taken favorably. Due to this fact the output of the diploma work is preliminary proposal of thematic plan for optional subject. This plan is focused on the extended training for students of the first year without medical high school education.

Key words

Education for sisters – students practical training – mentoring in nursing – nursing didactics - communication

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2014

…….....

Bc. Barbora Němcová

Poděkování

Děkuji PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D. za odborné vedení, profesionální přístup, cenné rady, čas a trpělivost při zpracování mé diplomové práce. Mé poděkování také patří studentům, kteří se aktivně podíleli na výzkumné části práce a výrazně tak přispěli k její realizaci.

OBSAH

ÚVOD 13
1 SOUČASNÝ STAV 14
1.1 Historie vzdělávání sester 14
1.2 Vysokoškolské vzdělávání sester 16
1.3 Didaktika ošetřovatelství 17
1.3.1 Výukové metody 18
1.3.2 Motivace k učení 21
1.4 Příprava studenta na první odbornou praxi 22
1.5 Odborná praxe a vedení studenta na první odborné praxi 23
1.6 Mentoring 25
1.6.1 Mentoring v ošetřovatelství 26
1.7 První kontakt studenta s pacientem 27
1.8 Komunikace v ošetřovatelství 30
1.8.1 Verbální komunikace 31
1.8.2 Neverbální komunikace 32
1.8.3 Komunikace se seniory 33
1.8.4 Bazální stimulace 34
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 37
2.1 Cíle práce 37
2.2 Výzkumné otázky 37
3 METODIKA 38
3.1 Použitá metoda 38

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 39
4 VÝSLEDKY 40
4.1 Analýza rozhovorů zaměřených na motivaci a očekávání studentů 40
4.2 Dobrovolná rozšířená praktická příprava 41
4.3 Analýza rozhovorů před odbornou praxí 49
4.4 Analýza pozorování studentů na první odborné praxi 54
4.5 Analýza rozhovorů experimentální skupiny zaměřených na vliv rozšířené praktické přípravy 66
4.6 Analýza rozhovorů se studentkami kontrolní skupiny 71
5 DISKUZE 74
6 ZÁVĚR 81
7 SEZNAM LITERATURY 84
8 PŘÍLOHY 89

ÚVOD

Historie ošetřovatelství úzce souvisí s vývojem vzdělávání sester a vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči lidem, musejí být na tuto profesi kvalitně připraveni. V roce 2004 došlo ve vzdělávání sester k zásadním změnám. Od tohoto roku probíhá kvalifikační příprava všeobecných sester v bakalářském a navazujícím magisterském studiu na vysokých školách nebo na vyšších zdravotnických školách, kde absolventi získávají titul diplomovaný specialista. V témže roce byl na středních zdravotnických školách založen obor zdravotnický asistent, jehož absolventi se mohou dále hlásit ke studiu na vysoké či vyšší zdravotnické škole.

Právě díky tomuto systému vzdělávání sester se v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra na vysokých školách setkávají studenti s dokončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním s absolventy jakýchkoliv jiných středních škol. Před první odbornou praxí v zimním semestru musejí studenti přibližně ve dvou měsících teoreticko praktické přípravy pojmout nemalé množství odborné učiva a osvojit si značnou část praktických dovedností, aby na odbornou praxi byli dostatečně připraveni. K volbě tohoto tématu jsem přistoupila proto, abych zjistila, zda se studenti s odborným středoškolským vzděláním cítí dostatečně připraveni na odbornou praxi v nemocničním prostředí a zda by bylo možné jejich praktickou přípravu nějakým způsobem zkvalitnit.

Obsah práce je zaměřen na studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání, na jejich pocity před první odbornou praxí a také na možnost uskutečnění a následný vliv rozšířené praktické přípravy, která byla se studenty realizována v období od října do konce listopadu roku 2013. Smyslem výzkumu je zjistit, jaký vliv má tato rozšířená příprava na subjektivní pocity studentů z odborné praxe, na jejich praktické dovednosti a také na navazování prvního kontaktu a komunikaci s pacienty.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie vzdělávání sester

Z historického pohledu sehrálo v rozvoji ošetřovatelství roli mnoho aspektů a jedním z nich byl nepochybně systém vzdělávání sester. Počátky vzdělávání se začaly formovat zprvu na charitativní bázi tím, že se předávaly zkušenosti z generace na generaci. Teprve koncem 18. století byly organizovány první odborné přednášky pro ošetřovatelky. Jedním z nejdůležitějších mezníků v oblasti vzdělávání bylo založení ošetřovatelské školy v Londýně, jejíž zakladatelkou byla Florence Nightingalová. Škola byla založena při nemocnici svatého Tomáše a stala se vzorem k založení dalších ošetřovatelských škol i mimo evropské země. V Praze vedla v roce 1874 emancipace žen k založení první ošetřovatelské školy, kde probíhala výuka v podobě krátkodobých kurzů. Činnost školy byla po sedmi letech ukončena, ale i tak byl její vliv nemalý, neboť podle jejího vzoru založil profesor Theodor Billroth v roce 1882 ošetřovatelskou školu ve Vídni (1,2).

Po vzniku Československé republiky se díky Alici Masarykové rozvíjel Československý červený kříž a zároveň s ním také ošetřovatelství. Alice Masaryková přivedla do České školy pro ošetřování nemocných americké sestry, které zde měly šířit nové pohledy na ošetřovatelství, a naopak českým sestrám zprostředkovávala studium v zahraničí. V poválečném období byla díky vysokému počtu raněných vojáků značná potřeba proškolených ošetřovatelek a právě v tomto období byly položeny základy zdravotnického vzdělávání. Na území tehdejší Československé republiky bylo otevřeno mnoho ošetřovatelských škol včetně Vyšší ošetřovatelské školy v Praze, kde bylo studium zakončeno závěrečnou diplomovou zkouškou (1,3).

V roce 1948 byly díky tehdejší legislativě ošetřovatelské školy zřizované ministerstvem školství zařazeny do jednotného systému obecného a odborného vzdělání. Ke čtyřletému všeobecně odbornému studiu byli přijímáni studenti po ukončení povinné školní docházky, ale tento systém vzdělávání brzy ukázal, že se k ošetřovatelské profesi připravovala psychicky i sociálně nezralá mládež. O pět let později, tedy v roce 1953 byly střední zdravotnické školy převzaty pod ministerstvo

zdravotnictví a došlo k přeorganizování odborné části výuky. V nemocnicích vznikaly školní stanice, což mělo pozitivní vliv na praktickou přípravu studentů. Tehdejší studenti nebyli připravováni pouze po odborné stránce, ale přibyly i všeobecně vzdělávací předměty. Šedesátá léta přinesla Radou Evropy vytvořenou směrnici pro jednotnou kvalifikaci sester, kterou postupně stvrdilo dvanáct evropských zemí. Cílem jednotného vzdělávání bylo dosažení srovnatelné úrovně sester v zemích Evropské unie, která by zajistila volnější pohyb pracovních sil. V sedmdesátých letech dvacátého století se díky rozvoji medicíny měnila i role nelékařských pracovníků a cílem ošetřovatelství se stalo uspokojování individuálních potřeb jedinců, rodin i komunit. Tato skutečnost si vyžádala navýšení kompetencí a odbornější vzdělání sester (1,2,3).

Po roce 1989 došlo v Československé republice k výrazným změnám a to nejen politickým. Tyto změny se dotkly i pohledu na zdravotní péči a systému vzdělávání v ošetřovatelství. Transformace vzdělávání měla zajistit kompatibilitu vzdělání sester v rámci zemí Evropské unie a tím se podílet i na zkvalitnění poskytované ošetřovatelské péče, což se mělo odrazit i na obecném zlepšení kvality zdraví. Radou Evropy byla vydána mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sester a Evropská unie zařadila profesi sester a porodních asistentek k regulovanému povolání. V roce 1996 byly na území České republiky střední a vyšší zdravotnické školy převedeny pod resort Ministerstva školství a následně v roce 2000 pod krajskou samosprávu. Nejvýraznější změnou prošly střední zdravotnické školy v roce 2004, kdy byla klasická výuka zdravotních sester nahrazena čtyřletým asistentským oborem s maturitou. Absolventi tohoto vzdělávacího oboru musejí vykonávat svou činnost pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením lékaře či všeobecné sestry (4). Zdravotničtí asistenti mohou být následně přijímáni ke studiu na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách. Absolventi vyšších zdravotnických škol jsou oprávněni používat titul diplomovaný specialista a jejich pravomoci jsou posílené o rozhodovací složku a zároveň o odpovědnost za provedenou práci (1,2,4,5).

1.2 Vysokoškolské vzdělávání sester

První vysokoškolské studium vzniklo již v roce 1960 a bylo organizačně řazeno na Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy v aprobační kombinaci péče o nemocné a psychologie (1). Od roku 1992 existuje možnost zvyšovat kvalifikaci sester v bakalářské formě studia, v programu ošetřovatelství. Vyhláška 129/2010 stanovuje, že k formě tohoto studia jsou přijímáni studenti, kteří maturitou úspěšně ukončili středoškolské vzdělání a současně splnili podmínky přijímacího řízení. Cíle bakalářského studijního programu se netýkají pouze vztahu sestry k jednotlivci, rodině a komunitě, ale také jsou zaměřeny na vlastní rozvoj profese ve vztahu k evropské strategii a na jednotlivé oblasti péče o zdraví. Celková doba studia činí nejméně tři roky, tedy 4600 hodin teoreticko – praktické výuky. Podíl praktické výuky je minimálně 50%, tedy 2300 hodin, avšak maximálně 3000 hodin. Absolventi bakalářského studijního programu jsou schopni zhodnotit biopsychosociální a spirituální potřeby jedince, rodiny i komunity a na základě těchto potřeb poskytnout všestrannou individuální ošetřovatelskou péči člověku v kterémkoliv věkovém období ve zdraví i v nemoci. Všeobecné sestry musejí umět pečovat, chránit a navracet zdraví jednotlivcům i skupinám a to jak v nemocničním prostředí, tak v terénní péči za současného respektu psychosociálních či kulturních odlišností. Absolvováním akreditovaného bakalářského studijního programu má sestra jisté profesní kompetence, které jsou rozdělené do čtyř kategorií a vycházejí z platné legislativy státu (6). Všeobecná sestra musí být připravena nést za vykonávanou činnost vyšší odpovědnost a po řádném ukončení studia získává osvědčení odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Diplomované všeobecné sestry a absolventi bakalářského studijního programu mohou vykonávat činnost bez odborného dohledu, což znamená, že je přesně legislativně upraveno, které činnosti mohou vykonávat bez indikace a které na základě indikace nebo pod přímým vedením lékaře (1,2,5,6).

Absolventi bakalářské formy studia mají oprávnění používat titul bakalář a ve studiu mohou dále pokračovat v navazujícím magisterském programu se specializačním zaměřením. V současnosti, je možné studovat ošetřovatelství i v programech

doktorandských a k postgraduálnímu vzdělávání je přiřazeno studium specializační a celoživotní vzdělávání (2,6).

1.3 Didaktika ošetřovatelství

Ve školních podmínkách je obsah vzdělávání a výchovy stanoven v pedagogických dokumentech, kterými jsou učební plány a osnovy. Na vysokých školách zaměřených na výchovu a vzdělávání sester tvoří obsah vzdělávání studijní program. Konkrétně je obsah učiva popsán v informačních listech, které vycházejí z tematických plánů jednotlivých předmětů. Učební plán, učební osnovy a samotné učivo jsou takzvanými funkčními komponenty obsahu vzdělávání, které formují jeho cíl. Učební plán je ministerstvem školství vydaný dokument, který obsahuje seznam vyučovacích předmětů na dané škole a zároveň určuje celkový a týdenní počet vyučovacích hodin příslušného předmětu během jednotlivých ročníků. V učebním plánu jsou zahrnuty předměty povinné, povinně volitelné a rovněž nepovinné předměty. Učivo jednotlivých předmětů podrobně rozpracovávají učební osnovy, které rozdělují obsah učiva do jednotlivých tematických částí a celků. Samotné učivo je soubor poznatků a činností, jež si má student výchovně vzdělávacím procesem osvojit. Náplní vzdělávání v ošetřovatelství je ujasnění, osvojení a rozvoj profesionálních hodnot, které zahrnují různé atributy jako je zaujetí pro službu druhým, víra v důstojnost druhých, vůle vzdělávat se a samostatně rozhodovat. Toto vše vyžaduje nutnost řízení výchovně vzdělávacího procesu tak, aby nebyly opomíjeny mezipředmětové vztahy, neboť izolace jednotlivých oborů podporuje rozvoj nežádoucího jednosměrného myšlení studenta (7,8).

Kvalitní příprava studentů ošetřovatelství je předpokladem pozitivní změny v poskytování zdravotní péče u všech jedinců společnosti. Během přípravy studentů dochází k propojení teoretických znalostí s praktickými dovednostmi s důrazem na využití v praxi. K uskutečňování tohoto procesu napomáhá volba koncepce vzdělávání, kterou lze charakterizovat jako souhrn teoretických a empirických názorů na učení. Jinými slovy lze říci, že se jedná o soulad formální a procesuální stránky vyučování. Nejvíce využívanou koncepcí v praxi je koncepce slovně názorného vyučování, jejíž podstatou je pozorování skutečných věcí, názorných ukázek nebo jevů. Tato koncepce

je časově nenáročná a umožňuje rychlé předávání informací. Student nejprve svými smysly vnímá jevy, předměty nebo procesy a následně jej rozumově pochopí (7,8).

1.3.1 Výukové metody

Didaktické nebo také výukové metody jsou cílevědomé a záměrné postupy, kterými učitel řídí učení studentů se smyslem dosáhnout výukového cíle. Jednou z hlavních funkcí jednotlivých výukových metod je takové řízení učení, které vede k osvojení vědomostí a rozvoji dovedností studentů v souladu s výukovými cíli. Didaktické metody procházejí dlouhodobým vývojem a odráží se v nich společensko historické podmínky školy a výuky. V současnosti existuje široká škála výukových metod, které volíme dle výukového cíle. Pestré je rovněž množství definic a klasifikací didaktických metod podle jednotlivých autorů a je možné je rozdělit do třech hlavních skupin. Jedná se o didaktické metody klasické, aktivizující a komplexní. Do klasických metod se řadí metody slovní, názorně demonstrativní a dovednostně praktické. Slovní metody využívají především verbálního projevu a do skupiny těchto metod patří vypravování, vysvětlování, sdělování, poučování, přednáška, ale také k nim můžeme zařadit práci s textem a rozhovor (8,9,10).

Názorně demonstrativní metody představují pro studenty přímý styk s poznávanou skutečností a podporují její spojení s životní praxí. Do těchto didaktických metod se zahrnuje pozorování předmětů a jevů, předvádění činností, demonstrace statických obrazů a také dynamická a statická projekce. Podstatou demonstrativních metod je cílené pozorování a pro účinnost těchto metod musí být dodržovány určité podmínky, jako je jasná formulace cíle a usměrňování vnímání studentů. Demonstrační metody mají vedle pozorovací funkce ještě funkci motivační, protože podporují zájem studentů a vyvolávají v nich citové zaujetí (11,12).

Dovednostně praktické metody jsou takové metody, kdy student prostřednictvím přímého styku poznává předměty, se kterými může osobně manipulovat. K těmto metodám se řadí montážní a demontážní práce žáků, laboratorní práce a praktická pracovní činnost různého odborného zaměření, například technického, zdravotnického nebo administrativního. Metoda montáže a demontáže rozvíjí technické myšlení

studentů a vede studenty k uvědomění si teoretických principů s jejich následnou praktickou aplikací. Prostřednictvím laboratorních metod se rozvíjí pozorovací schopnosti studentů, manuální zručnost a zároveň i jejich komunikační dovednosti. V případě, že laboratorní metody ilustrují, co se studenti naučili během teoretického výkladu, se pak jedná o ilustrační typ laboratorní metody. Naopak, aplikují-li studenti již osvojené teorie, pak hovoříme o typu aplikačním. Heuristický typ laboratorní metody je takový typ práce, který studentům umožňuje objevovat nová fakta prostřednictvím řešení úkolů. Praktické pracovní činnosti podporují rozvoj samostatného myšlení a velmi důležité místo u této metody zaujímá instruktáž, což je kombinovaná metoda zahrnující teoretický výklad, předvedení činnosti a následně i vlastní nácvik. K realizaci různých forem pracovní činnosti jsou na školách zřizovány speciální odborné učebny, které svým vybavením vytvářejí vhodné podmínky pro práci studentů a umožňují jejich individualizovanou či skupinovou činnost (12,13).

Metody systematické pracovní praxe jsou uskutečňovány formou hodin odborné praxe nebo dle oblasti zaměření například v nemocnicích pro vzdělávání sester, ve školách pro vzdělávání pedagogů nebo v jiných specializovaných zařízení. Odborná praxe dává studentům příležitost uplatnění svých vědomostí a dovedností, které si dříve osvojili, a vedou ke zdokonalování diagnostických technik, organizace práce i ke zlepšení komunikace se spolupracovníky. Veškeré druhy praxe završují teoretickou a praktickou přípravu studentů a jejich cílem je co nejtěsnější spojení mezi školou, společností a životní realitou (8,11).

Jednou z mnoha dalších vyučovacích metod, je metoda inscenační, při které jsou studenti postaveni do určité role, prostřednictvím které simulují profesní či životní situace nebo problémy. Pro hraní rolí je nezbytné pochopení podstaty zadané situace, což následně vede k rozvoji tvořivosti a osobní motivaci. Tato metoda usnadňuje vyjádření osobních postojů a myšlenek studenta a vede k identifikaci s vlastní rolí. V rámci výuky lze také využívat takzvané brainstormingové metody, při které se v první fázi vysloví nějaký problém, na který se bez většího váhání hledá způsob řešení. Studenti jednotlivá řešení navrhují a zároveň evidují a v okamžiku, kdy již studenti

nepřinášejí nové návrhy, se otevírá prostor pro diskuzi během krátké přestávky. Po této přestávce, jsou jednotlivé návrhy podrobeny kritice a v závěru se z nejsilnějších návrhů vybírá definitivní způsob řešení. Cílem brainstormingu je získání návrhu řešení v co nejkratším čase a vedení studentů k vyjadřování solidních argumentů. K aktivizaci studentů po delší časové aktivitě je vhodné využít metodu bzučící skupiny, kdy jsou studenti vyzváni k časově omezené diskuzi, týkající se problematiky aktuálně přednášeného tématu. Pro studenty je značně motivující metodou analýza případu, jelikož odráží skutečné životní situace lépe než pouhá teorie. Studentům je uvedena situace, do které je možné transformovat teoretické principy, což vede k aktivnímu poznání dané situace, k její analýze, podrobnému popisu a následnému rozluštění. (10,11,14)

Správným výběrem vhodné vyučovací metody směřuje pedagog k efektivnímu osvojování vědomostí studentů. Výběr metody je ovlivněn obsahem učiva, jeho náročností, časovým vymezením na výuku a především samotnými studenty. Při výuce některých ošetřovatelských témat je možné využít některé metody z programu čtením a psaním ke kritickému myšlení, který respektuje mechanismy přirozeného učení. Díky tomuto programu se ve vzdělávání rozšířil třífázový model učení s užívanou zkratkou EUR, přičemž počáteční písmena zkratky znamenají evokaci, uvědomění si významu a reflexi. V první fázi evokace dochází k samostatnému vybavení toho, co již student o tématu zná. Tyto dosavadní znalosti se následně propojují s novými informacemi. V evokační fázi často dochází k odhalení toho, čemu student v minulosti neporozuměl. Cílem evokace je aktivizace studenta, neboť efektivní učení si vyžaduje aktivní přístup učícího se jedince, a proto je nutné studenta pozitivně motivovat. Ve druhé fázi dochází k uvědomování si významu nových informací a jejich následné propojení s dosavadními vědomostmi. Jedná se o fázi učení, expozice a fixace a cílem této druhé fáze je udržet zájem studenta, podporovat vnímání a porozumění novým informacím. Poslední, tedy třetí fází je fáze reflexe, během které si student systematizuje nové poznatky, sleduje a hodnotí, co se naučil a jakým způsobem se to naučil. Díky tomuto přístupu dochází k poznání sebe sama, tedy k sebereflexi. Sebereflexe představuje proces hledání a odkrývání potenciálních zdrojů pro další rozvoj, studentům umožňuje hledat a nacházet

příčiny vlastního myšlení a jednání. Cílem fáze reflexe je naučit studenty vyjadřovat nově získané informace vlastními slovy a podpořit výměnu názorů mezi jednotlivými studenty, což vede k úpravě vlastního vědomostního schématu učení (14,15).

1.3.2 Motivace k učení

Motivace k učení pomáhá studentovi být ve stavu připravenosti k učení, probouzí chuť a energii ke studiu a zároveň zvyšuje učební výkon studenta. Motivy jsou definovány jako vnitřní pohnutky jedince k nějaké činnosti, jedná se o jakési příčiny a hybné síly lidského jednání. U každého jedince je motivačním prvkem jiná skutečnost a může vycházet jednak z vnitřních pohnutek neboli potřeb nebo z vnějších popudů, takzvaných incentiv. Podle lokalizace podnětu, jenž studenta aktivuje k činnosti, je motivace tradičně členěna na vnitřní a vnější. V oblasti školní práce existují motivy, které jsou zaměřené na zvládnutí úkolu nebo na podání výkonu. U studentů se zaměřením na výkon převažuje vnitřní motivace a tito studenti věnují pozornost celému procesu učení a mají značný zájem o rozvoj svých schopností a dovedností. Naopak studenti, kteří se orientují na podávání výkonu, jsou soustředěni na vnější prezentaci své práce. Pro tyto studenty se významným cílem stává zachování vlastního sebeobrazu před ostatními (11,16).

Studenti si často musejí osvojit velké množství učiva, o které nemají přirozený zájem, a zde vstupuje do popředí role pedagoga, který se snaží docílit toho, aby učivo získalo pro studenta jistý osobní význam. U starších studentů se ve struktuře motivů uplatňují motivy stálejší, nezávislé na bezprostřední situaci a jsou jimi například představy o dalším studiu či povolání. Motivačně však mohou působit i jiné aspekty, jako je obsah učiva, novost určité situace či předmětu. Motivující je rovněž souvislost mezi činností a předchozí zkušeností studenta nebo osobní význam cíle prováděné činnosti. Silně pozitivní motivující charakter může mít pro některé studenty aspirace, seberealizace i systém hodnocení a systematická kontrola. Tuto pozitivní motivaci je třeba během učebního procesu neustále posilovat a naopak se vyhýbat motivaci negativní, která se v žádném případě nedoporučuje. Za záporné motivy lze považovat například zveřejnění nekvalitně vypracovaných úkolů nebo strach z neúspěchu. Jelikož

spolu s délkou a náročností studia postupně motivace ochabuje, tak je nutné ji neustále udržovat. Student je motivovaný v případě, když naplňovaný cíl je pro něho nějakým způsobem osobně významný a přináší pocit uspokojení. Vnitřní motivace je podporována radostí ze získaných nových poznatků, a proto by měl pedagog studentům nabízet takové aktivity, které podporují zvídavost, mají osobní význam pro studenty a přinášejí uspokojení, protože právě pocit úspěchu je považován za nejsilnější motivaci. Úspěch posiluje sebevědomí, díky kterému se následně zlepšuje emoční stav studenta, který je příznivý pro výkon, a na tomto základě vzrůstá motivace k opakování činnosti, která k úspěchu vedla. Jinými slovy lze říci, že na počátku stojí motivace k učení, která má za následek vlastní proces učení, jenž vede k úspěchu. Úspěch zvyšuje sebevědomí jedince a zároveň motivaci k opakování té činnosti, která k úspěchu vedla. K posílení motivace také vedou dílčí cíle a jejich dosahování, průběžná kontrola, hodnocení studenta a také zájem úspěchy a problémy studenta ze strany pedagoga (11,15,17).

1.4 Příprava studenta na první odbornou praxi

Během prvního ročníku musejí studenti oboru Všeobecná sestra absolvovat 740 hodin odborné ošetřovatelské praxe, přičemž délka jedné praktické hodiny je šedesát minut. Příprava na první odbornou praxi je velice široká a probíhá v době od října do prosince v rámci školní výuky. Tato výuka je sestavena z několika typů jednotlivých předmětů. Z převážné části se jedná o povinné základní a o povinné oborové předměty, které se rozdělují do oblasti první pomoci, ošetřovatelství, ošetřovatelství v klinických oborech a na oblast odborné praxe. Studenti mají rovněž možnost výběru povinně volitelných či volitelných předmětů, jejichž cílem je vhodné rozšíření znalostí a dovedností týkající se studijního oboru (6). Mezi povinně volitelné a volitelné předměty v zimním semestru prvního ročníku oboru Všeobecná sestra byly zařazeny předměty, kterými byla bioetika, religionistika či znakový jazyk. Studenti měli dále možnost výběru z předmětu sexuální výchova a plánované rodičovství, sociální péče nebo péče o HIV pozitivního pacienta (6,18).

Student se před svým prvním kontaktem s pacientem musí umět orientovat v mnoha oblastech, a proto se během přípravy seznamuje nejen s anatomií a fyziologií

lidského těla, ale také s filozofií a etickými aspekty ošetřovatelství. Ke komplexu základních odborných předmětů je zařazen předmět ošetřovatelské postupy, jehož obsah tvoří jádro profesionálních dovedností. Student v rámci tohoto předmětu navazuje na teoretické znalosti a učí se správnou techniku ošetřovatelských výkonů a intervencí. Veškeré postupy musejí být vyučovány ve shodě s nejnovějšími vědeckými poznatky a důraz je také kladen na celkové holistické pojetí ošetřovatelské péče. V teoreticko praktickém předmětu komunikace student získává dovednosti, které souvisejí s navazováním kontaktu a utvářením důvěrného vztahu s pacienty. Cílem předmětu je naučit studenta efektivní komunikaci nejen s nemocnými, ale rovněž s ošetřovatelským personálem a rodinnými příslušníky pacienta (6,18).

1.5 Odborná praxe a vedení studenta na první odborné praxi

Odborná praxe na klinickém pracovišti je specifickou formou studijní praxe, která v podmínkách zdravotnického zařízení umožňuje studentům v praxi aplikovat teoretické znalosti a dovednosti, které získali během teoreticko praktické přípravy. Studentům se zde naskýtá prostor pro zdokonalení zručnosti, učí se samostatnosti, odpovědnosti a práci v týmu. Odborná praxe probíhá podle plánu klinické výuky a vždy pod vedením pedagogického pracovníka nebo mentora, kteří se na výuce podílejí a jsou za studenty odpovědní (6,11).

Dle harmonogramu výuky Jihočeské univerzity je první odborná praxe v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra zařazena do zimního semestru. Trvá po dobu pěti týdnů na oddělení následné péče českobudějovické nemocnice a to konkrétně v období od počátku prosince do konce ledna (18). Jak legislativně upravuje vyhláška 129/2010, klinické pracoviště musí splňovat určité požadavky, které se týkají jak technického, tak personálního vybavení (6). Všichni studenti před nástupem na odbornou praxi musejí být očkovaní proti hepatitidě typu B, musejí být řádně proškoleni v oblasti bezpečnosti práce a na pracoviště musejí docházet ve stanoveném pracovním oděvu. Během pětitýdenní odborné praxe studenti aplikují a zároveň ověřují své znalosti a dovednosti v praxi pod vedením pedagogického pracovníka fakulty nebo sestry mentorky (6,18,19).

Sestra mentorka se po celou dobu odborné praxe studentů snaží o takzvanou reflektivní praxi, která se stává součástí profesionálního vzdělávání a tím, jak uvádí Trešlová (20), napomáhá rozvoji kritického myšlení. Základ reflektivní praxe spočívá v kladení otázek sobě i studentům a následným hledáním odpovědí a vyjádřením pocitů, dochází k dosahování učebních cílů. V případě, že sestra mentorka dobře ovládá své reflektivní dovednosti, poskytuje tím studentům vnější motivaci, která je podnětem pro další otázky a při tom dochází k potvrzování přijatých změn a posilování sebevědomí studentů. Prostřednictvím reflexe dochází k podněcování studentů, posuzování zábran, reflektování projevů studentů v praxi a k navrhování jistých změn ve způsobu činnosti a způsobu myšlení. Reflexe se velmi dobře uplatňuje v případě rutinních procesů a jednou z jejích výhod je zvyšování prestiže ošetřovatelství (6,8,20).

Pro reflektivní praxi je klíčové využití otázek jako komunikační dovednosti mentora. Vyučovací metoda kladení otázek je metoda časově náročná a lze ji uplatnit v průběhu odborné praxe, jelikož nacházení správných odpovědí studenta velmi motivuje (20). Právě se správným kladením otázek a s metodou reflektivní praxe souvisí moderní metoda poskytování zpětné vazby, která slouží k procvičování komunikačních dovedností. Ve zpětné vazbě nejde o to, co jsme viděli a slyšeli, ale jde o zaměření na pocity, které v nás vyvolalo jednání a chování druhých. Pracovat se zpětnou vazbou není snadné, ale zvládání této metody nám umožňuje pochopit druhého a zároveň stimulovat jeho pozitivní chování. Zpětná vazba musí být vždy zaměřena na specifické chování jedince v konkrétní situaci. Vzhledem k tomu, že zpětná vazba je zaměřena na vlastní pocity, které se nemusejí shodovat s pocity druhých, tak je vhodné při vyjadřování vždy využívat první osobu jednotného čísla. Naopak je nevhodné, zaměřovat se na situace týkající se minulosti a na konci podávané zpětné vazby je třeba se přesvědčit, že byla druhou osobou pochopena tak, jak jsme chtěli. Aby došlo k přijetí zpětné vazby, je nutné si uvědomit, že se nejedná o osobní útok na druhou osobu a že k přijetí napomáhá rovněž rovnováha mezi pozitivními a negativními aspekty zpětné vazby. V průběhu podávání zpětné vazby by její příjemce měl pozorně naslouchat, neměl by skákat do řeči a ani by se neměl neadekvátně obhajovat. Následně lze klást

navazující otázky, které mají vést k uspokojení, přijetí a pochopení zpětné vazby (20,21,22).

Prostor pro zpětnou vazbu v reflexi zážitků, sdělení dosavadních zkušeností a ventilaci emocí poskytuje studentům na odborné praxi supervize, která je v kompetenci pedagogického pracovníka katedry ošetřovatelství- supervizora. Supervize je setkávání skupiny či jednotlivce za účelem rozhovoru, jehož obsahem jsou situace z praxe. Supervize není kontrola ani přímé řízení, její náplní je především reflexe vlastního chování, pocity a obavy z přístupu k nemocným či týmová spolupráce na pracovišti. Podstatou supervize je podpora, posílení pracovní kompetence a inspirace pro nové postupy. Výsledkem supervize mohou být doporučení, které přináší supervizor na základě vlastních zkušeností a také pohledu zvenčí. Ve zdravotnických zařízeních existuje několik forem supervize, avšak v průběhu odborné praxe studentů se nejvíce uplatňuje forma individuální, která probíhá formou standardizovaného rozhovoru, jenž je zaměřen na pracovní problematiku a ukazuje možnost rozvoje studenta (23,24,25).

Pedagogický pracovník provádí záznam o supervizi do studentova záznamníku odborných výkonů – logbooku, který slouží k záznamu odborných výkonů, docházky, vytyčování studentových cílu a k hodnocení studenta (6,19).

1.6 Mentoring

Mentoring je blízký, emocionální a individuální vztah mezi zkušenějším mentorem a jeho méně zkušeným chráněncem. Mentor je v literatuře definován mnoha způsoby, ale v zásadě se jedná o osobu, která poskytuje chráněnci jistý model chování, a proto je zároveň jeho pozitivním vzorem. Osobnost mentora musí být zralá, vyrovnaná, vytrvalá a otevřená změnám. Takový mentor dává svému chráněnci příležitost naučit se něčemu novému, obohacuje jeho zájmy a zároveň zvyšuje jeho odolnost vůči stresovým a zátěžovým situacím. Formální mentor je profesionál, kterému je svěřenec přidělen třetí stranou, je speciálně školen a profesionálně veden k navázání přínosného vztahu se svěřencem. Svěřenec neboli chráněnec je tedy označován jako partner mentora, kterému mentor předává vlastní zkušenosti s cílem rozvíjet jeho znalosti, dovednosti a tím i celou jeho osobnost. Jedním z hlavních přínosů procesu mentoringu je tedy rozvoj

dovedností a kompetencí, což je zajištěno zkušenějším mentorem, který je schopen vytvářet vhodné podmínky pro získávání nových znalostí a vědomostí svého svěřence. Avšak nejde o pouhé předávání zkušeností, ale také postupů a dovedností, které jsou nezbytné pro vyhledávání nových informací, jejich následné zpracování a integraci. Důraz není kladen na kvantitativní složku vědomostí, ale jde o to, aby si student osvojil své znalosti a také efektivní postupy, kde různé informace hledat, jak je zpracovávat a jak je následně využít v praxi (26,27,28).

Kvalitní mentoring je značně podmíněn vztahem mezi mentorem a chráněncem, který by měl být z obou stran otevřený, rovnocenný a blízký. Značnou roli zde hraje důvěra a spolehlivost mentora, jeho empatický přístup, nedirektivní a neodsuzující způsob vedení. Na základě takového přístupu se mezi oběma aktéry procesu utváří vztah, který podněcuje k vzájemné spolupráci a angažovanosti ze strany svěřence i mentora (21). Přístup mentora musí být podporující a musí zprostředkovávat pocit kompetence. Ten souvisí s oceňováním a pozitivní zpětnou vazbou. Mentor by tedy měl umět přesně pojmenovat úspěch, označit důvod úspěšnosti, poukazovat na pokroky a náležitě jej ocenit i za využití pozitivní zpětné vazby (21,27,29).

1.6.1 Mentoring v ošetřovatelství

Na každém klinickém pracovišti musí být přítomna sestra mentorka, která podporuje studentovu iniciativu a provází jej studijním procesem, který musí být v souladu s náplní studijních předmětů. Při své práci tedy mentorka spolupracuje s pracovníky školy, podílí se na organizování odborné praxe a na průběžném i závěrečném hodnocení studentů. Jednou z dalších povinností sestry mentorky, za kterou je odpovědná, je přidělování studentům pacienty v závislosti na jejich aktuálních znalostech a dovednostech a to tak, aby nedošlo k ohrožení zdravotního stavu pacientů. Ve spolupráci se staniční sestrou rozmisťuje mentorka studenty na oddělení, podílí se na rozepisování jejich směn a eviduje jejich docházku. Ideální počet studentů na jednoho mentora jsou jeden až tři studenti na standardní ošetřovatelské jednotce. Během celé odborné praxe sestra mentorka studenty individuálně hodnotí, ověřuje jejich znalosti, dovednosti a případně sděluje eventuelní nedostatky či negativní chování a postoje.

Jednou z mnoha pravomocí mentora je také pravidelný záznam o provedených výkonech do záznamníku výkonů studenta. Mimo jiné je sestra mentorka odpovědná za své vlastní vzdělávání v oblasti ošetřovatelství, pedagogice a rovněž v klinickém oboru, ve kterém působí. (6,19,29).

V souvislosti s nutností přítomnosti mentorek na klinických pracovištích odborné praxe nabízejí některé univerzity certifikované mentorské kurzy. Věstník Ministerstva zdravotnictví, částka dvě, z roku 2011 upravuje obsahovou náplň a taktéž podmínky pro zařazení do tohoto kurzu. Účast v kurzu je podmíněna odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry a porodní asistentky, způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a minimální dvouletou odbornou praxí v oboru. Certifikované mentorské kurzy jsou koncipovány jako teoreticko praktický celek, který je rozdělen do několika oblastí. Jedná se o oblast, která se týká ošetřovatelského procesu a dokumentace, ve které posluchači získávají nebo prohlubují znalosti týkající se ošetřovatelského procesu a seznamují se se standardní ošetřovatelskou terminologií. V druhé oblasti se budoucí mentoři učí specifickému ošetřovatelskému pojetí lidských potřeb, projevům jejich deficitu a následné tvorbě intervencí za využití odborné terminologie. Třetí oblast kurzu bývá zaměřena na pedagogiku neboli metodiku vedení odborné praxe. Zde se posluchači učí aplikovat metody výuky do vedení odborné praxe v podmínkách zdravotnického zařízení. Tato část kurzu je soustředěna na osobnost mentora, roli mentora, morální a etické kodexy i na rozvoj profesionální komunikace. Podstatou pedagogické části kurzu je získávání dovedností pro efektivní výuku, seznámení s výukovými a učebními styly a také na jejich výběr. V neposlední řadě, tato část klade důraz na motivaci studentů a na metody hodnocení výsledků učení. Absolventi mentorského kurzu získají certifikát a celý kurz je kreditně ohodnocen. Podmínkami pro ukončení je účast na jednotlivých seminářích a cvičeních, předložení seminární práce a závěrečný pohovor (8,30,31).

1.7 První kontakt studenta s pacientem

Pro první kontakt studenta či jakéhokoliv jiného zdravotníka s pacientem hraje důležitou roli první dojem, kterým zdravotník na pacienta působí. Při prvním kontaktu

sestry a pacienta, zastávají oba jedinci jakousi roli cizince, tedy jsou dva neznámí lidé. Sestra se vždy snaží o vyvolání pozitivního prvního dojmu, neboť ten má za následek tvorbu důvěryhodného vztahu a další kladnou spolupráci s pacientem. Při prvním kontaktu s nemocným je nutné vycházet z pravidel slušného chování. Setkání tedy začíná pozdravem, představením se pacientovi a uvedením vlastní pracovní funkce na oddělení. Toto slušné chování přispívá ke kladnému prvnímu dojmu, který si na nás pacient utváří během několika málo minut, a následně již získaný dojem jen velmi těžko mění. Nezastupitelnou roli během prvního kontaktu hraje úsměv, který, je-li přiměřený, navozuje příjemnou atmosféru, vzbuzuje důvěru a do jisté míry zmírňuje strach pacienta (32,33,34).

Pro navazování kvalitního vztahu s pacientem a vůbec k dobrému plnění cílů sesterské profese je nutné identifikovat se s několika sesterskými rolemi. V padesátých letech sociologové vymezili čtyři základní sesterské role. První z rolí je takzvaná funkční specifita, která spočívá v nutnosti odborné kompetence, která je vymezena odborným vzděláním. Kolektivní orientace neboli sociocentrismus je druhou sesterskou rolí, která znamená, že sestra při výkonu činností vychází z individuálních potřeb pacienta. Třetí sesterskou rolí je dle sociologů universalismus, který sestry předurčuje ke kladnému přijetí člověka. Poslední, tedy čtvrtou rolí je emocionální neutralita, která znamená, že sestra za všech okolností musí umět podřídit vlastní emoce rozumové kontrole (35,36,37).

Sociologické vymezení sesterských rolí lze v současnosti rozšířit o celou řadu společenských rolí, které jsou různě členěné. Vedle tradiční a ústřední pečovatelské role sestry stojí role edukátorky, prostřednictvím které sestra upevňuje zdraví nejen nemocného jedince, ale i jeho rodiny. Sestra jako obhájkyně nemocného aktivně vyhledává a uspokojuje jeho individuální potřeby, musí být schopna organizovat péči a spolupracovat s ošetřovatelským týmem, tedy do jisté míry plní funkci koordinátorky. Vzhledem ke skutečnosti, že sestra spolupracuje s lékařem, je jednou z jejích rolí role asistentky při diagnosticko terapeutických výkonech. V neposlední řadě nelze opomenout roli sestry jako výzkumnice, díky které sestra aplikuje v praxi nové a platné

odborné informace. V případě, že má zdravotník veškeré tyto jednotlivé role rovnoměrně zastoupené a pokud se s nimi identifikoval, přispívá to k navozování důvěryhodného vztahu s pacientem. Avšak podmínkou identifikace s profesními rolemi sestry je její sociální zralost. Sociálně zralý jedinec je takový jedinec, jenž je orientovaný na potřeby druhých, je schopen kooperace a odpovědnosti za druhé (33,38).

Ve vztahu studenta, zdravotníka a pacienta je nutné si uvědomit, že sám nemocný též zastává jistou roli, která je pro něho naprosto nová, často nečekaná a především nedobrovolně zvolená. Hospitalizovaný pacient si začíná připouštět, že jeho stav je vážný a počítá s tím, že v nemocnici se bude muset podřídit autoritám, což jej dostává do stresu, který se přidává k psychické rozladěnosti ze změny zdravotního stavu. Vytváření důvěryhodného vztahu, který bude mít za následek spolupráci s pacientem a jeho aktivní podíl na procesu uzdravování, může být těmito aspekty značně ovlivněno. Závisí tedy na zdravotnickém personálu, aby svým přístupem, emocionální podporou a tvorbou kvalitního vztahu podpořil aktivní účast nemocného v léčebném procesu (33,38,39).

Na vztahu mezi zdravotnickým personálem a nemocným se podílí celá řada faktorů, ale jedním z nejdůležitějších aspektů je důvěra a vzájemný respekt. Pacient vnímá sestru jako člověka, který mu poskytuje emocionální oporu a porozumění, vidí v sestře objekt, který snižuje případné napětí mezi ním a lékařem. V očích pacienta by tedy sestra měla představovat jedince, který má pochopení pro jeho problémy a s laskavostí a ochotou pomáhá tyto problémy řešit. K takovému přístupu sestru předurčují dobré komunikační dovednosti, vzdělání, znalost práv pacienta, dodržování zásad profesionálního chování a také jisté osobnostní předpoklady pro výkon pomáhající profese. Mezi osobnostní předpoklady zdravotníka lze zařadit celou řadu přívlastků a schopností, avšak jedním nejdůležitějších je tvůrčí přístup, schopnost empatie, porozumění, klidné, nepovýšené vystupování s přiměřeným sebevědomím a v neposlední řadě rozvážnost, trpělivost a umění se ovládat. Veškeré tyto charakterové vlastnosti přispívají k důvěryhodnému vztahu mezi sestrou a pacientem, i když vytvořit atmosféru důvěry nebývá vždy lehké, vzhledem k pacientovým předchozím zkušenostem s terapeutickou péčí. V těchto

situacích je nelehkým prvořadým úkolem ošetřovatelského personálu vytvořit takovou atmosféru, která povede k uvolnění, získání důvěry ke zdravotnickému personálu a k posílení sebedůvěry a lidské důstojnosti. Pro pacienta je velice důležité, aby cítil, že je pro personál opravdu důležitý a že má možnost spolurozhodovat v záležitostech, které se jej týkají, jelikož rozhodování o sobě samém je základem lidské důstojnosti. Projev opravdového zájmu lze vyjádřit tvorbou vhodného prostředí, kde se pacient nebude cítit osamocený, a toho je možné dosáhnout především efektivní komunikací (37,40,41).

1.8 Komunikace v ošetřovatelství

Mezi lidmi neustále dochází k vzájemné interakci, jejímž nástrojem je komunikace, která má v sesterské profesi nezastupitelnou úlohu. Komunikací nepředáváme pouze informace, ale také emoce a zkušenosti. Při poskytování ošetřovatelské péče sestra uspokojuje individuální potřeby klienta, a proto se efektivní komunikace stává jednou z klíčových dovedností poskytovatele péče. Sestra se komunikačním dovednostem učí již od prvního ročníku studií, ovšem většina výsledků empirických výzkumů poukazuje na nedostatečnou připravenost v oblasti efektivní komunikace. Problémem nebývají nabyté vědomosti, ale jejich následné využití v praxi. Sestra jako profesionálka nekomunikuje pouze s pacienty a jejich rodinou, ale s celým ošetřovatelským týmem včetně lékařů a nižšího zdravotnického personálu. Ve zdravotnické praxi je nutné rozlišit jistá specifika komunikace a to konkrétně ve třech rovinách. Může se jednat o komunikaci sociální, kdy dochází k běžnému rozhovoru, během kterého dochází k navození důvěry a formování vztahu mezi sestrou a nemocným. Naopak při specifické komunikaci se sestra snaží předat pacientovi některá důležitá fakta a v tomto případě je nutné dodržovat veškeré zásady efektivní komunikace, především časový faktor, klidné prostředí, volit srozumitelnou formu sdělení a nezapomenout zohlednit aktuální věk a stav nemocného. V závěru komunikace je nutné dotazy ověřit, zda bylo vše správně pochopeno, a dát pacientovi prostor pro dotazy. Třetí rovinou komunikace v ošetřovatelství je komunikace terapeutická, která má za úkol zvýšit efektivitu jiných léčebných postupů. Jedná se o pomoc a oporu ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků a to především v těžkých chvílích pacienta. Nedílnou součástí efektivní komunikace je proces aktivního naslouchání a empatie. Naslouchání je proces, který je

souborem dovedností jako je pozornost, kritické myšlení, porozumění a reakce na sdělované informace. Jednou z technik aktivního naslouchání je tedy poskytování zpětné vazby, kterou pacientovi dáváme najevo, že mu skutečně naslouchámе a rozumíme. Zpětná vazba poskytuje také prostor pro přeformulování či doplnění již řečeného v případě, že nedojde k úplnému porozumění sdělované informace. I když je naslouchání často mlčenlivé, nemělo by být pasivní, a proto je přínosné byť jen přitakáním vyjádřit souhlas, čímž nemocného ujišťujeme, že jej posloucháme a vnímáme. Během naslouchání je vhodné udržovat dostatečný oční kontakt, plně se soustředit na sdělované informace, emoce či zkušenosti a snažit se jedince nepřerušovat. Současně je přínosné eliminovat existující bariéry, jež brání aktivnímu naslouchání. Mezi tyto bariéry lze zařadit nevhodně zvolené místo pro rozhovor, hluk, nesoustředěnost, používání žargonu, bagatelizace pacientových pocitů nebo také osobní předsudky (37,42,43).

Ruku v ruce s aktivním nasloucháním jde vcítění se do psychického stavu pacienta neboli empatie. Jedná se o kognitivně emoční funkci, která má základ v intuici a pozitivním zájmu o druhého, umožňuje tak proniknout do vnitřního světa pacienta a vnímat problémy jeho očima. Sestra schopná empatické reakce nabízí pacientovi oporu a porozumění, čímž do značné míry uspokojuje jeho potřeby bezpečí a jistoty. Důsledkem empatické interakce je pocit pochopení, úcty a respektu. Samotná potřeba respektu je jednou ze základních lidských potřeb bez ohledu na pohlaví, věk nebo rasu člověka. Respekt lze druhé osobě projevovat vlídným přístupem, úsměvem, udržením očního kontaktu a to nejen jedinci zdravému, ale též nemocnému či nemohoucímu (44,45).

1.8.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je taková komunikace, kdy se dorozumíváme slovy nebo jinými znakovými symboly. Existuje řada činitelů, které verbální komunikaci spoluutvářejí, jako je například situační kontext, tedy situace, ve které komunikace probíhá. Značný vliv na komunikaci mají vnitřní dispozice jedince, vlastní individualita jedince a také úroveň komunikace v rodině. Nedostatečný rozvoj komunikačních

schopností v dětství nebo ztráta schopnosti komunikovat vede k ohrožení jakýchkoliv mezilidských vztahů. Je dobré mít na paměti, že je zde celá řada prvků, které komunikaci ovlivňují. Rychlost řeči by měla být přiměřená, hlasitost se odvíjí od důležitosti sdělované informace, výška hlasu odráží naše emoce. Dobré je, když dáme druhému prostor pro přemýšlení a případné dotazy v podobě různě dlouhých pomlk během rozhovoru. Vyvarovat bychom se měli žargonu, vulgarismům a různým slovním parazitům. Úspěšná verbální komunikace je jednoduchá, tedy stručná, jasná, zřetelná, vhodně načasovaná a přizpůsobená druhému jedinci. Pro splnění kritéria přizpůsobivosti je dobré si předem zjistit aktuální stav a možnosti pacienta a po celou dobu rozhovoru si všímat neverbálních projevů (42,44,46).

1.8.2 Neverbální komunikace

Do tohoto způsobu komunikace patří veškeré projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, můžeme říci, že se jedná o řeč těla. Neverbální komunikace je vývojově mnohem starší než komunikace verbální a zároveň je verbální komunikaci nadřazená. V ošetřovatelství a vůbec ve zdravotnické profesi jsou neverbální projevy velmi důležité, protože je zde velká potřeba porozumění a navázání důvěry. Prostřednictvím neverbálních projevů vyjadřujeme své emoce, nálady i potřeby, a proto je nedílnou součástí sesterské profese. Sestra by se měla umět orientovat a reagovat na neverbální projevy pacienta a zároveň by měla myslet na to, že pacient se v nemoci nachází v těžké životní situaci, proto je k ošetřovatelskému personálu značně vnímavý a také dokáže z neverbálních projevů mnoho vyčíst. Z tohoto důvodu je obzvlášť v pomáhajících profesích kladen značný důraz na úsměv, pohledy a také na úpravu zevnějšku personálu. Existuje celá řada prvků neverbální komunikace a je nezbytné, aby vždy byly v souladu s komunikací verbální. Mimika neboli výraz obličeje, právě spojuje verbální a neverbální komunikaci a je považována za jeden z nejvýznamnějších neverbálních prvků podtrhující emoce jedince. Dalším typem nonverbální komunikace je gestika, která doprovází verbální komunikaci a jde o velmi individuálně rozdílné pohyby rukou. Proxemika se zabývá vzdálenostmi mezi dvěma jednajícími osobami. Při poskytování ošetřovatelské péče sestra i lékař často narušuje osobní či intimní zónu pacienta, což může být pacientem mnohdy nepříjemně vnímáno. Sestra jako poskytovatelka

ošetřovatelské péče nesmí opomíjet ani význam haptiky, tedy doteku, a i zde platí, že existují na lidském těle partie, kde jsou doteky vnímány pozitivně nebo negativně (42,44).

1.8.3 Komunikace se seniory

Dovednosti využívané při komunikaci by měly být maximálně přizpůsobené oběma komunikujícím subjektům. Jedním z činitelů, které hrají při výběru způsobu komunikace důležitou roli, je věk naslouchajícího. Správnou volbou komunikačního stylu sdělující jedinec zvyšuje pravděpodobnost porozumění a zároveň eliminuje možnost chybného pochopení sdělovaného obsahu. Během komunikace se seniory se však můžeme setkat s tím, že biologický věk zcela nekoliduje s věkem kalendářním, který přehlíží individuální rozdíly jednotlivců a může se stát zavádějícím hlediskem. Jinými slovy můžeme říci, že kalendářní neboli chronologický věk není relevantním ukazatelem schopností seniora. Z této skutečnosti vyplývá, že je nezbytné, abychom vždy v sociální interakci při poskytování ošetřovatelské péče dodržovali k seniorovi přísně individuální přístup. V rámci takového přístupu v souvislosti s komunikací se seniory je nutné si uvědomit, že ve stáří dochází k jistým změnám, které jsou označovány za komunikační bariéry. Existuje celá řada kategorizací komunikačních bariér, ale obecně je lze rozdělit na bariéry interní, vycházející ze schopností a dovedností jedince, a na bariéry externí, které jsou podmíněny uspořádáním zevního prostředí. Konkrétně mezi interní bariéry můžeme zařadit změny v různých oblastech, které vyplývají z procesu stárnutí. V oblasti fyzických změn se nejčastěji jedná o poruchu smyslových funkcí a poznávacích schopností, na úrovni psychické se u seniorů můžeme setkat se změnami nálad nebo s depresí. V souvislosti se změnami sociálními bývá senior vystaven takzvané generační osamělosti, kdy se starý člověk musí vyrovnat se ztrátou svých vrstevníků nebo životního partnera. Veškeré tyto změny se mohou projektovat do komunikačních dovedností seniora a na základě jejich identifikace jsme schopni přizpůsobit vlastní komunikační styl (47,48).

V interakci se seniory se mohou vyskytnout situace, v nichž jsou komunikační postupy neadekvátně využívány, a to vede k negativnímu ovlivnění celého

komunikačního procesu. V takových případech poskytovatel péče často nevědomě používá takzvaný elderspeak, což je styl řeči a komunikace, který nevede k efektivnímu dosahování cíle. Elderspeak stejně jako další neefektivní komunikační techniky, jako je dětská řeč, direktivní komunikace nebo ošetřovatelská řeč, vycházejí z nereálného hodnocení schopností seniora. Elderspeak často mladší pečující osoby považují za vhodný komunikační styl, který je maximálně přizpůsoben seniorovým schopnostem. Tento způsob komunikace má jisté hlavní charakteristické rysy, mezi které patří zpomalené řečové tempo, zvýšený tón hlasu a důraznější intonace, častější opakování informací s využitím jednodušší gramatiky než v normální řeči dospělých osob. Pro eliminaci neefektivních komunikačních stylů je vhodné využít objektivizované testy pro hodnocení individuálních schopností seniorů, kterými jsou například Bartelův test všedních činností a test k hodnocení kognitivních funkcí. Sestra by měla být schopna identifikovat prvky neúčinné komunikace, rozpoznat potřebu sociálního kontaktu seniora, vymezit dostatečný časový prostor pro komunikaci a vždy jednat s úctou a respektem. V průběhu interakce s nemocným s poruchou kognitivních funkcí je vhodné veškerá sdělení zasadit do širšího kontextu, nepokládat více otázek najednou a v případě, že nemocný nerozumí, neopakovat stále stejné pojmy, ale zvolit jinou formulaci sdělení. Alternativou komunikace s těžce nemocným jedincem je koncept bazální stimulace, který vede k navázání kontaktu pacienta s jeho okolím (47,49,50).

1.8.4 Bazální stimulace

Bazální stimulace byla vyvinuta profesorem Andreasem Frühlichem v roce 1975 a v osmdesátých letech byla Christel Beinsteinovou přenesena do ošetřovatelství. Pojem bazální stimulace v sobě zahrnuje takovou péči a vedení těžce nemocného jedince, která podporuje osobní vývoj nemocného a zároveň vede k navázání kontaktu mezi nemocným a jeho okolím. Koncept má široké spektrum pacientů, u kterých jej lze využít. Jedná se například o nemocné s narušenými kognitivními funkcemi, omezenou komunikací nebo mobilitou. Často se jedná o klienty s Alzheimerovou chorobou, hemiplegické či apalické pacienty, pacienty v terminálním stádiu nebo seniory s poruchou mobility. Celkově bazálně stimulující péče zlepšuje orientaci v prostoru, zlepšuje funkce organismu a také utváří a prohlubuje vztah mezi sestrou a pacientem.

Úkolem ošetřovatelského personálu v rámci konceptu bazální stimulace je navázání komunikace i na jiné než verbální úrovni, k čemuž je využíváno různých druhů stimulů. Stimuly pak představují jakousi alternativu komunikačního kanálu mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Jednotlivé prvky neboli stimuly lze rozdělit na základní, které jsou somatické, vestibulární a vibrační, a na takzvané stimuly nadstavbové, kam je možné zařadit prvky optické, taktilně-haptické, orální a olfaktorické. Při aplikaci kterýchkoliv uvedených stimulů je důležité sledovat a aktivně vyhodnocovat reakce nemocného, neboť je nezbytné, aby veškeré prvky a podněty byly pacientem pozitivně přijímány (50,51).

Vestibulární stimulace pracuje s rovnováhou především dlouhodobě imobilních pacientů, kterým napomáhá uvědomovat si jejich okolí a zároveň vlastní tělesné schéma. Oproti tomu somatická stimulace využívá tělesných podnětů, které se týkají kůže a svalů. Pacienti s akutní či chronickým onemocněním vnímají doteky různými materiály i samotnou rukou velice intenzivně a ošetřovatelský personál by měl opět pečlivě sledovat a vyhodnocovat verbální i neverbální projevy ošetřovaného jedince. Veškeré doteky by měly mít jasně cílený význam a v pacientovi by měly vzbuzovat pocit bezpečí a jistoty. K navázání prvního kontaktu s nemocným je v rámci bazální stimulace využíváno iniciálního doteku, jedná se o dotek, který nemocného informuje nejen o začátku a ukončení naší činnosti, ale zároveň i o přítomnosti personálu u lůžka. Pro tento iniciální dotek je vymezeno jedno místo na těle pacienta, o kterém je informován celý ošetřovatelský tým, a zároveň je iniciální dotek umocněn stále stejným oslovením. Je patrné, že v bazální stimulaci je velký význam kladen na doteky, které jsou uplatňovány především při polohování, masážích, pomoci při pohybu a hlavně při hygieně a celkové koupeli nemocných. Celkové koupele se rozlišují na zklidňující, osvěžující a bazálně stimulující, přičemž každý typ koupele má určité indikace a vlastní pravidla. Koupel zklidňující je vhodné využívat u pacientů neklidných, úzkostných nebo například u nemocných s Alzheimerovou chorobou, jelikož jejím cílem je navození pocitu pohody a celkové zklidnění. Při této koupeli je využívána technika mytí po směru růstu ochlupení, neměla by trvat déle než dvacet minut a teplota vody by měla být v rozmezí od sedmatřiceti do čtyřiceti stupňů. Oproti tomu voda při koupeli

osvěžující by měla mít maximálně sedmadvacet stupňů a doba koupele by neměla přesáhnout patnáct minut. Na rozdíl od zklidňující koupele postupujeme při mytí proti směru růstu chlupů, cílem je zvýšit aktivit a reaktivitu, a proto je vhodnější tento typ koupele provádět v ranních hodinách. Pomocí osvěžující koupele zvyšujeme povědomí pacienta o sobě samotném a lze ji využít u nemocných depresivně laděných, somnolentních, komatózních nebo u jedinců se sníženým svalovým napětím. U nemocných s jakýmkoliv typem ochrnutí nejčastěji po cévních mozkových příhodách nebo po mozkolebečním poranění, je možné využít technicky náročnější, bazálně stimulující koupel. Smyslem této koupele je uvědomění si vlastního těla v celém rozsahu včetně postižené strany nebo končetiny, která je během koupele stimulována a zároveň uvolňována. Během mytí postupujeme vždy od prstů zdravé končetiny přes ramenní kloub a hrudník směrem ke končetině postižené, na které postupujeme opačným směrem, a je zde vyvíjen vyšší tlak (50,51).

Dalším ošetřovatelským výkonem, kdy lze bazální stimulaci efektivně využít, je polohování, jelikož nevhodným polohováním může u ležících pacientů docházet k porušenému vnímání vlastního těla, dezorientaci, emocionálním poruchám i k mylnému výkladu okolí. Pomocí vhodného polohování lze tyto nežádoucí změny zmírnit, jelikož jím do jisté míry bráníme takzvané habituaci, což je změna vnímání díky nedostatku podnětů zvenčí. Jedním z typů polohování je polohování hnízdo, které nemocnému nabízí jasnou informaci o jeho tělesných hranicích, má mnoho modifikací a pacienty je velmi dobře snášeno. Je možné jej využít ke zklidnění, odpočinku nebo k provádění masáží. K tvorbě hnízda je možné využít různé druhy materiálů, jako jsou ručníky, deky i perličkové polštáře. Nemocný zaujímá jakoukoliv pro něho příjemnou polohu, celé tělo má včetně hlavy a končetin obložené. Pacienty méně tolerovaný způsob polohování je takzvaná mumie, která se využívá u nemocných agresivních, dezorientovaných nebo neklidných. Při tomto způsobu polohování leží nemocný na zádech, tělo je celé obložené například dekami, horní končetiny spočívají na hrudníku a tělo nemocného je celé zavinuto v prostěradle. Prostěradlo nesmí být příliš těsné, aby nedošlo k neadekvátní reakci, a maximální doba tohoto způsobu polohování by neměla trvat déle než dvacet minut (50,51).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1, Zjistit možnosti rozšířené praktické přípravy studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra v souvislosti s první odbornou praxí.

2, Zjistit možnosti realizace rozšířené praktické přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra před první odbornou praxí v zimním semestru.

3, Zjistit vliv rozšířené odborné přípravy studentů na jejich pocity a dovednosti před a po absolvování první odborné praxe v zimním semestru 1. ročníku oboru Všeobecná sestra.

2.2 Výzkumné otázky

1, Jaké jsou možnosti rozšířené přípravy studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra v souvislosti s první odbornou praxí?

2, Jaká je možnost realizace rozšířené praktické přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra před první odbornou praxí v zimním semestru?

3, Jaký je vliv rozšířené praktické přípravy studentů na jejich pocity a dovednosti před a po absolvování první odborné praxe v zimním semestru 1. ročníku oboru Všeobecná sestra?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Diplomová práce je koncipována jako experimentálně komparačně výzkumná. Výzkum byl realizován kvalitativním šetřením v období od října do prosince v roce 2013 se studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci výzkumu byl proveden kvaziexperiment zaměřený na vliv rozšířené praktické přípravy studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání na jejich pocity, chování, jednání a ošetřovatelské dovednosti na první odborné praxi. Během výzkumu byla využita triangulace výzkumných metod a celý výzkum byl rozdělen do několika fází.

První fáze probíhala v říjnu roku 2013 a sběr dat byl prováděn kvalitativní metodou dotazování, technikou individuálního standardizovaného rozhovoru zaměřeného na motivaci a očekávání studenta [Příloha 1]. Po prvním rozhovoru, byla studentům nabídnuta možnost rozšířené praktické přípravy, která probíhala v odborných učebnách katedry ošetřovatelství a porodní asistence po dobu šesti týdnů před první odbornou praxí, a to minimálně tři hodiny v týdnu.

Ve druhé fázi byl s respondenty bezprostředně před nástupem na odbornou praxi opět proveden individuální standardizovaný rozhovor týkající se vlivu rozšířené praktická příprava na jejich aktuální pocity z nadcházející praxe a také na vlastní hodnocení rozšířené praktické přípravy [Příloha 2].

Třetí výzkumná fáze byla uskutečňována na odděleních následné péče českobudějovické nemocnice v průběhu prvních deseti dnů odborné praxe. V této fázi bylo využito metody přímého, neskrytého, zúčastněného pozorování, jehož výsledky byly zaznamenávány do pozorovacího archu [Příloha 3]. Pozorování bylo zaměřeno na chování, jednání a ošetřovatelské postupy studentů, kteří se pravidelně účastnili rozšířené praktické přípravy a porovnáváno s chováním a odbornými dovednostmi studentů, jež možnost rozšířené praktické přípravy nevyužili.

V poslední, tedy čtvrté fázi výzkumu byl, se studenty, kteří rozšířenou praktickou přípravu absolvovali, prováděn individuální standardizovaný rozhovor zaměřený na vliv rozšířené praktické přípravy, na pocity a případné problémy související s odbornou praxí [Příloha 4]. Standardizovaný individuální rozhovor zaměřený na pocity z první odborné praxe a také na sebehodnocení byl rovněž proveden i se studenty, kteří možnost rozšířené praktické přípravy nevyužily [Příloha 5].

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkový výzkumný soubor pro zpracování diplomové práce tvořili studenti prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří nemají středoškolské zdravotnické vzdělání, a tento výzkumný soubor byl následně rozdělen na dvě části. Devět studentek první experimentální skupiny splňovalo kritérium výběru, kterým byla minimálně devadesáti procentní účast na rozšířené praktické přípravě. Do druhé, kontrolní skupiny, bylo zařazeno pět studentek, které možnost rozšířené praktické přípravy nevyužily vůbec, nebo jejich účast byla menší než devadesát procent.

4 VÝSLEDKY

4.1 Analýza rozhovorů zaměřených na motivaci a očekávání studentů

V říjnu roku 2013 odpovídalo patnáct studentek bez středoškolského zdravotnického vzdělání na otázky zaměřené na motivaci ke studiu oboru Všeobecná sestra, na vlastní zkušenosti s ošetřovatelskou péčí a očekávání z nadcházející první odborné praxe na lůžkovém oddělení [Příloha 1]. Studentky přijaté do prvního ročníku byly v převážné většině absolventkami gymnázia anebo zdravotnického lycea. Všechny studentky považují sesterskou profesi za velmi potřebnou a prospěšnou. K volbě tohoto studia je vedla touha pomáhat druhým, být v kontaktu s druhými lidmi a v budoucnu vykonávat prospěšné povolání. Povolání sestry je pro dotazované povoláním čestným, humánním a v budoucnu by jej všechny chtěly vykonávat. U jedné ze studentek hrála při výběru studijního oboru roli také možnost navazujícího magisterského studia.

Z rozhovorů se studentkami vyplynulo, že jejich **dosavadní zkušenost s poskytováním ošetřovatelské péče a s nemocničním prostředím je minimální**. Necelá polovina dotazovaných studentek uvedla *zkušenost s ošetřováním nemocného nebo nesoběstačného seniora v domácím prostředí* (R1,R3,R4,R5,R11,R14), avšak šest studentek se doposud s poskytováním ošetřovatelské péče *nesetkalo* (R2,R6,R8,R9,R12,R13). U některých studentek se nejednalo pouze o první kontakt s ošetřovatelskou péčí, ale vůbec o jejich první nadcházející zkušenost s nemocničním prostředím, jelikož tři dotazované uváděly, že v minulosti neměly příležitost jakékoliv lůžkové zdravotnické zařízení navštívit (R2,R7,R10). Zbývající studentky měly možnost navštívit hospitalizovaného pacienta a jedna studenta má opakovanou zkušenost s rolí hospitalizovaného pacienta (R3). Důsledkem těchto nedostatečných zkušeností byla nedostatečná představa o vlastních aktivitách na odborné praxi, o prostředí oddělení a rovněž o skladbě pacientů na oddělení následné péče.

V prvních individuálních rozhovorech se studentky **vyjadřovaly ke svým pocitům týkající se jejich první odborné praxe** v zimním semestru. Všechny uváděly pocity smíšené, tedy kladné i záporné, i když ty negativní malou měrou nad pozitivními převažovaly. *Strach, který označovaly jako hlavní negativní emoci,* přirozeně pramenil

z jejich nedostatečných zkušeností. Studentky měly *největší obavu* z provádění *ošetřovatelských výkonů* a následného možného *poškození pacienta*. Konkrétně se obávaly nedostatečné přípravy pomůcek k jednotlivým výkonům (R2,R3,R4,R7,R9,R11,R15), nesprávné techniky výkonů (R3,R5,R6,R7,R10,R12,R14) či nevhodné komunikace s nemocnými (R1,R2,R4,R8,R10,R13,R14). Také se vyjadřovaly v tom smyslu, že *počet kontaktních hodin ošetřovatelských postupů* je dle jejich názoru pro studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání *nízký* a mnohdy v nich *převažuje teoretický výklad nad praktickým nácvikem* odborných výkonů (R1-R15). Pocit strachu vyvolávala také komunikace s ošetřovatelským týmem (R4,R5,R8,R11,R14,R15), obava z vlastní nešikovnosti a nervozity (R1,R6,R8,R12,R13), pomalého pracovního tempa (R3,R7,R9,R11,R15) a v jednom případě rovněž z nemocničního prostředí (R5). Naopak pozitivní emoce vycházely z touhy po nových zkušenostech, ověření si vlastních dovedností a jednání s pacienty. Studentky se nejčastěji těšily na poskytování péče pacientům a na získávání řady nových praktických dovedností.

4.2 Dobrovolná rozšířená praktická příprava

V období od října roku 2013 do konce měsíce listopadu roku 2013 měli studenti bez středoškolského zdravotnického vzdělání možnost zúčastnit se ve svém volném čase rozšířené praktické přípravy před vlastní první odbornou praxí. Tato rozšířená příprava probíhala v odborných učebnách katedry ošetřovatelství a porodní asistence a její obsah byl rozdělen do sedmi minimálně tříhodinových setkání, které se konaly v každém týdnu před zahájením odborné praxe. Cílem setkání bylo studentkám umožnit nácvik praktických ošetřovatelských dovedností, se kterými se již seznámily během výuky předmětu ošetřovatelské postupy. Náplní rozšířené praktické přípravy však nebyly pouze odborné výkony, ale také například základní prvky konceptu bazální stimulace, základy kinestetiky a specifika komunikace se seniory.

První říjnové setkání se studenty bylo zaměřeno na **komunikaci se seniory, koncept bazální stimulace, manipulaci s nemocným a kinestetickou mobilizaci.** V rámci komunikace bylo na studentky apelováno ve smyslu vhodnosti pozdravu a

představení se pacientovi po vstupu na nemocniční pokoj. Studentky byly seznámeny s možností výskytu poruch smyslových funkcí a psychických změn u seniorů, což vyžaduje přísně individuální přístup ze strany ošetřovatelského personálu. Došlo k výkladu zásad efektivní komunikace se seniory týkající se především volby vhodného komunikačního stylu, efektivního naslouchání, empatie a dostatečného časového prostoru na rozhovor. Studentům byly rovněž **podány informace o nevhodných způsobech vedení komunikace** jako je elderspeak, direktivní komunikace, používání dětské, či typicky ošetřovatelské řeči. Zdůrazněna byla nutnost zachování úcty a respektu k pacientovi. Studentky měly také možnost zamyslet se nad stylem komunikace sester v daných modelových situacích, na základě kterých následně probíhala krátká diskuze. S komunikací a přístupem k pacientovi souvisela i druhá část prvního setkání, která byla orientována na koncept bazální stimulace. Mnohé studentky slyšely pojem bazální stimulace poprvé, a proto jim byly podány základní informace o funkci konceptu, došlo k seznámení a následnému procvičování orální stimulace, osvěžující a zklidňující celkové koupele. **Vyzdvižen byl především smysl iniciálního doteku při prvním kontaktu s pacientem** a sledování reakcí nemocného na stimulující podněty. Třetím bodem setkání bylo polohování pacienta, při kterém je možné také využít prvky bazální stimulace, a zároveň byly studentky seznámeny se zásadami kinestetiky, aby si jisté postupy osvojily již od počátku své odborné praxe. V prvotním teoretickém výkladu došlo k ozřejmení funkce kinestetiky, která spočívá v pomoci ošetřovatelského personálu, jež při manipulaci vykonává pohyb s pacientem s co nejmenším využitím síly. Taková manipulace je šetrná nejen k nemocnému, ale také ke zdravotnickému personálu, protože jej chrání před přetížením a především bolestmi zad. Kinestetika jako taková umožňuje pochopit základy lidského pohybu, využití pohybových rezerv pacienta, podporuje fyziologický pohyb a mobilizuje svaly a klouby nemocného. Studentky měly příležitost si dle kinestetických zásad vyzkoušet a procvičit otáčení pacienta na lůžku, polohování v lůžku, přesouvání nemocného z lůžka na křeslo a také jeho vertikalizaci. V souvislosti s polohováním došlo také k okrajovému zmínění o dekubitech, seznámení s polohovacím záznamem a možností nácviku polohování pacienta s využitím polohovacích pomůcek.

Osnovu druhého setkání se studentkami tvořilo počáteční opakování, které bylo zaměřené na prvky bazální stimulace, komunikaci a manipulaci s pacientem. Další náplň tvořila **hygiena pacienta, konkrétně celková koupel na lůžku spojená s výměnou lůžkovin a zvláštní péče o dutinu ústní.** Studentky vždy ve dvojicích připravovaly pomůcky potřebné k celkové hygieně nemocného a ke zvláštní péči o dutinu ústní a poté probíhal vlastní nácvik těchto postupů. Ovšem nácvik nebyl zaměřen pouze na vlastní dovednosti, ale také na efektivní a správně vedenou komunikaci při poskytování péče. Studentky během celkové hygieny využívaly prvky bazální stimulace a při manipulaci s nemocným dodržovaly kinestetická pravidla. Při zvláštní péči o dutinu ústní došlo rovněž k procvičování orální stimulace. S péčí o dutinu ústní souviselo upozornění na pomůcky a správnou techniku odstraňování zubní protézy a péči o ni. Při provádění hygienické péče byly studentky vedeny k dokonalé přípravě veškerých pomůcek, byly upozorněny, že je nutné zpočátku zhodnotit celkový stav pacienta a v maximální míře jej podněcovat k soběstačnosti. Důraz byl kladen na správnost postupu, správnou manipulaci s ložním prádlem, dodržování intimity, hodnocení stavu pokožky nemocného, péči o kůži a nutnost upozornění ošetřovatelského personálu na jakékoliv kožní změny. I ve druhém setkání došlo k seznámení účastníků s dokumentací, kde je zaznamenávána celková koupel pacienta a informace o vyprazdňování stolice. S vyprazdňováním byl spojen také praktický nácvik podkládání podložní mísy pod pacienta a následnou hygienickou péči po vyprázdnění muže i ženy. V závěru setkání došlo na žádost studentek k procvičování úpravy lůžka, obvazovacích technik a přikládání bandáží dolních končetin spolu s výkladem jejich funkce a správným přiložením.

Třetí společné setkání před nástupem studentů na odbornou praxi se týkalo **výživy nesoběstačných pacientů a podávání klyzmatu.** Počátek setkání byl zaměřen na ranní chod oddělení následné péče, tedy na provedení celkové hygieny pacienta na lůžku, péči o dutinu ústní a následnou pomoc při přijímání stravy. Studenti byli seznámeni s nutností zjištění soběstačnosti pacienta, vhodností ověření správné diety, uvedení do vhodné polohy k dopomoci s příjmem potravy. V modelové situaci měly studentky možnost vyzkoušet si péči o odmítavého pacienta, aby si ověřily své komunikační

schopnosti a dovednosti, a následně si všechny procvičovaly vzájemné krmení s využitím orální stimulace. Studentky byly také informovány o tom, že během snídaně se pacientům podávají různé formy léků dle ordinace lékaře, které studenti připravují pod dohledem sestry mentorky nebo pedagogického pracovníka. Druhým tématem třetího setkání byla aplikace klyzmatu. Studentky byly seznámeny s druhy klyzmatu, které se provádí rovněž na základě ordinace lékaře. Ve výkladu získaly studentky informace o tom, že klyzma se u chodících pacientů provádí v koupelně a u imobilního pacienta přímo na lůžkovém pokoji, proto je nutné vždy myslet na intimitu pacienta. Studentky byly vedeny tak, aby dokázaly vysvětlit příčinu provedení i jeho postup a to vše takovým způsobem, který povede ke zklidnění nemocného. Poté došlo k osvojení přípravy veškerých pomůcek a seznámení se s vhodnou polohou pacienta během výkonu. Studentky si opakovaně aplikaci klyzmatu vyzkoušely na speciálním modelu, včetně komunikace s nemocným během výkonu a následným poučením o průběhu po ukončení vlastní aplikace. Ony samy byly poučeny o nutnosti záznamu o defekaci do dokumentace pacienta. Na závěr studentky plnily tři úkoly, přičemž jeden byl zaměřený na rozhovor s pacientem před aplikací klyzmatu, druhý spočíval v sestavení několika doporučení pro nemocné s opakovaně se vyskytující zácpou a třetí se týkal představy vlastní aplikace klyzmatu a uvedení aspektů, které by studentkám mohly být nepříjemné.

Katetrizace ženy, asistence při katetrizaci muže a měření fyziologických funkcí bylo náplní čtvrtého tříhodinového bloku v odborné učebně na katedře ošetřovatelství a porodní asistence. Studentkám byly podány informace o příčinách vedoucích ke katetrizaci močového měchýře. Měly možnost seznámit se s různými druhy močových katétrů a vysvětleno bylo také jejich číselné označení dle Charrierovy stupnice a číslo určující objem balonku katétru. K demonstraci postupu byly připraveny veškeré sterilní i nesterilní pomůcky a vysvětlen jejich význam k použití. Následnou praktickou ukázkou byl demonstrován postup jednorázové katetrizace močového měchýře ženy, zavedení permanentního močového katétru v jedné či ve dvou osobách a také nácvik asistence při katetrizaci močového měchýře muže. Všechny studentky si opakovaně procvičily zavádění permanentního močového katétru ženě na speciálním modelu, který

je přímo k cévkování určený. Současně byly studentky seznámeny s péčí o katétr, celkovou dobou zavedení katétru, s možností vzniku komplikací, se způsobem jeho odstranění a také s postupem odběru moče na vyšetření. Během procvičování tohoto výkonu byl kladen značný důraz na seznámení pacienta s tímto výkonem i na komunikaci s nemocným v průběhu výkonu. Následně studentky ve skupině plnily úkol zaměřený na specifika péče o pacienta se zavedeným permanentním močovým katétrem. Cílem této činnosti bylo to, aby si studentky byly vědomé nutnosti sledování příjmu a výdeje tekutin, sledování množství, barvy a případných příměsí v moči, aby dokázaly podat pacientovi informace o vhodných a nevhodných tekutinách, znaly nutnost pravidelné a důkladné hygieny a uměly rozpoznat projevy možných komplikací. Druhá část čtvrtého setkání byla věnována měření fyziologických funkcí s tím, že za aktivní spolupráce studentek byly podány informace o různých typech teploměrů, zásadách měření tělesné teploty a sledování dechu. Maximální část měření fyziologických funkcí byla orientována na **procvičování auskultační a palpační metody měření krevního tlaku,** kdy na úvod byly zopakované informace, které již studentky měly v povědomí z výuky ošetřovatelských postupů, a šlo především o definici krevního tlaku, způsob jeho hodnocení a faktory, které jej ovlivňují. Studentky byly vedeny tak, aby samostatně dokázaly určit vhodnou velikost manžety k měření krevního tlaku, dokázaly uvést pacienta do správné polohy, zvolily správné místo pro umístění manžety a znaly chyby při měření krevního tlaku, kterým by se měly vyvarovat. Dále byly podány informace o rozpoznání hodnoty tlaku, na který je třeba manometr nafouknout, aby nebyla podceněna hodnota systolického tlaku. Opět byly studentky podněcovány k vhodné komunikaci a podání informací o prováděném výkonu. V souvislosti s měřením krevního tlaku měly studentky též příležitost seznámit se a vyzkoušet si palpační způsob měření.

V předposledním společném setkání se studenty v rámci rozšířené praktické přípravy byl čas věnován **přípravě a aplikaci subkutánních neboli podkožních a intramuskulárních, čili nitrosvalových injekcí.** Stručný teoretický odborný úvod byl zaměřen na pojmy vztahující se k aplikaci injekcí, jednalo se o definici injekce, názvy jednotlivých injekcí odvozených od místa aplikaci, seznámení s různými druhy

injekčních stříkaček a jehel a také s ampulemi a injekčními lahvičkami. Další část byla orientována na teoretický výklad týkající se subkutánních a intramuskulárních injekcí, kdy studentkám byly podávány informace o druhu a množství aplikovaných léků, rozdílné rychlosti vstřebání, vhodné volbě injekční jehly, o správném určení místa vpichu a o komplikacích, které mohou při aplikaci vznikat. Ve spojitosti se subkutánní injekcí bylo nutné se zmínit o onemocnění diabetes mellitus – úplavice cukrová, při kterém je v některých případech nezbytná právě subkutánní aplikaci inzulinu. Studentky byly seznámeny s funkcí inzulinu, vhodné době a zásadami aplikace, s různými možnostmi aplikace a s nežádoucími účinky léčby inzulínem. Bylo nutné studenty upozornit na možný výskyt rozdílných druhů inzulínových stříkaček a připomenout jejich odlišnosti, stejně tak důležité bylo uvést možnost aplikace inzulínovým perem a specifika subkutánní aplikace antikoagulačních léků, včetně možných komplikací, které se při antikoagulační léčbě mohou vyskytnout.

Po teoretickém zrekapitulování výše uvedených informací a demonstraci správného postupu bylo přistoupeno k praktickému nácviku přípravy subkutánních a intramuskulárních injekcí, kdy studentky připravovaly léky z ampulí a injekčních lahviček ať už ve formě prášku nebo roztoku. Během jejich činnosti bylo dohlíženo na aseptický postup přípravy a odpovídáno na případné dotazy studentek. Dále bylo opakovaně apelováno na **význam trojí kontroly léčiv a na nutnost práce a kontroly s dokumentací.** Studentky byly vedeny tak, aby byl eliminován výskyt pochybení, a upozorňováno bylo také na nezbytnost označení aplikovaného léku štítkem s nacionály pacienta. Po řádné přípravě injekce měly studentky možnost praktického nácviku aplikace intramuskulární injekce, přičemž využívaly různá místa vpichu určená pro tento druh injekce. Během jejich činnosti byl kladen důraz na komunikaci s pacientem, podání informací o aplikovaném léku, ověření totožnosti pacienta, určení správného místa vpichu, vhodný způsob aplikace, úklid pomůcek a práci s dokumentací. Došlo také k procvičování aplikace intramuskulární injekce metodou z-trakt a k připomenutí odlišností při aplikaci kachektickému pacientovi.

Po zopakování správných míst vpichu a následné demonstraci aplikace subkutánní injekce měly studentky možnost si tento výkon prakticky procvičit. V rámci aplikace tohoto druhu injekce byly studentky orientovány na aplikaci inzulinu a antikoagulačních léčiv. V souvislosti s aplikací inzulinu bylo upozorněno na rozdíl aplikace do oblasti břicha u kachektických a naopak obézních pacientů. Byla vyzdvihnuta nutnost střídání místa vpichu, čas, ve kterém se inzulin aplikuje, a také to, že je nezbytné, aby ošetřovatelský personál zkontroloval, zda se pacient po aplikaci inzulinu najedl. Co se týká aplikace antikoagulačních látek, byl studentkám vysvětlen rozdíl mezi aplikací léku s fixní jehlou a léku přímo připravovaného z injekční lahvičky. Obě možnosti aplikace si všechny studentky opakovaně vyzkoušely i spolu se správně vedenou komunikací a prací s dokumentací.

V průběhu pátého společného setkání zaměřeného na přípravu a aplikaci injekcí se objevila skutečnost, že některé studentky měly ohledně způsobu aplikace **rozdílné vědomosti** z výuky ošetřovatelských postupů. Jednalo se zejména o způsob aplikace subkutánních injekcí a to konkrétně vlastní techniku vpichu. Podobně tomu bylo i v případě intramuskulárních injekcí, kdy některé studentky měly odlišné informace o praktickém provedení tohoto výkonu. Tyto rozdílnosti byly pro studentky **znepokojující** a působily **rozpačitý přístup** k jejich činnostem. Studentkám bylo doporučeno prostudování odborné literatury zaměřené na aplikaci injekcí a případné upřesnění od vyučujícího ošetřovatelských postupů.

Cílem posledních dvou tříhodinových bloků bylo **opětovné procvičení veškerých činností, které byly náplní předchozích pěti setkání.** K realizaci tohoto cíle byly studentky rozděleny do několika menších skupin s daným úkolem a po určitém čase a splnění zadání došlo k výměně úkolů. Jeden z úkolů byl teoreticko praktický a týkal se zopakování hlavních prvků neefektivní komunikace se seniory, konceptu bazální stimulace a demonstrace správné kinestetické manipulace s pacientem. Druhým úkolem byla příprava pomůcek a provedení očistného klyzmatu s následným doporučením, jak předcházet opakovanému výskytu zácpy. Dalším skupinovým zadáním byla permanentní katetrizace močového měchýře ženy, včetně uvedení péče o pacienta

s permanentním močovým katétrem. Posledním a nejobsáhlejším úkolem bylo demonstrovat ranní činnosti ošetřovatelského personálu na lůžkovém oddělení, což spočívalo v propojení vícero ošetřovatelských výkonů. Počátek tohoto úkolu tvořil první kontakt studenta s pacientem, představení se a vysvětlení sledu dalších činností, tedy celkové hygieny inkontinentního pacienta na lůžku, výměnu ložního prádla a provedení zvláštní péče o dutinu ústní. Po dokončení simulované ranní hygieny měly studentky aplikovat inzulin dle správného postupu a následně zajistit příjem potravy. Součástí zadání bylo také měření krevního tlaku a vše bylo provázáno prací s dokumentací, efektivní komunikací a s využitím prvků bazální stimulace. V průběhu plnění těchto zadaných úkolů si studentky samy uvědomovaly, které výkony jim činí potíže, a proto si je aktivně procvičovaly. Studentkám byly vysvětleny veškeré jejich případné nejasnosti týkající se jednotlivých ošetřovatelských výkonů a bylo dohlíženo na správný postup provádění různých ošetřovatelských činností. Náplň činností posledního, tedy sedmého setkání, bylo ponecháno na volbě studentek. Na jejich vlastní žádost byly zajištěny speciální modely na katetrizaci močového měchýře, kterou si studentky procvičovaly jak samostatně, tak i ve dvou osobách. Stejně tak si procvičovaly asistenci lékaři při katetrizaci močového měchýře muže. Studentky opakovaly i postup podávání klyzmatu, ale v největší míře se zaměřovaly na hygienickou péči a aplikaci injekcí. Po celou dobu byly studentky vedeny k tomu, aby ve svých činnostech postupovaly podle platných a správných ošetřovatelských postupů, vycházejících z **aktuální ošetřovatelské odborné literatury.** V následující tabulce číslo jedna je pro přehlednost uveden přesný obsah náplně jednotlivých setkání rozšířené praktické přípravy.

Tabulka č. 1 Obsah rozšířené praktické přípravy

ROZŠÍŘENÁ PRAKTICKÁ PŘÍPRAVA	
Datum	**Obsah setkání**
8. 10. 2013	Zásady komunikace se seniory Základní prvky konceptu bazální stimulace Zásady manipulace s pacientem Kinestetická mobilizace
10. 10. 2013	Opakování Hygiena pacienta – Celková koupel na lůžku s využitím bazální stimulace – Zvláštní péče o dutinu ústní – Komunikace s pacientem během výkonu Praktický nácvik
21. 10. 2013	Demonstrace ranního chodu oddělení Výživa nesoběstačných pacientů – orální stimulace Klyzma Praktický nácvik
31. 10. 2013	Katetrizace močového měchýře ženy Asistence při katetrizaci močového měchýře muže Péče o permanentní močový katétr Praktický nácvik Měření krevního tlaku auskultační a palpační metodou Praktický nácvik
14. 11. 2013	Opakování Příprava a aplikace subkutánních a intramuskulárních injekcí Praktický nácvik
21. 11. 25. 11. 2013	Praktický nácvik – Využití základních prvků bazální stimulace – Kinestetická mobilizace pacienta – Celková hygiena pacienta – Zvláštní péče o dutinu ústní – Katetrizace močového měchýře, péče o permanentní močový katétr – Měření krevního tlaku auskultační metodou – Příprava a aplikace injekcí

4.3 Analýza rozhovorů před odbornou praxí

Na konci listopadu, necelý týden před nástupem studentů na jejich první odbornou praxi s nimi byly provedeny individuální rozhovory sestavené z otázek [Příloha 2], které byly zaměřené na hodnocení vlivu rozšířené praktické přípravy na jejich aktuální

odbornou připravenost a subjektivní pocity z nadcházející odborné praxe. Tyto rozhovory byly uskutečňovány pouze s devíti studentkami, které splňovaly kritérium minimálně devadesáti procentní účasti na rozšířené praktické přípravě. **Na úvod rozhovoru studentky popisovaly své současné pocity z blížící se praxe** na odděleních následné péče českobudějovické nemocnice. Osm dotazovaných studentek označovalo své pocity jako *smíšené* a pouze jedna z nich vypověděla, že stále převažují pocity *negativní* (R6). Ostatní studentky považovaly za převažující pocity pozitivní a uváděly, že se na praxi *celkově těší.* Konkrétně se těšily na *získávání nových zkušeností* (R1,R3,R4,R7,R9), na *první kontakt s pacienty* (R1,R3,R4,R9) i na *vykonávání ošetřovatelských výkonů* (R2,R4,R5,R7,R8). Značná část studentek se těšila na komunikaci s nemocnými a na spolupráci s nimi. Pozitivní pocity v nich vyvolávala také představa, že jim bude umožněno vyzkoušet si vlastní dosavadní praktické dovednosti a ověřit v praxi sebe sama, včetně svých komunikačních schopností. Naopak za *negativní pocity* studentky označovaly strach a obavy z různých příčin, přičemž nejčastěji, ve čtyřech případech, byl za příčinu strachu označen *pocit nižší připravenosti* k provádění některých odborných výkonů v porovnání se zdravotnickými asistenty (R2,R3,R6,R8). Dvě studentky se obávaly možného *poškození pacienta* z vlastní nepozornosti nebo z přehlédnutí něčeho podstatného, co by pacienta mohlo akutně ohrožovat na životě (R5,R8). Mezi další příčiny strachu patřila mírná obava z vlastních komunikačních dovedností a také z komunikace se zdravotnickým personálem, především z jeho možného negativního hodnocení souvisejícího s nedostatečnými zkušenostmi studentů nebo z jejich počátečního pomalého pracovního tempa či neznalosti uspořádání oddělení (R1,R3,R4,R7,R9). Nicméně studentky se vyjadřovaly v tom smyslu, že míra *negativních emocí* je mnohem *nižší*, než tomu bylo během prvních prováděných rozhovorů, a dle jejich názoru k této skutečnosti značně přispěla možnost navštěvovat rozšířenou praktickou přípravu.

V rozhovoru byla studentkám také položena otázka, zda **praktickou přípravu v předmětu ošetřovatelské postupy hodnotí jako dostatečnou.** V odpovědích byla zaznamenána značná shoda, ovšem v negativním slova smyslu. Studentky měly dojem, že hodinová dotace tohoto předmětu není příliš velká a *neumožňuje všem dostatečné*

procvičení jednotlivých výkonů. Některé studentky si kladly otázku, proč předmět ošetřovatelské postupy nemá vlastní oddělené přednášky, které by byly zaměřeny na teoretický výklad a demonstraci výkonů s následnou návazností seminářů ošetřovatelských postupů, které by spočívaly pouze v opakovaném praktickém nácviku ošetřovatelských odborných výkonů (R3,R8). V rozhovorech byla zaznamenána i odpověď, která poukazovala na skutečnost, že v hodinách ošetřovatelských postupů *převažuje teoretický výklad nad praktickým nácvikem*, což vede k nedostatečné možnosti procvičování ošetřovatelských výkonů (R1,R2,R3,R5,R6,R7,R9). Jiné studentky příčinu nedostatečné možnosti opakovaného nácviku spatřovaly ve vysokém počtu studentů v jednotlivých skupinách a shodný přístup vyučujících ke zdravotnickým asistentům i ke studentům bez dosavadního zdravotnického vzdělání (R5,R7,R8). Jedna z dotazovaných považovala za negativní, že vyučující ošetřovatelských postupů neupřednostňují studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání před zdravotnickými asistenty (R8). Dvě studentky hodnotily hodinovou dotaci ošetřovatelských postupů z objektivnějšího hlediska a označovaly ji jako nedostačující pouze pro jedince, kteří nemají předchozí středoškolské zdravotnické vzdělání, avšak pro zdravotnické asistenty je podle jejich názoru počet stanovených hodin dostačující (R1,R9).

Ve třetí otázce se studentky vyjadřovaly k tomu, **jaký vliv měla rozšířená praktická příprava na jejich současné pocity.** Z jejich odpovědí bylo patrné, že vliv rozšířené přípravy byl značný, protože v rámci této přípravy měly větší příležitost si ošetřovatelské výkony *opakovaně procvičit* a lépe *se seznámit s manipulací různých pomůcek* (R1-R9), než během výuky ošetřovatelských postupů. Právě opakovaný nácvik a více prostoru pro kladení otázek, které vedly k ujasnění některých nejasností souvisejících s některými výkony, měly za následek celkové *zmírnění obav* z nadcházející odborné praxe (R1-R9), zvýšení *pocitu jistoty* a celkové *posílení sebedůvěry* před nástupem na odbornou praxi (R1,R3,R5,R7,R8,R9). Studentky díky této přípravě uváděly větší pocit připravenosti nejen na péči a manipulaci s nemocnými, ale také na komunikaci s nimi. Na otázku, zda měla rozšířená praktická příprava vliv na představu o pracovní činnosti na oddělení následné péče, odpovědělo všech devět

dotazovaných studentek kladně. Vypověděly, že následkem modelových situací, které byly zaměřené na ranní chod oddělení, mají lepší rámcovou představu o svých pracovních činnostech během ranních směn.

V rozhovorech studentky reagovaly i na otázku, zda by **rozšířenou praktickou přípravu označily za přínosnou** a pokud ano, tak v jakém směru spatřují její hlavní přínos. Na tuto otázku se u všech deseti dotazovaných studentek objevovala prakticky jediná odpověď, která byla každou studentkou pouze jinak formulována. Hlavním přínosem pro studentky, které absolvovaly minimálně devadesát procent rozšířené praktické přípravy, byla možnost *opakovaného nácviku* jednotlivých odborných ošetřovatelských výkonů. Studentky tento fakt považovaly za nejpodstatnější, jelikož rozšířená praktická příprava jim nabídla možnost si ošetřovatelské výkony vyzkoušet v klidu, v dostatečném čase a především opakovaně. Z odpovědí studentek vyplývalo, že veškeré tyto skutečnosti měly dopad na zvýšení jejich pocitu jistoty při jednotlivých výkonech, s čímž také souviselo posílení vlastní sebedůvěry a sebevědomí. Některé studentky udávaly, že se díky této přípravě cítí sebejistější a lépe orientované v některých ošetřovatelských postupech.

Šestá otázka rozhovoru byla zaměřena na to, zda rozšířená praktická příprava v nějakém směru **obohatila znalosti získané v předmětu ošetřovatelské postupy.** V odpovědích se opět nejčastěji objevovalo konstatování, že si studentky *prohloubily dosavadní praktické dovednosti,* neboť v rámci výuky často vůbec neměly příležitost si některé výkony vyzkoušet. Podle některých názorů se díky opakovaným nácvikům a několika praktickým radám zlepšila dosavadní manuální zručnost studentek (R1,R2,R3,R5,R7). Některé studentky označovaly za obohacující zkušenost modelové situaci zaměřené na *demonstraci ranního chodu oddělení* následné péče (R4,R6,R8,R9), díky které se zlepšila jejich představa alespoň o dopoledních pracovních činnostech na oddělení. Objevovaly se také odpovědi, ve kterých studentky vypovídaly, že obohacující pro ně byly informace a praktická doporučení, kterými se v rámci výuky ošetřovatelských postupů nezabývaly, jelikož byly součástí samostudia nebo nebyly náplní učiva (R3,R4,R5,R7,R8,R9). V souvislosti s velkým množstvím učiva, které

musí studenti v rámci samostudia pojmout, pro ně byla rozšířená praktická příprava přínosná ve směru postupného *utřídění a pochopení některých nejasností*. Studentky také uváděly, že se následkem společných setkání před odbornou praxí lépe orientují v přípravě pomůcek k jednotlivým ošetřovatelským výkonům, a zároveň došlo i k osvojení správných postupů při jejich provádění. Několikrát byly za obohacující zkušenost označeny také podané informace, související s prvním kontaktem s pacienty a komunikací se seniory (R3,R4,R8). V neposlední řadě studentky považovaly za přínosný i nácvik kinestetické manipulace s pacientem a praktické informace ohledně bazální stimulace, které byly pro mnohé studentky zcela nové (R2,R3,R4,R5,R8R9).

Další otázka vyžadovala odpověď na **celkové hodnocení rozšířené praktické přípravy** a na případné vyjádření se k tomu, s čím byly studentky v průběhu této dobrovolné praktické přípravy nespokojené. V souvislosti s touto otázkou se všechny dotazované studentky vyjadřovaly velice kladně. Za pozitivní považovaly především skutečnost, že na jednotlivých setkáních byly pouze studenti *bez středoškolského zdravotnického vzdělání, a tudíž si byli takzvaně všichni rovni*. Studentky uváděly, že ve výuce ošetřovatelských postupů, kde jsou společně se zdravotnickými asistenty, mají často strach klást některé otázky, aby nezdržovaly výuku, nebo jim do značné míry v kladení dotazů brání pocit studu. Kladně taktéž hodnotily rozdělování do skupin s menším počtem studentů, které jim umožnilo vyzkoušet si více ošetřovatelských výkonů či modelových situací. Opakovaně se také objevovala odpověď, ve které studentky pozitivně hodnotily celkovou atmosféru jednotlivých setkání, která dle jejich názoru byla velmi uvolněná a přátelská, což podle dotazovaných přispělo k jejich aktivnímu přístupu. V době, kdy byly rozhovory realizovány, žádná studentka nevyjádřila v žádném směru nespokojenost, která by se týkala náplně či vedení rozšířené praktické přípravy.

V rozhovoru byla zjišťována i **spokojenost studentek s obsahem jednotlivých setkání** rozšířené praktické přípravy a zda by případně tuto přípravu o nějaké téma rozšířily. Studentky se ve svých odpovědích vyjadřovaly v tom smyslu, že náplň setkání jim vyhovovala a prozatím *nedokázaly uvést téma*, o které by tato příprava měla být

rozšířena. Některé studentky považovaly za přínosné, že obsah rozšířené přípravy kopíroval výuku předmětu ošetřovatelských postupů, a tudíž měly příležitost procvičovat si výkony, které měly již teoreticky probrané (R3,R4,R6,R7,R9). Naopak u některých došlo k tomu, že se v rámci rozšířené praktické přípravy setkávaly s odbornými výkony poprvé a až následně jej probíraly ve výuce ošetřovatelských postupů (R1,R2,R5,R8). Takové studentky si tento postup také chválily, jelikož se následně při řádné školní výuce mohly zapojit do případné diskuze a vykládané téma jim pak nebylo zcela cizí. V některých odpovědích byla též kladně ohodnocena témata, která jsou do výuky ošetřovatelských předmětů zařazena jen okrajově. Takovými tématy byly například komunikace se seniory a její specifika, základní prvky bazální stimulace nebo kinestetická manipulace s pacientem.

Na otázku, zda se studentky domnívají, že by bylo vhodné předmět s podobným obsahem **zařadit do nepovinně volitelných předmětů** v zimním semestru prvního ročníku, se studentky vyjadřovaly velice pozitivně. Ačkoliv některé vnímaly celkovou odbornou přípravu jako značně obsáhlou a náročnou (R3,R7), přesto *by byly rády*, kdyby předmět podobného zaměření byl v zimním semestru do volitelných předmětů zařazen. Některé studentky vnímaly i fakt, že takový předmět by nejspíš neměl žádný přínos pro zdravotnické asistenty, ale domnívaly se, že jedinci bez středoškolského zdravotnického vzdělání by předmět s podobným tematickým zaměřením jistě uvítali. V některých odpovědích se studentky opět vyjadřovaly k tomu, jaký přínos pro ně rozšířená příprava měla, a konstatovaly, že jako studentky bez předchozího zdravotnického vzdělání byly za tuto příležitost velmi rády.

Jako poslední byla studentkám kladena otázka, zda by si v případě možnosti takový volitelný předmět vybraly. Na tuto otázku byla odpověď jednoznačná a stoprocentně shodná, neboť všechny dotazované by o takový předmět projevily zájem.

4.4 Analýza pozorování studentů na první odborné praxi

Přímé, neskryté zúčastněné pozorování a komparace obou výzkumných skupin probíhala v prvních deseti dnech odborné praxe na odděleních následné péče v českobudějovické nemocnici. Studentky byly sledovány v prvních deseti dnech

odborné praxe a pozorování bylo zaměřené na navazování prvního kontaktu s pacientem a na komunikaci při provádění odborných výkonů. Dále bylo pozorováno jednání studentů s pacienty, provádění odborných výkonů a také jejich sebehodnocení týkající se jejich komunikačních dovedností a ošetřovatelských činností. Pozorování probíhalo pouze v prvních deseti dnech odborné praxe, jelikož v následujícím období již byly studentky značně adaptované na prostředí oddělení a jejich činnosti byly na základě získaných zkušeností mnohem kvalitnější a pro tento výzkum méně hodnotné. Výsledky byly průběžně zaznamenávány do pozorovacího archu [Příloha 3], který tvořil základní rámec pozorování a bylo možné jej o důležité aspekty pozorování doplňovat.

Při prvním kontaktu studenta s pacientem bylo pozorování orientováno na to, zda studentka při vstupu na pokoj pozdraví pacienty, představí se a uvede důvod své přítomnosti, tedy skutečnost, že je studentkou Jihočeské univerzity. Obě sledované skupiny před prvním osobním kontaktem s nemocnými působily rozpačitým dojmem. Popisovaly, že se obávají negativních reakcí pacientů, kteří by s jejich přítomností nemuseli souhlasit, pocit nejistoty v nich také vyvolávala možnost zhoršených komunikačních schopností pacientů, která by mohla být příčinou neefektivní komunikace. Při vstupu studentek na nemocniční pokoj byl pozorován způsob navazování prvního kontaktu s pacientem u obou výzkumných skupin. Studentky, které pacienta pozdravily, představily se a uvedly, že jsou studentkami Jihočeské univerzity, jsou v tabulce číslo dvě zařazeny do kategorie A. Často však studentky při vstupu na pokoj pozdravily, uvedly své pracovní zařazení, ale již se nepředstavily a takové studentky v tabulce spadají do kategorie B. Do kategorie C byly zařazeny ty, které pacienty pouze pozdravily a poslední skupinu, tedy skupinu D, tvořily studentky, které při vstupu na pokoj zapomněly i na tak automatickou věc, která je do jisté míry projeve slušného chování, a tou je pozdrav.

Tabulka č. 2 První kontakt studenta s pacientem

Pozorované skupiny	Kategorie				Celkem
	A	B	C	D	
Experimentální	4	5	-	-	9
Kontrolní	-	1	3	1	5

Po navázání prvního kontaktu s nemocnými jej studentky informovaly o provedení ranní hygieny. Na některých odděleních byly pro studenty vyčleněné pomůcky k hygieně nesoběstačných pacientů, včetně vozíku na třídění lůžkovin a biologický odpad. Během provádění tohoto ošetřovatelského výkonu bylo sledování zaměřeno více směry. U obou sledovaných skupin bylo pozorováno, do jaké míry zvládají přípravu pomůcek k hygieně pacienta, zda postupují dle správného ošetřovatelského postupu a jak během výkonu s pacientem komunikují. Nejčastějším nedostatkem studentek z obou sledovaných skupin byla nedostatečná příprava pomůcek k hygieně nemocných, avšak na druhé straně lze říci, že převážná většina studentek při své práci postupovala dle správného ošetřovatelského postupu. Další aspekt, který nepřispíval k ulehčení pracovní činnosti, byla studentkami nevhodně zvolená výška lůžka a opomíjení odstranění bezpečnostních zábran při ranní hygieně pacienta, což do jisté míry bránilo dostatečnému přístupu k pacientovi. V souvislosti s komunikací studentů během ranní hygieny došlo ke zjištění, že v některých případech studentky s pacienty komunikovaly na široká všeobecná témata, některé komunikaci zaměřovaly pouze na podávání informací o právě vykonávané činnosti a jiné byly natolik zaneprázdněné, že z různých důvodů s pacienty opomíjely komunikovat úplně. Z pozorování také vyplynulo, že studentky zařazené do experimentální skupiny si během ranní hygieny pacientů počínaly obratněji a vykazovaly lepší orientaci při výkonu než studentky ze skupiny kontrolní. Pozitivní byla také skutečnost, že většina pozorovaných studentek neopomíjela zachovávat tělesnou intimitu nemocného a také dostatečně dbaly na bezpečnost pacienta.

Jedním z cílů pozorování bylo také zjistit, do jaké míry studentky při kontaktu s pacientem využívají prvky bazální stimulace. Některé studentky často při oslovování

pacienta využívaly iniciální dotek a u některých se objevovaly i základní postupy konceptu bazální stimulace při provádění celkové hygieny nemocných na lůžku. Využívaly především znalosti související s osvěžující koupelí, kdy se při mytí nemocného postupuje proti směru růstu ochlupení, čímž by mělo dojít ke zvýšení aktivity pacienta. V kategorizační tabulce číslo tři jsou uvedeny základní prvky konceptu bazální stimulace, kterých studentky při péči o pacienta využívaly.

Tabulka č. 3 Využití základních prvků bazální stimulace

Pozorované skupiny	Využití prvků bazální stimulace			Celkem
	Iniciální dotek osvěžující koupel	Iniciální dotek	nevyužívá	
Experimentální	3	6	-	9
Kontrolní	-	1	4	5

Nejenom při provádění ranní hygieny, ale v průběhu celého pozorování bylo sledováno, jakým způsobem studentky manipulují s pacienty. Bylo zjištěno, že některé studentky z kontrolní skupiny ještě neměly příležitost se setkat s vhodným způsobem manipulace s imobilními pacienty, a proto bylo patrné, že některé opomíjely využít sil nemocného, které by přispěly k jeho snadnější manipulaci nebo nedostatečně využívaly pomůcky doplňující lůžko. Základní pravidla kinestetické manipulace byla využívána především při posazování pacienta se spuštěnými dolními končetinami z lůžka a rovněž při jeho vertikalizaci. Velmi pozitivním zjištěním bylo, že značná část studentek z experimentální skupiny před manipulací s pacientem využívala iniciální dotek s následným podáním informací zaměřených na způsob, kterým bude změna polohy provedena. V průběhu polohování a přemisťování pacientů bylo pozorováno, zda studentky nezapomínají dbát na jejich, ale i svou bezpečnost, což znamenalo využití dostatečného počtu osob při manipulaci s nemocným a správné využívání

bezpečnostních zábran. Tabulky číslo čtyři a pět znázorňují, do jaké míry došlo u sledovaných skupin studentek k využívání základů kinestetiky, bazální stimulace při manipulaci s nemocnými a také jak během manipulace s pacienty komunikovaly a dbaly na jejich bezpečnost.

Tabulka č. 4 Využití kinestetiky, bazální stimulace, efektivní komunikace a dbání na bezpečnost pacientů u experimentální skupiny

Sledované aspekty	Student									Celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Iniciální dotek	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Kinestetika	X	-	X	X	X	-	-	X	X	6
Efektivní komunikace	X	X	-	X	X	X	X	-	X	7
Neefektivní komunikace	-	-	X	-	-	-	-	X	-	2
Bezpečnost pacienta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9

Tabulka č. 5 Využití kinestetiky, bazální stimulace, efektivní komunikace a dbání na bezpečnost pacientů u kontrolní skupiny

Sledované aspekty	Student					Celkem
	1	2	3	4	5	
Iniciální dotek	-	-	-	-	-	0
Kinestetika	-	-	-	-	-	0
Efektivní komunikace	-	X	-	X	X	3
Neefektivní komunikace	X	-	X	-	-	2
Bezpečnost pacienta	X	X	X	-	X	4

Značná část výzkumné fáze pozorování byla orientována na komunikační dovednosti pozorovaných a to nejen při kontaktu s nemocnými, ale také během provádění odborných výkonů. V průběhu celé rozšířené praktické přípravy byly studentky vedeny tak, aby zvládaly efektivně komunikovat s pacienty a vyvarovaly se prvků neefektivní komunikace, především elderspeaku, který bývá při komunikaci se seniory často používán. Sledováním bylo zjištěno, že některé studentky efektivní komunikaci zvládají velice dobře, dovedou individuálně přistupovat k pacientům a vhodně volit komunikační styl. Studentky také zvládaly pacientům naslouchat, nevstupovaly do jejich řeči a patrný u nich byl rovněž empatický přístup. Oproti tomu jiným studentkám činila komunikace s pacienty nemalý problém. Některé s nemocnými komunikovaly pouze při provádění odborných výkonů a jejich komunikace byla omezena na podání informací o právě prováděném výkonu. K opomíjení komunikace docházelo často při ranní hygieně imobilního pacienta, kdy studentky nevhodně diskutovaly mezi sebou například o způsobu polohování nemocného nebo také o pomůckách, které si k výkonu zapomněly připravit. Nezřídka si také studentky zcela neuvědomovaly, že ostatní pacienti jejich konverzaci vnímají, a docházelo k nevhodným komentářům například při přihlížení převazování nekrotické rány, nebo při hodnocení vlastních výkonů na chodbě oddělení. V některých případech, často při péči o méně komunikativního pacienta, docházelo k situacím, kdy studentky s nemocnými nekomunikovaly vůbec. V nemalé části se také při komunikaci vyskytovaly jisté prvky elderspeaku a jednalo se hlavně o výskyt využívání zpomaleného řečového tempa a zvýšeného tónu hlasu u pacientů, kteří se sluchem žádné potíže neměli. Dalo by se tedy říci, že komunikační styl nebyl přizpůsoben individuálním potřebám hospitalizovaných pacientů. Při konverzaci byly mnohdy nevhodně využívány zdrobněliny a zajímavé bylo, že tento komunikační přístup se v největší míře vyskytoval při ranní hygieně a při dopomoci nemocným se stravováním. Pozitivně lze hodnotit skutečnost, že se během pozorování vůbec nevyskytla situace, kdy by studentky pacienty nevhodně oslovovaly. V průběhu odborné praxe se přístup některých studentek k pacientům zlepšoval, co však ze své komunikace nedokázaly odstranit, bylo právě časté užívání zdrobnělin. Co se týká neverbální komunikace

studentek, pak z pozorování vyplynulo, že některé studentky v jistých okamžicích nedokázaly ovládat své neverbální komunikační projevy, kterými byly hlavně nevhodné pohledy či gesta při sledování převazování chronických ran nebo po dobu vykonávání hygieny imobilního pacienta. V následující tabulce, tabulce číslo šest jsou studentky obou pozorovaných skupin rozděleny do několika kategorií. Do kategorie A byly zařazeny ty studentky, které pacienty předem informovaly o činnosti, kterou budou vykonávat, vyzývaly pacienty ke spolupráci, byly empatické, zvládaly naslouchat, efektivně komunikovaly během ošetřovatelských výkonů a nevyskytovaly se u nich prvky elderspeaku. Kategorii B tvořily studentky, které s pacienty dostatečně komunikovaly, informovaly o prováděných činnostech, byly empatické, zvládaly pacientům naslouchat, ale při komunikaci nevhodně využívaly zdrobněliny či jiné prvky elderspeaku. Studentky, jejichž komunikace byla omezena pouze na upozornění o provedení ošetřovatelského výkonu, byly zařazeny do kategorie C a do poslední kategorie, tedy kategorie D, spadaly studentky, které s pacienty nekomunikovaly téměř vůbec, a pokud ano, tak nevhodnou formou.

Tabulka č. 6 Efektivní komunikace

Pozorované skupiny	Kategorie				Celkem
	A	B	C	D	
Experimentální	4	4	1	-	9
Kontrolní	1	-	3	1	5

Jedním z dalších sledovaných výkonů bylo měření krevního tlaku klasickou, auskultační metodou, kdy bylo pozorováno, zda studentky tento výkon zvládnou samostatně. Hodnoceno bylo správné umístění manžety tonometru, vyhodnocení hodnoty krevního tlaku a také povědomí o nezbytnosti zápisu zjištěné hodnoty do dokumentace pacienta. Některé studentky se přikláněly k měření krevního tlaku digitálním tonometrem, argumentovaly, že auskultační metodu neměly možnost si v rámci výuky dostatečně procvičit, a domnívaly se, že této metody se již v praxi

nevyužívá. I přes tento fakt bylo pozorování měření krevního tlaku pomocí tonometru a fonendoskopu provedeno u všech sledovaných studentek a výsledkem bylo zjištění, že studentky z kontrolní skupiny mnohdy nedokázaly samostatně ani přiložit manžetu tonometru na horní končetinu, nezvládaly manipulaci s nafukovacím balkonkem a měly problémy s vymezením naměřených hodnot. Studentky ze skupiny, které pravidelně docházely na rozšířenou praktickou výuku, zvládaly ve většině případů přiložit manžetu na správné místo, uměly celkově manipulovat s tonometrem, avšak nemalá část měla s vyhodnocováním hodnot krevního tlaku také problémy, což dokládá tabulka číslo sedm.

Tabulka č. 7 Měření krevního tlaku

Sledované skupiny	Pozorované aspekty		
	Přiložení manžety	Stanovení hodnoty	Zápis hodnoty
Experimentální	8	5	4
Kontrolní	2	2	2

Aplikace subkutánních injekcí byl sledovaný výkon, u kterého bylo pozorováno opět více aspektů. V prvé řadě se jednalo o samostatnost studentky při přípravě léku, provedení trojí kontroly, aseptický postup přípravy léku a vhodné označení injekce štítkem se správnými údaji o pacientovi. Během přípravy léku byla nejčastěji zaznamenána nesamostatnost některých studentek především z kontrolní skupiny, které potřebovaly přímé vedení sestry mentorky nebo pedagogického pracovníka Jihočeské univerzity, který byl se studenty na odborné praxi po dobu prvních dvou týdnů. V některých případech se objevovala nedostatečná příprava pomůcek k přípravě léku, kterým byl nejčastěji inzulin. U jedné studentky došlo k natažení chybného množství inzulinu, jelikož nevhodně vyhodnotila typ inzulinové stříkačky. Opakovaně studentky opomíjely provádět kontrolu připravovaného léku dle dokumentace, což ale nelze považovat za jejich pochybení, neboť jednotlivé štítky s potřebnými informacemi

k přípravě léku byly na odděleních předem připraveny sloužícími sestrami. Vždy bylo dodržováno, že tentýž student, který lék připravoval, jej zároveň pacientovi aplikoval.

Samostatná příprava pomůcek k aplikaci byla taktéž předmětem pozorování stejně jako informovanost pacienta, správný postup aplikace, technika vpichu a také vhodná a efektivní komunikace s nemocným. Co se týká přípravy pomůcek, bylo zjištěno, že některé studentky nedokázaly samostatně připravit pomůcky k aplikaci a bylo nutné je na některé chybějící pomůcky upozornit. Po vstupu na pokoj a identifikaci pacienta byl kladně hodnocen přístup těch studentek, které informovaly pacienta o aplikace injekce a které zjišťovaly předchozí místo vpichu. Právě na správnou volbu místa vpichu bylo pozorování také zaměřeno. Většina studentek v tomto směru neměla problém, ale objevily se i studentky, kterým muselo být místo vpichu naznačeno dohlížející sestrou. Při sledování správného postupu došlo u dvou studentek k opomenutí dezinfekce místa vpichu, což si samostatně neuvědomily, a musely na tuto chybu být upozorněny sestrou mentorkou. Po správné volbě a dezinfekci místa vpichu studentky s technikou vpichu neměly žádné výrazné obtíže, což se již nedá říci o způsobu aplikace. Některé studentky opomíjely před vlastní aplikací aspirovat, aby se přesvědčily, že lék nebudou aplikovat do krevního řečiště, a některé zapomněly v průběhu aplikace pustit kožní řasu. Studentky se během výkonu snažily s pacienty vhodně komunikovat a některé jim po aplikaci inzulínu připomínaly nezbytnost příjmu potravy. U několika sledovaných studentek však docházelo k nevhodné komunikaci, která byla zaměřená na jejich vlastní pocity strachu a upozornění pacienta na to, že se jedná o její první zkušenosti s injekční aplikací léku. Při provádění tohoto odborného výkonu studentky nejčastěji chybovaly ve způsobu aplikace a nevhodné komunikaci. Některé chyby si studentky uvědomovaly samy ještě během samotného výkonu, na komunikační chyby byly upozorněny odpovědným pracovníkem, ale objevovaly se i studentky, které si své nedostatky neuvědomovaly a na konkrétní chyby musely být upozorněny a správný postup jim musel být teoreticky připomenut a prakticky předveden. Tabulka číslo osm a devět umožňuje komplexní porovnání pracovního postupu experimentální a kontrolní skupiny při aplikaci subkutánní injekce.

Tabulka č. 8 Subkutánní injekce – experimentální skupina

Sledované aspekty	Studenti									Celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Samostatná příprava	-	X	X	X	X	X	X	-	X	7
Správná technika vpichu	X	X	X	X	X	X	-	-	X	7
Efektivní komunikace	X	X	-	X	X	X	X	X	X	8
Neefektivní komunikace	-	-	X	-	-	-	-	-	-	1

Tabulka č. 9 Subkutánní injekce – kontrolní skupina

Sledované aspekty	Studenti					Celkem
	1	2	3	4	5	
Samostatná příprava	-	-	X	-	X	2
Správná technika vpichu	X	X	-	-	-	2
Efektivní komunikace	-	X	-	-	X	2
Neefektivní komunikace	X	-	X	X	-	3

V průběhu pozorování byla sledována a hodnocena i vlastní identifikace případných chyb, kterých se studentky při ošetřovatelských činnostech dopouštěly. Ty studentky, které si případné vlastní pochybení uvědomily již v průběhu výkonu a těchto chyb se při další příležitosti dokázaly vyvarovat, jsou v tabulce číslo deset zařazeny do kategorie A. Druhou kategorii B tvořily takové studentky, které po upozornění na provedení nesprávného postupu zvládaly jednotlivé chyby označit a odůvodnit správný způsob

postupu. Studentky, které si své nedostatky neuvědomovaly a musel jim být správný postup připomenut a prakticky předveden, byly zařazeny do kategorie C.

Tabulka č. 10 Identifikace vlastních chyb -sebereflexe

Pozorované skupiny	Sebereflexe			Celkem
	A	B	C	
Experimentální	6	2	1	9
Kontrolní	-	2	3	5

Jedním z dalších aspektů pozorování v prvních deseti dnech odborné praxe byl přístup studentek k pracovní činnosti a jejich celková aktivita na oddělení následné péče. Zpočátku se téměř všechny studentky chovaly rozpačitě. Některé často nepracovaly samostatně a snažily se vyhledávat přítomnost studentů z řad zdravotnických asistentů, které vnímaly jako zkušenější a byli pro ně jakousi oporou. Avšak již druhý den odborné praxe se vyskytovaly situace, z kterých bylo patrné, že se v některých případech role vyměnily. Část studentek pracovala samostatněji, k čemuž do značné míry přispívaly získané zkušenosti s časovým harmonogramem chodu oddělení. Docházelo k aktivnímu vyhledávání pracovní činnosti studentkami a také se značně zlepšoval jejich celkový přístup k pacientům. Některé ve větší míře s nemocnými komunikovaly, což jim umožnilo lépe rozpoznávat a uspokojovat jejich potřeby. I když co se týká prvků neefektivní komunikace, tak ty se v komunikaci s pacienty objevovaly stále, a to hlavně ve formě nevhodného užívání zdrobnělin. V otázkách jednotlivých ošetřovatelských výkonů docházelo také u značné části studentek ke zlepšení a eliminaci případných předchozích chyb. Naopak na oddělení byly i takové studentky, které stále vyžadovaly spolupráci svých spolužáků, obtížně se osamostatňovaly a některým výkonům se po předchozích chybách snažily vyhýbat a dávaly přednost těm, kteří o jejich provedení projevovali aktivní zájem. Takové studentky přenechávaly i komunikační iniciativu svým komunikativnějším spolužákům a objevovala se i skutečnost, že se svými zkušenějšími spolužáky nechaly do jisté míry

vést a plnily jejich příkazy. Co se týká aktivity studentů v průběhu odpolední směn, pak bylo zjištěno, že tyto studentky měly někdy potíže s odborným dohledem při vykonávání ošetřovatelských činností. Příčinou toho byl především fakt, že v odpoledních hodinách neměly k odborným výkonům tolik příležitostí, a také to, že v těchto směnách již na oddělení není přítomna ani sestra mentorka či pedagogický pracovník katedry, který v ranních směnách částečně zajišťoval vedení studentů. Oproti tomu lze říci, že v odpoledních směnách byly studentky aktivnější v komunikaci s pacienty, neboť jí vyplňovaly případný volný čas, a docházelo tak k posilování důvěrného vztahu mezi studentkami a pacienty. Tabulka číslo jedenáct uvádí přístup studentů k pracovním činnostem, přičemž do kategorie A byly zařazeny ty, které svou činnost aktivně vyhledávaly a pracovaly samostatně. Do druhé kategorie, tedy kategorie B, patřily studentky, které se nechaly vést některým ze zdravotnických asistentů a ke svým činnostem nepřistupovaly příliš aktivně. V kategorii C jsou studentky, které se jednotlivým výkonům snažily vyhýbat nebo k nim musely být přímo vedeny pedagogickým dohledem či sestrou mentorkou.

Tabulka č. 11 Aktivita studentek na odborné praxi

Pozorované skupiny	Aktivita studentek			Celkem
	A	B	C	
Experimentální	7	2	-	9
Kontrolní	-	3	2	5

Do výzkumné fáze pozorování byly zařazeny také některé odborné ošetřovatelské činnosti, na které byla zaměřena rozšířená praktická příprava, avšak nebyla příležitost tyto výkony během prvních deseti dnů přímo pozorovat. Jednalo se především o katetrizaci močového měchýře ženy, aplikaci klyzmatu či aplikaci intramuskulární injekce. Tyto výkony měly některé studentky z experimentální skupiny možnost si vyzkoušet, ovšem nikoliv za přímého pozorování. Zkušenosti studentek s těmito výkony

byly následně rozebrány v posledních rozhovorech, které byly uskutečňovány se studentkami experimentální i kontrolní skupiny v závěru pozorovací fáze výzkumu.

4.5 Analýza rozhovorů experimentální skupiny zaměřených na vliv rozšířené praktické přípravy

V závěru pozorování bylo v rozhovorech se studentkami z experimentální skupiny zjišťováno, jaký vliv měla rozšířená praktická příprava na jejich působení na odděleních následné péče [Příloha 4]. Konkrétně byly rozhovory zaměřeny na subjektivní pocity studentek, na sebehodnocení a také na prvky rozšířené praktické přípravy, které dle jejich názoru byly přínosné a došlo k jejich využití v praxi. Studentky měly v rozhovorech možnost na základě dosavadních zkušeností uvést výkony nebo činnosti, o které by případně rozšířenou praktickou přípravu obohatily, a také případné vlastní negativní zkušenosti z probíhající odborné praxe.

V první otázce rozhovoru studentky reagovaly na dotaz **zaměřený na jejich subjektivní pocity** v prvních dnech odborné praxe. Studentky označovaly své pocity z počátku jako *rozpačité,* ale nikoliv zcela negativní, v některých případech byly samy překvapeny, že míra strachu nedosahuje také výše, jak původně předpokládaly (R2,R8). Příčinou mírného pocitu strachu nebo obav spatřovaly některé studentky v *prvním kontaktu* s nemocničním *prostředím* (R1,R4,R7), jiné v *komunikaci s pacienty*, jelikož nedokázaly odhadnout jejich reakci na přítomnost a poskytování péče studenty (R1,R3,R4,R9). Poměrně často se objevoval popisovaný nedobrý pocit ze *spolupráce* studentů *s ošetřovatelským týmem a lékaři*, který do jisté míry vycházel jednak z respektu profesionálních pracovníků, ale také z možnosti negativního hodnocení studenek ze strany sester právě pro jejich minimální zkušenosti, nervozitu a případné pomalé pracovní tempo (R1,R3,R4,R5,R6,R7,R8). Studentky však vypovídaly, že negativní emoce z komunikace s personálem oddělení rychle opadl, neboť velmi často docházelo k vlídnému přijetí studentů na oddělení (R2,R4,R5,R6,R7) a zároveň k jejich efektivnímu vedení jak sestrou mentorkou, tak pedagogickým pracovníkem, jehož přítomnost studentky v prvních deseti dnech velmi kladně hodnotily (R4,R5,R8). Z rozhovorů také vyplynulo, že míra *strachu* studentů z jednotlivých *ošetřovatelských*

výkonů byla dle jejich slov *minimální,* neměly problém si jednotlivé výkony vyzkoušet hned z počátku odborné praxe a své výkony brzy považovaly za téměř shodné s výkony zdravotnických asistentů (R2,R6,R7,R9). Pozitivní emoce souvisely především s ověřením vlastních praktických dovedností v praxi, studentky měly ze svých výkonů radost a kladně hodnotily vlastní přístup k odborným činnostem, což bylo základem pro pozorovatelný vlastní profesionální růst (R3,R5,R7).

Vyjadřovat se studentky mohly rovněž k některým aspektům, které na ně v prvních dnech působily překvapujícím dojmem. Častou odpovědí bylo překvapení z patrných *odlišností* při poskytování ošetřovatelské péče profesionálními sestrami, kdy studentky hodnotily jejich přístup jako neadekvátní ke stavu pacientů. Rozdíly studentky vnímaly i v postupech některých ošetřovatelských výkonů, které nebyly ve shodě s jejich naučeným a správným postupem dle aktuální dostupné literatury (R1,R2,R4,R8). Na některé studentky tento fakt působil *motivačně*, neboť si kladly za cíl postupovat vždy podle platných a správných postupů a chtěly se do budoucna podobného, ne příliš vhodného přístupu vyvarovat (R1,R5). V některých případech byly studentky překvapeny z počtu a skladby pacientů na oddělení následné péče v poměru k počtu sloužícího personálu (R5,R9). V pozitivním slova smyslu byly některé dotazované studentky překvapeny z *vlastních* praktických dovedností a z přístupu k odborným ošetřovatelským výkonům (R6,R7,R9).

Odpovědi na otázku, která byla zaměřena na vliv rozšířené praktické přípravy na činnost a pocity studentů v prvních deseti dnech odborné praxe, se objevovaly velmi rozmanité odpovědi, avšak veškeré měly pozitivní charakter. Dle studentek existovalo několik oblastí, ve kterých se pozitivní vliv této přípravy projevil. Všechny studentky především díky kvalitnější přípravě z hlediska množství času na opakované procvičování odborných výkonů popisovaly *zmírnění pocitu strachu* z mnoha aspektů. Konkrétně docházelo ke snížení obav například z *prvního kontaktu* s nemocnými (R1,R2,R4,R6) nebo z *komunikace* se seniory, protože díky přípravě studentky udávaly, že dokázaly lépe komunikovat s pacienty vzhledem ke znalostem o neefektivních prvcích komunikace, kterých se dokázaly vyvarovat (R1,R2,R7,R9), v odpovědích se

také objevilo uvědomění studentky, týkající se důležitosti naslouchání a projevu empatie (R6). U většiny se dle jejich slov vliv rozšířené přípravy promítl do *posílení sebevědomí* a *sebejistoty*, což jej pozitivně motivovalo v přístupu k odborným činnostem (R2,R3,R4,R6,R7,R8,R9), a tato skutečnost měla následný vliv na zmírnění nervozity (R4), posílení *samostatnosti* (R1,R3,R5,R7) a na *aktivní přístup* v péči o pacienty (R5,R7). V neposlední řadě studentky udávaly rovněž zdokonalení vlastní *manuální zručnosti* (R4,R5,R8).

V závěrečných rozhovorech také studentky odpovídaly na otázku, **zda již využily některé znalosti či dovednosti,** které byly předmětem rozšířené praktické přípravy. Část studentek uváděla hlavně posílení v oblasti *přípravy pomůcek* k ošetřovatelským výkonům (R4,R5), ale objevovaly se také odpovědi související s využitím způsobu *polohování* a *manipulace* s pacientem, ať už při celkové ranní hygieně nebo v rámci prevence proleženin (R2,R3,R5,R7,R8). Všechny studentky, které absolvovaly rozšířenou praktickou přípravu, vypověděly, že při navazování kontaktu s nemocným využívají *iniciální dotek,* a některé dokonce základní prvky bazální stimulace dokázaly aplikovat v průběhu provádění celkové hygieny méně orientovaných imobilních pacientů (R2,R3,R6,R8). Vzhledem k možnosti opakovaného procvičování ošetřovatelských výkonů v průběhu rozšířené přípravy a také díky jejímu vlivu na sebevědomí studentek docházelo k využívání jistých praktických dovedností spojených s odbornými výkony. Nejčastěji studentky vnímaly vliv rozšířené přípravy při *aplikaci injekcí* (R3,R4,R5), *auskultačním* měření krevního tlaku (R1-R9) a také při *vyjmutí a péči* o zubní protézu (R7). Dvěma dotazovaným studentkám (R2,R8) se během prvních dvou týdnů odborné praxe naskytla příležitost zavést permanentní močový katétr ženě a obě tuto možnost využily, přičemž uváděly, že bez rozšířené praktické přípravy by na tento výkon neměly dostatečné množství praktických dovedností a tudíž ani odvahu. Právě díky značnému množství pozitivního vlivu rozšířené přípravy byly studentky v rozhovorech vyzvány, aby označily oblasti, na které dle jejich názoru měla tato příprava největší vliv. Odpovědi jednotlivých dotazovaných jsou zaznamenány ve shrnující tabulce číslo dvanáct.

Tabulka č. 12 Největší přínos rozšířené praktické přípravy

Uváděné oblasti	Studenti									Celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Odborné výkony	X	-	X	X	-	X	-	X	X	6
Komunikační dovednosti	X	X	X	X	-	X	X	-	-	6
Manuální zručnost	-	-	-	X	X	-	-	X	-	3
Manipulace s nemocnými	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Samostatnost studenta	X	X	X	-	X	-	X	-	-	5

Přestože studentky vnímaly rozšířenou praktickou přípravu jako velmi pozitivní a přínosnou pro mnoho oblastí, z rozhovorů s nimi bylo patrné, že by uvítaly její obohacení o některá další témata, která by dle jejich mínění bylo vhodné zařadit do teoreticko praktické přípravy před odbornou praxí. Studentky bez středoškolského zdravotnického vzdělání vnímaly v porovnání se zdravotnickými asistenty v některých oblastech nedokonalou teoretickou připravenost, neboť jistá témata nejsou do výuky před odbornou praxí vůbec zařazena. Z následující tabulky číslo třináct je zřejmé, že nejčastěji uváděným tématem bylo *převazování ran*, protože studentky zastávaly názor, že s tímto výkonem se během svého dosavadního působení na oddělení setkávaly poměrně často, byl pro ně zajímavý a ve srovnání se zdravotnickými asistenty, byly jejich dosavadní znalosti v tomto směru *nedostačující,* a proto by uvítaly, kdyby v této oblasti mohly být více připravené. Další uváděnou oblastí, ve které studentky vnímaly svou nedostatečnou připravenost, byla práce s *dokumentací*. Domnívaly se, že by pro ně mohlo být přínosné, kdyby během výuky měly větší příležitost se s používanou dokumentací lépe seznámit.

Tabulka č. 13 Navrhovaná témata k rozšíření rozšířené praktické přípravy

Navrhovaná témata	Studenti									Celkem
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Infuze	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Převazování ran	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Elektrokardiografie	-	-	-	-	-	-	-	X	-	1
Práce s dokumentací	-	-	X	X	-	-	-	-	-	2

Poslední otázka tohoto rozhovoru se týkala **sebehodnocení studentek neboli jejich vlastní sebereflexe.** Studentky měly možnost vyjádřit vlastní hodnocení týkající se přístupu k pacientům, komunikace s ošetřovatelským personálem, celkového přístupu k pracovním činnostem, ale taktéž mohly uvést případné negativní zkušenosti či pocity související s odbornou praxí. Většina svůj celkový přístup označovala za *aktivní, iniciativní* (R2,R5,R6,R8,R9), *srovnatelný,* nebo dokonce *lepší* než byl přístup některých zdravotnických asistentů (R4,R7). Studentky si byly vědomé svých chyb, kterých se dopouštěly v prvních dnech svého působení na oddělení, které spojovaly s nedostatečnou přípravou pomůcek k ošetřovatelským výkonům (R1,R8) nebo se svými komunikačními dovednostmi (R4,R9). Tyto negativně hodnocené aspekty se studentky snažily eliminovat, uváděly, že *vítaly případné upozornění* pedagoga či sestry mentorky na jejich nevhodné postupy (R1,R2). Přes vlastní chyby, které studentky samostatně označovaly, se při své práci snažily o individuální přístup k pacientům (R1) a naslouchání (R6), o zachování správných postupů během provádění jednotlivých výkonů (R3) a neměly strach klást případné doplňující otázky ošetřovatelskému personálu (R2). V průběhu odborné praxe se snažily o vlastní maximálně možnou samostatnost (R3,R6,R7) při péči o nemocné a měly dobrý pocit z vlastního *zdokonalování* (R2,R5,R8,R9). Některé studentky popisovaly i své *negativní* zkušenosti, které souvisely především s *odpoledními směnami* na oddělení, kdy díky nepřítomnosti

sestry mentorky nebo pedagogického dohledu nebylo zajištěno tak kvalitní vedení studentů, jako tomu bylo v ranních směnách (R3,R4), odpoledních směnách také dle jedné studentky docházelo díky vyššímu počtu studentů na oddělení k nižším příležitostem procvičování odborných výkonů (R8). Jedna z dotazovaných studentek negativně hodnotila spolupráci se zdravotními asistenty, kteří v některých případech nevhodně komunikovali s pacienty a jejich péče nebyla zajišťována dle platných ošetřovatelských postupů (R3).

4.6 Analýza rozhovorů se studentkami kontrolní skupiny

Po prvních dvou týdnech odborné praxe byly realizovány také rozhovory se studentkami, které v rámci přípravy na odbornou praxi nevyužily možnost rozšířené praktické přípravy [Příloha 5], a tudíž na praxi využívaly pouze znalosti a dovednosti získané v předmětu ošetřovatelské postupy. Pět studentek z kontrolní skupiny se vyjadřovalo k otázkám, které se týkaly **jejich pocitů z prvních deseti dnů na oddělení následné péče a také jejich sebehodnocení.**

Své pocity z prvních deseti dnů odborné praxe označovaly tyto studentky jako *smíšené.* Jednak se *těšily* na to, až jim bude umožněno *aplikovat* své dosavadní znalosti a *dovednosti v praxi* (R3,R5), ale zároveň uváděly značné pocity *strachu,* jehož hlavní příčinu spatřovaly v *nedokonalé* připravenosti a to díky nízkému počtu kontaktních hodin ošetřovatelských postupů, ve kterých neměly možnost si jednotlivé výkony dostatečně procvičit (R1,R3,R4,R5). Pocity strachu dávaly v rozhovorech studentky do souvislosti s navazováním *prvního kontaktu* s pacienty (R1,R3,R4), protože přesně nevěděly, jak k nemocným přistupovat a do jisté míry se obávaly jejich reakcí. Studentky rovněž uváděly jisté komunikační potíže při navazování kontaktu a spolupráce s ošetřovatelským personálem, jelikož před ním měly nemalý respekt a bály se z jejich strany případného negativního hodnocení (R1,R3,R4). Ovšem strach nevyplýval pouze z komunikačních dovedností studentek, ale také z provádění *odborných výkonů* (R1,R2,R3,R5). Jedna studentka dokonce uvedla, že existují výkony, jejichž provedení by během prvních dvou týdnů praxe odmítla, a mezi tyto výkony zařazovala katetrizaci močového měchýře nebo aplikaci klyzmatu (R2). Tabulka číslo

čtrnáct souhrnně uvádí jednotlivé aspekty, které studentky kontrolní skupiny označovaly za příčiny vyvolávající pocit strachu či obav. Tyto pocity, dle dotazovaných, zmírňovala možnost spolupráce se *zkušenějšími* studenty, kterými se studentky bez středoškolského zdravotnického vzdělání nechaly ve svých činnostech vést (R1,R2,R4,R5). Pozitivně také hodnotily přístup sestry mentorky a pedagogického pracovníka, který zajišťoval vedení studentů v ranních směnách (R1,R3,R4).

Tabulka č. 14 Příčiny strachu studentek kontrolní skupiny

Příčiny	Student					Celkem
	1	2	3	4	5	
První kontakt s pacientem	X	-	X	X	-	3
Komunikace s personálem oddělení	X	-	X	X	-	3
Ošetřovatelské výkony	X	X	X	-	X	4

Studentky také odpovídaly na otázku, zda se v prvních dnech odborné praxe **setkaly s něčím, co na ně působilo překvapujícím dojmem.** Jedna z dotazovaných studentek byla překvapena vysokým *počtem pacientů* na oddělení a *prostředím,* které si představovala moderněji (R1), jinou překvapil vysoký *počet studentů* na oddělení (R3) a některé byly překvapené mírou problému, který pro ně představovala *komunikace* a *manipulace* s pacienty (R2,R4,R5). Za překvapující považovala jedna studentka fakt, že od prvních dní byly vedeny k provádění ošetřovatelských výkonů, neboť se domnívala, že jim budou tyto výkony nejprve *reálně předvedeny* v praxi a teprve následně jej budou studenti provádět samostatně (R2).

V poslední otázce se studentky měly vyjádřit k **hodnocení vlastní aktivity a samostatnosti při práci** na oddělení. Pouze *jedna* studentka uváděla, že se snaží být samostatná a přistupovat ke svým činnostem *aktivně* a *iniciativně* (R2). Zbylé dotazované studentky si svou nesamostatnost *uvědomovaly* (R1,R4,R5) a zároveň uváděly, že během prvních dvou týdnů praxe raději sledovaly, jak odborné výkony

provádějí ostatní studentky, braly na vědomí jejich případné nedostatky a teprve následně jednotlivé výkony prováděly *samostatně* (R1,R3,R4)

5 DISKUZE

Z historického pohledu procházelo ošetřovatelství stejně jako sesterská profese složitým vývojem a značným množstvím změn. Změny se dotýkaly mnoha oblastí od postavení sestry ve společnosti, rolí sestry, až po systém vzdělávání. Na prvopočátku se pouze předávaly zkušenosti z generace na generaci, následně docházelo k rozmachu zřizování ošetřovatelských škol a v padesátých letech minulého století se na povolání sestry připravovala sociálně nezralá mládež na středních zdravotnických školách. K transformaci vzdělávání všeobecných sester došlo na přelomu dvacátého a jedenadvacátého století s cílem zajistit vyšší úrovně poskytované péče. Od roku 2004 se na středních zdravotnických školách připravují studenti v oboru zdravotnický asistent, kteří studium zakončují maturitou a musejí pracovat pod přímým dohledem lékaře nebo všeobecné sestry. Od téhož roku je příprava všeobecných sester realizována pouze na vyšších odborných či vysokých školách. Jednou z hlavních podmínek přijetí k bakalářskému studiu oboru Všeobecná sestra je maturitou ukončené jakékoliv středoškolské vzdělání. Následkem této skutečnosti dochází k situaci, ve které se v prvním ročníku oboru Všeobecná sestra setkávají studenti s ukončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním společně s absolventy jakýchkoliv jiných středních škol. Právě na studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání je zaměřena tato diplomová práce a to konkrétně na jejich praktickou přípravu před první odbornou praxí a možnosti jejího zkvalitnění.

Studentky bez středoškolského zdravotnického vzdělání musely v relativně krátkém časovém období v rámci přípravy na odbornou praxi pojmout značné množství učiva, které pro ně bylo zcela nové. V teoreticko praktických předmětech byly studentky vedeny k holistickému vnímání pacienta, k rozpoznávání individuálních potřeb jedince, byly seznamovány s komunikačními zásadami a především připravovány na provádění odborných výkonů. Z rozhovorů prováděných s těmito studentkami v době před jejich první ošetřovatelskou praxí bylo znatelné, že odborná praxe v nich vyvolávala převážně negativní pocity. Tyto pocity označovaly studentky jako strach, který pramenil hned z několika příčin. Na jedné straně hrála nemalý vliv dosavadní minimální zkušenost s poskytováním ošetřovatelské péče a s nemocničním

prostředím a na straně druhé svou roli sehrával i pocit nedostatečné připravenosti k provádění odborných výkonů (R2,R3,R6,R8) a komunikaci s nemocnými či ošetřovatelským personálem. Předmět ošetřovatelské postupy je jedním ze stěžejních předmětů přípravy studentů k ošetřovatelským činnostem, v jehož sylabu je uvedeno, že se jedná o předmět praktický, který studentům umožní získat manuální zručnost a jistotu při provádění ošetřovatelských činností. Navzdory těmto uváděným faktům studentky vypovídaly, že dle jejich názoru je stanovená hodinová dotace tohoto předmětu velmi nízká (R1-R9) a právě díky tomu pak v kontaktních hodinách ošetřovatelských postupů převažoval teoretický výklad nad možností praktického nácviku jednotlivých odborných výkonů (R1,R2,R3,R5,R6,R7,R9). Nedostatečná příležitost pro opakovaný nácvik ošetřovatelských činností se přirozeně promítala do negativních pocitů a očekávání z vlastního počínání na nadcházející odborné praxi. Obavy studentek však nevycházely pouze z ošetřovatelských výkonů, ale rovněž z vlastních komunikačních dovedností. V rozhovorech se objevovaly i názory, které také nejsou v úplné shodě jednak se sylabem předmětu komunikace Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, ale ani se neshodují s vyhláškou 129/2010 Sb., kde je uvedeno, že předmět komunikace tvoří základ profesionálních dovedností při navazování důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem. Tento předmět by měl také studenty připravit na efektivní komunikaci s rodinnými příslušníky nemocného a také s ošetřovatelským personálem. Přestože předmět komunikace má v letním semestru pokračování, které je zaměřené na specifika komunikace s jedinci s různým typem onemocnění, domníváme se, že by bylo vhodné část výuky v zimním semestru věnovat specifikám komunikace se seniory a také vhodným komunikačním prvkům při navazování prvního kontaktu s nemocnými. Takový přístup by mohl mít za následek snížení pocitu strachu, který, jak uvádí odborná pedagogická literatura, je považován za nejsilnější negativní motivaci, a myslím si, že je nezbytné řízeným vzdělávacím procesem v ošetřovatelství strach studentů eliminovat na co možná nejnižší stupeň a to již od počátku jejich vzdělávání.

Náplní vzdělávání v ošetřovatelství je osvojení a rozvoj profesionálních hodnot, k čemuž je nutná vůle vzdělávat se. Tato vůle by měla být neustále podněcována

prostřednictvím výchovně vzdělávacího procesu, který by měl studenty pozitivně motivovat a podporovat jejich zaujetí pro službu druhým lidem. Vzhledem k nízké dotaci hodin předmětu ošetřovatelských postupů, jeho rozsáhlému obsahu a skutečnosti, že se v prvním ročníku setkávají studenti s různým typem zakončených středních škol, je tento vzdělávací cíl podle mého názoru obtížně splnitelný. Díky těmto zjištěným faktům byla studentkám nabídnuta možnost zúčastnit se ve svém volném čase rozšířené praktické přípravy zaměřené především na praktický nácvik péče o pacienta, odborných ošetřovatelských výkonů, komunikaci se seniory a navazování důvěrného vztahu s nemocnými. Tímto přístupem docházelo k hledání odpovědi na výzkumnou otázku, *jaká je možnost realizace rozšířené praktické přípravy studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra před nástupem na první odbornou praxi.* Rozšířená praktická příprava byla realizována v období od října do konce listopadu roku 2013, byla rozdělena do sedmi setkání (tab. 1), která se konala v odborných učebnách přibližně jedenkrát v týdnu minimálně po dobu tří hodin. Přestože se jednalo o volný čas, který mohly studentky věnovat jiným aktivitám, byl o tato setkání ze strany studentek značný zájem. Tříhodinové bloky byly vždy rozděleny do několika částí zaměřených na demonstraci odborných výkonů a jejich opakovaný a samostatný nácvik. V závěru býval vymezený prostor pro diskuzi, praktické rady a celkové shrnutí. Během diskuzí se studentkami mne překvapilo, že některé z ošetřovatelských výkonů byly studentkám vyučujícími vyloženy rozdílně, což vnášelo studentkám do učiva nejasnosti, které měly nemalý vliv na jejich nejisté počínání při práci. Dle našeho názoru by pro studenty bylo efektivnější, kdyby učivo bylo vyučujícími vysvětlováno shodně, jelikož i v dostupné legislativě je zaneseno, že veškeré ošetřovatelské postupy musejí být vykládány ve shodě s nejnovějšími vědeckými poznatky. Opakovaně jsme se také setkali s tím, že některé výkony mají studentky technicky zvládnuté adekvátně ke svým zkušenostem, ovšem chyběly jim vědomosti o důvodech daných postupů, nebo je neměly zvládnuté komplexně. Jednalo se například o celkovou hygienu pacienta na lůžku, kdy studentky měly nastudovaný správný postup včetně přípravy pomůcek, ale na druhé straně nevěděly, jak vhodně manipulovat s imobilním pacientem. Podobný problém nastal při nácviku zvláštní péče o dutinu ústní, kdy došlo ke zjištění, že studentky měly dostatečné

znalosti o výkonu, ale uváděly, že by nedokázaly pacientovi vyjmout zubní protézu. Podle mého názoru je pravděpodobné, že na oddělení následné péče by tuto praktickou činnost využily stejně jako zásady kinestetické manipulace, a proto by bylo dobré, aby na tyto výkony byly dostatečně připravené. V průběhu diskuzí rovněž vyšlo najevo, že se studentky během výuky ostýchaly klást některé dotazy, které by vedly k ujasnění a upřesnění vykládaného učiva, neboť se domnívaly, že jejich otázky jsou triviální a pouze by jimi zdržovaly výuku. Naopak v hodinách rozšířené praktické přípravy docházelo k eliminaci těchto negativních pocitů, protože všechny studentky si v oblasti dosavadního vzdělání byly rovny.

Doposud byly nepovinně volitelné předměty zaměřené různými směry, ale podle našeho názoru by mnohem větší přínos měl předmět, který by zkvalitnil odborné znalosti, praktické dovednosti studentů a zároveň do jisté míry snížil jejich obavy z první odborné praxe. Předpokládáme, že možnost realizace zkvalitnění praktické přípravy studentů by mohla být uskutečňována formou nepovinně volitelného předmětu, který, jak vyplynulo z výzkumu, by uvítaly nejen studentky z experimentální skupiny (R1-R9), protože v rámci pozorování studentek na oddělení jsme se setkali se zájmem o rozšířenou praktickou přípravu jednak od studentek kombinované formy studia oboru Všeobecná sestra, a zájem projevovaly i porodní asistentky, které neměly střední zdravotnické vzdělání. Tyto studentky byly do jisté míry překvapené, že jim možnost rozšířené přípravy nebyla na začátku akademického roku nabídnuta, jelikož by ji rády využily. A proto si myslíme, že předmět zaměřený tímto směrem by mohl být určen pouze pro studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání a to nejen prezenční a kombinované formy studia oboru Všeobecná sestra, ale také pro studenty oboru Zdravotnický záchranář a Porodní asistentka. Zařazení takového předmětu do výuky by vedlo ke kvalitnější přípravě studentů, která je i dle dostupné literatury předpokladem pozitivní změny celého ošetřovatelství. Již v průběhu realizace výzkumu byla možnost zavedení takového volitelného předmětu konzultována s děkankou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která na tuto myšlenku příznivě reagovala a byla nakloněna i zařazení předmětu mezi volitelné.

Zjistit, *jaký vliv měla rozšířená praktická příprava na pocity a dovednosti studentů*, bylo další výzkumnou otázkou této diplomové práce. Hledání odpovědi na tuto otázku bylo realizováno pozorováním studentů v prvních deseti dnech odborné praxe v prvním ročníku na odděleních následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. Pozorovány byly studentky, které využily příležitost zúčastnit se rozšířené praktické přípravy, a jejich přístup k nemocným a odborné výkony byly porovnávány s výkony studentek, které tuto možnost nevyužily. Pozorování představovalo jakousi objektivní formu průkaznosti vlivu rozšířené praktické přípravy a v následných rozhovorech měly studentky možnost vyjádřit svůj subjektivní názor týkající se vlivu rozšířené přípravy na jejich pocity a výkony na odborné praxi. Vliv této rozšířené přípravy byl z pozorování zřejmý již při navazování prvního kontaktu s nemocnými (tab. 2), neboť bylo evidentní, že studentky z experimentální skupiny přikládaly získávání důvěry pacienta větší význam a dokázaly při něm využívat i některé základní prvky bazální stimulace. Základní prvky tohoto konceptu byly studentky schopně aplikovat v praxi nejen při kontaktu s nemocnými, ale také například při provádění ranní hygieny nebo při celkové koupeli pacienta (tab. 3), oproti tomu studentky z kontrolní skupiny tyto prvky v převážné většině nevyužívaly vůbec. Tento výsledek pozorování však není zcela objektivní, neboť studentky vycházející pouze ze znalostí a dovedností získaných v hodinách ošetřovatelských postupů neměly dostatečný prostor pro seznámení se s konceptem bazální stimulace. Jelikož tento koncept má v péči o pacienty nesporně kladný význam, mohlo by být pro studenty přínosnější, kdyby se s jeho základními prvky seznamovaly již od počátku studia, neboť čím dříve si základy bazální stimulace osvojí, tím lépe jej následně budou vhodně a časem automaticky, aplikovat v praxi.

Mimo jiné bylo pozorování studentek zaměřené také na komunikaci s pacienty (tab. 6). Bylo sledováno, zda studentky s nemocnými prostřednictvím efektivní komunikace navazují důvěrný vztah, do jaké míry zvládají pacientům naslouchat a zda na základě konverzace dovedou správně identifikovat a následně uspokojovat jejich potřeby. U části pozorovaných se často vyskytovaly nevhodné prvky komunikace se seniory a to především používání zdrobnělin nebo příliš hlasitá, či naopak tichá řeč. Příčinou této neefektivní komunikace by mohlo být nedostatečné zaměření předmětu

komunikace na komunikační specifika se seniory, a jak již bylo uvedeno výše, myslíme si, že by studentky hlubší znalosti ve smyslu komunikace se seniory dokázaly v průběhu odborné praxe efektivně využít.

Kladný vliv rozšířené praktické přípravy je patrný z tabulky číslo sedm, která dokládá větší komplexnost pracovní činnosti studentek experimentální skupiny, než jaká byla u studentek ze skupiny kontrolní (tab. 9). Konkrétně během pozorování aplikace subkutánních injekcí bylo zjištěno, že studentky z experimentální skupiny lépe zvládají samostatně připravit pomůcky k aplikaci léku, techniku vpichu a také komunikaci s pacienty při samotné aplikaci. V souvislosti s odbornými výkony došlo také k zajímavému zjištění, které se týkalo vlastní identifikace případných chyb studentek při jednotlivých výkonech (tab. 10). Studentky z experimentální skupiny si často své chyby uvědomovaly již během výkonu, přesně jej dokázaly označit a následně ze svých činností odstranit. V případě kontrolní skupiny musely být studentky ve větší míře na své chyby upozorněny sestrou mentorkou nebo pedagogickým dozorem, jelikož jej samostatně nedokázaly uvést a správný postup jim musel být připomenut, případně předveden.

Domníváme se, že pozitivní vliv rozšířené praktické přípravy bylo možné pozorovat i v celkovém přístupu studentek k pracovní činnosti a vůbec v jejich aktivitě při práci na oddělení. Při pozorování byl zřejmý aktivnější přístup studentek ať už při vyhledávání jednotlivých výkonů nebo při komunikaci s pacienty. Studentky rychleji pracovaly samostatně a lépe se orientovaly na pracovišti, než studentky bez absolvované rozšířené praktické přípravy. Ty po delší dobu vyžadovaly přímé vedení pedagogem nebo vyhledávaly spolupráci se zdravotnickými asistenty (tab. 11).

V rozhovorech se studentkami byl zjišťován i jejich subjektivní názor, který se týkal jejich hodnocení a vlivu rozšířené praktické přípravy a také případného přínosu této přípravy v souvislosti s jejich pocity a počínáním si v prvních deseti dnech na odborné praxi. Z rozhovorů s jednotlivými studentkami bylo patrné, že rozšířenou praktickou přípravu považovaly za velmi užitečnou v mnoha oblastech. Největší přínos spatřovaly studentky v lepší připravenosti na provádění odborných výkonů a na

komunikaci s nemocnými. Studentky velmi často uváděly (tab. 12), že rozšířená praktická příprava měla silný vliv na jejich celkovou samostatnost při práci na oddělení a dle jejich vyjádření měla také pozitivní vliv na jejich pocit jistoty při komplexní péči o pacienta. Celkově hodnotily možnost této přípravy jako velmi přínosnou a uváděly, že pokud by měly možnost zvolit si předmět podobného zaměření jako nepovinně volitelný, pak by tuto možnost zcela jistě využily. Na základě svých krátkodobých zkušeností z odborné ošetřovatelské praxe studentky vypovídaly, že by tato příprava mohla být ještě o některé výkony rozšířena (tab. 13) a to především o oblast převazování ran, neboť se jedná o činnost, se kterou se na pracovišti běžně setkávaly a ve srovnání se zdravotnickými asistenty byly jejich znalosti a dovednosti nedostatečné.

Z výzkumu vyplynulo, že rozšířená praktická příprava vedla ke zmírnění strachu studentek z mnoha aspektů (R1,R2,R4,R6) a díky tomu se pak dokázaly rychleji zorientovat při práci na oddělení následné péče, došlo k pozitivnímu ovlivnění pocitu jistoty (R2,R3,R4,R6,R7,R8,R9) a také k posílení jejich sebevědomí a samostatnosti (R1,R3,R5,R7). Naopak z analýzy rozhovorů se studentkami kontrolní skupiny, které rozšířenou praktickou přípravu neabsolvovaly, bylo patrné, že v prvních deseti dnech odborné praxe nepracovaly samostatně, nechávaly se vést zkušenějšími spolužáky a oplývaly též značnou mírou strachu z různých aspektů (tab. 14). Díky zařazení předmětu, který by rozšiřoval možnost praktické přípravy před první odbornou praxí, by dle mého názoru docházelo k větší samostatnosti studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání. Kvalitnější příprava by mohla přispívat k radosti z nových poznatků, která i dle aktuální literatury podporuje vnitřní motivaci k dalším činnostem a vzdělávání. Důsledkem této pozitivní motivace je mimo jiné taktéž kontinuální profesionální růst studenta.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na studenty bez středoškolského zdravotnického vzdělání, kteří se v zimním semestru prvního ročníku oboru Všeobecná sestra po dobu dvou měsíců připravují na svou první odbornou praxi v nemocničním zařízení. Mnozí z těchto studentů mají jen minimální nebo žádné zkušenosti s péčí o nemocné jedince a najdou se i studenti, kteří doposud neměli osobní zkušenost s nemocničním prostředím. Jelikož hodinová dotace některých odborných předmětů je pro tyto studenty relativně nízká, bylo jedním z cílů této práce zjistit, jaké jsou možnosti zkvalitnění praktické přípravy studentů bez dosavadního zdravotnického vzdělání před nástupem na první odbornou praxi. Jednou z možností zkvalitnění přípravy studentů je navýšení hodinové dotace některých předmětů s odborným zaměřením jako je například předmět ošetřovatelské postupy nebo předmět komunikace, který by mohl být ve větší míře zaměřený na specifika komunikace se seniory. Vzhledem k těmto skutečnostem byl se studenty realizovaný výzkum, kdy jim byla poskytnuta příležitost ve volném čase navštěvovat hodiny takzvané rozšířené praktické přípravy a to minimálně jedenkrát v každém týdnu před nástupem na odbornou praxi. Jednotlivá setkání byla zaměřena na praktický nácvik ošetřovatelských výkonů, přístup a navázání důvěrného vztahu s nemocnými a také na komunikaci se seniory. Uskutečňováním této rozšířené praktické přípravy byl naplněn další cíl diplomové práce, kterým bylo zjišťování možnosti realizace zkvalitnění praktické přípravy studentů v zimním semestru prvního ročníku. Přestože byla tato rozšířená praktická příprava oboustranně časově náročnější, projevovaly o ni studentky bez dosavadního zdravotnického vzdělání značný zájem. Při jednotlivých společných setkáních docházelo k navazování důvěrnému vztahu se studentkami a jejich přístup byl hodnocen jako aktivní a zodpovědný, postupem času se zmírňoval strach z provádění ošetřovatelských výkonů, které měly studentky možnost si opakovaně procvičit. Na rozdíl od kontaktních hodin ošetřovatelských postupů docházelo v rámci rozšířené přípravy k otevřeným diskuzím, protože vzhledem ke stejnému dosavadnímu vzdělání neměly studentky před druhými strach či ostych

z kladení různých otázek. Náplní rozšířené přípravy byla také témata, kterých se v hodinách ošetřovatelských postupů dotkly pouze okrajově. Jednalo se o základní prvky bazální stimulace a kinestetiky, které studentky následně využívaly v praxi.

Posledním cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv měla rozšířená praktická příprava na pocity studentek v prvních deseti dnech odborné praxe a také na kvalitu jejich pracovní činnosti. Z objektivního hlediska byl vliv rozšířené přípravy hodnocen prostřednictvím pozorování a z něho bylo patrné, že studentky, které rozšířenou praktickou přípravu absolvovaly, lépe navazovaly první kontakt s nemocnými a dokonce jejich způsob komunikace se seniory byl efektivnější, než tomu bylo u studentů, kteří možnost zúčastnit se rozšířené praktické přípravy nevyužili. Rozšířená praktická příprava se také promítala do kvality provádění ošetřovatelských výkonů a vůbec do celkového přístupu studentek k pracovní činnosti, který byl oproti ostatním nezdravotnickým studentům aktivnější. Subjektivně studentky vnímaly vliv rozšířené přípravy jako nemalý, popisovaly mnoho přínosných aspektů, mezi které zařazovaly především opakovanou možnost procvičení ošetřovatelských výkonů, což mělo za následek snížení strachu a posílení jistoty při následném působení na první odborné praxi v zimním semestru prvního ročníku. Pozitivně také hodnotily skutečnost, že dobrovolnou výuku praktické přípravy navštěvovaly pouze studentky bez středoškolského zdravotnického vzdělání, což vedlo k jejich větší otevřenosti v oblasti kladení otázek a vyjasnění případných nesrovnalostí a nejasností získaných během samostudia a výuky ošetřovatelských postupů. V průběhu pozorování studentek na odborné praxi došlo také ke zjištění, že o možnost rozšířené praktické přípravy projevovaly zájem i studentky kombinované formy studia a také porodní asistentky, které rovněž doposud neměly středoškolské zdravotnické vzdělání.

Z výsledků diplomové práce je vliv rozšířené praktické přípravy patrný v několika směrech, neboť eliminoval strach studentů z prvního kontaktu s nemocnými, zmírnil obavy z provádění odborných výkonů a v neposlední řadě posílil sebevědomí a samostatnost studentů při jejich působení na odděleních následné péče. Vzhledem k těmto zjištěním se domnívám, že by pro studenty bez středoškolského zdravotnického

vzdělání bylo přínosné, kdyby v budoucnu byl předmět podobného zaměření zařazen mezi nepovinně volitelné předměty v zimním semestru prvního ročníku oboru Všeobecná sestra. Tato možnost byla během výzkumu již konzultována s děkankou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která jí byla příznivě nakloněna a vzhledem k této skutečnosti je výstupem této diplomové práce předběžný návrh tematického plánu volitelného předmětu [Příloha 6], který je zaměřen na rozšířenou praktickou přípravu studentů prvních ročníku, bez středoškolského zdravotnického vzdělání.

7 SEZNAM LITERATURY

1, KUTNOHORKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství.* Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

2, PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství I.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

3, KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. ročník.* Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.

4, ČESKO. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů české republiky.* 2011, částka 40, s. 1053-1055. Dostupný také z: http://fzs.zcu.cz/kaz/documents/Zxkon_x._105-2011_Sb..pdf. ISSN 1211-1244.

5, ADAMCZYK, Roman. Vzdělávání sester v 21. století. *Sestra.* 2010, č. 6, s. 16-18. ISSN 1210-0404.

6, ČESKO. Vyhláška č. 129 ze dne 23. dubna 2010, kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 2010, částka 46, s. 1695-1698. Dostupný také z: http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-23-dubna-2010-kterou-se-meni-vyhlaska-c-392005-sb-kterou-se-stanovi-minimalni-pozadavky-na-studijni-programy-k-ziskani-odborne-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskeho-zdravotnickeho-povolani-17755.html. ISSN 1211-1244.

7, KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství.* Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.

8, ŠULISTOVÁ Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích 2012. ISBN 978-80-3794-246-5.

9, SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika 2. rozšířené a aktualizované vydání.* Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-1821-7.

10, ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni 2010. ISBN 978-80-7043-967-8.

11, ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole.* Praha: Grada 2012. ISBN 978-80-247-4152-9.

12, ZORMANOVÁ, Lucie. *Výukové metody v pedagogice.* Praha: Grada 2012. ISBN 978-80-247-4100-0.

13, PODLAHOVÁ, Libuše a kol. *Didaktika pro vysokoškolské učitele.* Praha: Grada 2012. ISBN 978-80-247-4217-5.

14, ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1213-X.

15, VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele 2. rozšířené a aktualizované vydání.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

16, KREJČOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3474-3.

17, HORSKÁ, Viola. *Koučování ve školní praxi.* Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-2450-8.

18, CHLOUBOVÁ, Ivana et al. *Akademický rok 2013/2014*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta 2013.

19, JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA. *Logbook praktické výuky Studijní obor: Všeobecná sestra –*

bakalářské studium. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta 2009.

20, TREŠLOVÁ, Marie. Využití reflektivní praxe při výuce ošetřovatelství. *Kontakt. 2009,* č. 11, s. 277-281. ISSN 1212-4117.

21, TREŠLOVÁ, Marie. Reflektivní praxe. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství IV: sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 5. - 6. května 2009.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství, 2009, s. 151-153. ISBN 978-80-7248-521-5

22, KENDALL-RAYNOR, Petra. If we want caring nurses we must ensure time for good mentoring. *Nursing standard.* 2013, No. 32, pg. 12-13. ISSN 0029-6570.

23,VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

24, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

25, HLADÍKOVÁ, Lenka. Změny v oborech specializačního vzdělávání. *Sestra.* 2010, č. 3, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

26, MÁLKOVÁ, Gabriela. *Zprostředkované učení: Jak učit žáky myslet a učit se.* Praha: Portál 2009. ISBN 978-80-736-7585-1.

27, BRUMOVSKÁ, Tereza a Gabriela MÁLKOVÁ, SEIDLOVÁ. *Mentoring: Výchova k profesionálnímu dobrovolnictví.* Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-772-5.

28, RICHARDS, Zoe. Mentoring students. *Nursing standard.* 2013, No. 39, pg. 59. ISSN 0029-6570.

29, REILLY, Adam. Students mentoring: supporting first years. *British Journal of nursing.* 2012, No. 13, pg. 819. ISSN 0966-0461.

30, VAŇKOVÁ, Miroslava. Mentorství očima studenta a mentora klinické praxe. *Sestra.* 2013, č. 3, s. 17. ISSN 1210-0404.

31, VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 10. února 2011, certifikovaný kurz pro získání zvláštní odborné způsobilosti k výkonu

povolání mentora klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence, částka 2, s. 429-443. ISSN 1211-0868.

32, PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

33, ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

34, ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra.* 2010, č. 7-8, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

35, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství.* Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

36, BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví nemoci a rodiny: Sociológia zdravia choroby a rodiny.* Martin: Osveta 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.

37, MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

38, BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví 6., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-1197-4.

39, VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

40, ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

41, O' CONOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada 2005. ISBN 80-247-1295-4.

42, POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006. ISBN 80-7013-440-2.

43, WEBB, Lucy. *Nursing: Communication skills in practice.* New York: Oxford university 2011. ISBN 978-0-19-958272-3.

44, VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1262-8.

45, KENNEDY SHELDON, Lisa. *Communication for nurses: Talking with patiens sekond edition.* Canada: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-6992-5.

46, AIDAR, John. *Efektivní komunikace.* Praha: Alfa Publishing 2004. ISBN 80-86851-10-9.

47, POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

48, MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

49, ZACHAROVÁ, Eva. Zvláštnosti v komunikaci se seniory. *Sestra.* 2013, č. 6, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

50, FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® v základní ošetřovatelské péči.* Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-1314-1.

51, NYDAHL, Peter a Gabriele BARTOZSEK. *Basale Stimulation Wege in der Pflege Schwerstkranker 6. Auflage.* München: Elsevier 2008. ISBN 978-3-437-26503-7.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Rozhovory zaměřené na motivaci ke studiu

Příloha 2 – Rozhovory před zahájením odborné praxe

Příloha 3 – Pozorovací záznamový arch

Příloha 4 – Rozhovory zaměřené na vliv rozšířené praktické přípravy

Příloha 5 – Rozhovory se studentkami kontrolní skupiny

Příloha 6 – Tematický plán

Příloha 1

Rozhovory zaměřené na motivaci ke studiu

1, Jaké je Vaše ukončené středoškolské vzdělání?

2, Co Vás vedlo ke studiu oboru Všeobecná sestra_

3, Máte nějaké dosavadní zkušenosti s poskytováním ošetřovatelské péče?

4, Jaké máte zkušenosti s nemocničním prostředím?

5, Jaká je Vaše představa o první odborné praxi na oddělení následné péče?

6, Jaké jsou Vaše pocity z blížící se odborné praxe?

7, Jaký je Váš názor na kvalitu praktické přípravy před nástupem na odbornou praxi?

Příloha 2 – Rozhovory před zahájením odborné praxe

1, Jak byste popsala Vaše pocity několik dní před nástupem na odbornou praxi?

2, Jak hodnotíte praktickou přípravu v předmětu ošetřovatelské postupy?

3, Měla rozšířená příprava na odbornou praxi nějaký vliv na Vaše současné pocity?

4, Ovlivnila rozšířená praktická příprava Vaše představy o pracovních činnostech na oddělení následné péče?

5, V čem vidíte hlavní přínos našich setkání, které se týkaly možnosti rozšířené přípravy na odbornou praxi?

7, Obohatila nějakým způsobem tato příprava Vaše znalosti získané v předmětu ošetřovatelské postupy?

8, Domníváte se, že by bylo vhodné zařadit volitelný předmět tohoto typu do výuky v zimním semestru prvního ročníku oboru Všeobecná sestra?

9, Zvolila byste si takový volitelný předmět?

10, Rozšířila byste naše setkání o některé téma? Pokud ano, tak o které?

Příloha 3 – Pozorovací záznamový arch

Pozorovací arch Datum Jméno pozorovatele:Němcová

1, Navázání kontaktu studenta s pacientem

A	B	C

A – Student při vstupu na pokoj pozdraví a představí se pacientovi – jméno, zařazení.

B – Student při vstupu na pokoj pozdraví, ale nepředstaví se pacientovi.

C – Student při vstupu na pokoj nepozdraví a nepředstaví se.

2, Komunikace s pacientem během odborného výkonu

A	B	C

A- Student pacientovi vysvětlí postup výkonu, podá informace o tom, za jakým účelem výkon provádí, během výkonu nejen komentuje vlastní postup, ale zmírňuje obavy pacienta.

B – Student během výkonu vysvětluje jednotlivé praktické kroky, které provádí, nemá přehled o tom, proč daný výkon provádí.

C – Pouze informuje o provedení výkonu.

3, Komunikace s pacientem

A	B	C

A – Student využívá vhodné prvky efektivní komunikace, je empatický.

B- U studenta jsou patrny prvky elderspeaku či jiné prvky neefektivní komunikace.

C – Student komunikuje s pacientem pouze při provádění odborného výkonu.

4, Provedení celkové koupele pacienta na lůžku

A	B	C

A – Student připraví veškeré pomůcky k celkové hygieně na lůžku, pracuje samostatně, během výkonu postupuje dle standardního postupu, po dobu provádění hygieny komunikuje s pacientem.

B – Student nedostatečně připraví pomůcky, postup výkonu není podle ošetřovatelského standardu.

C – Student nepracuje samostatně, nepřipraví veškeré pomůcky k výkonu, nepostupuje dle ošetřovatelského standardu, dostatečně nekomunikuje s pacientem.

5, Využití prvků bazální stimulace

A	B	C

A – Student využívá prvky bazální stimulace vždy při kontaktu s pacientem – iniciální dotek, hygiena pacienta, umí využít orální bazální stimulaci.

B – Student využívá prvky bazální stimulace pouze při provádění ranní hygieny.

C – Student nevyužívá žádných prvků bazální stimulace.

6, Polohování a přemisťování pacienta

A	B	C

A – Student při polohování a přemisťování pacienta využívá iniciální dotek, využívá prvky kinestetiky, během výkonu informuje pacienta o postupu, vhodně komunikuje s pacientem, samostatně vede polohovací záznam.

B – Student při polohování a přemisťování nevyužívá prvky bazální stimulace ani kinestetiky, informuje pacienta o postupu, vhodně komunikuje a vede záznam o polohování.

C – Student při polohování a přemisťování nevyužívá prvky bazální stimulace ani kinestetiky, neinformuje pacienta o postupu, vhodně komunikuje a vede záznam o polohování.

8, Aplikace subkutánní injekce

A	B	C

A – Student samostatně připraví veškeré pomůcky k aplikaci subkutánní injekce, volí správný postup aplikace, během výkonu komunikuje s pacientem, provede záznam do dokumentace, správně likviduje pomůcky.

B – Student připraví pomůcky s pomocí personálu oddělení, volí správný postup aplikace, během výkonu nedostatečně komunikuje s pacientem, s pomocí provede záznam do dokumentace, správně likviduje pomůcky.

C – Student samostatně nezvládá přípravu pomůcek, nevolí správný postup aplikace, během výkonu nedostatečně komunikuje s pacientem.

9, Aplikace intramuskulární injekce

A	B	C

A – Student samostatně připraví veškeré pomůcky k aplikaci intramuskulární injekce, volí vhodné místo vpichu a správný postup aplikace, během výkonu komunikuje s pacientem, provede záznam do dokumentace, správně likviduje pomůcky.

B – Student připraví pomůcky s pomocí personálu oddělení, volí správný postup aplikace a správné místo aplikace za asistence personálu oddělení, během výkonu nedostatečně komunikuje s pacientem, s pomocí provede záznam do dokumentace, správně likviduje pomůcky.

C – Student samostatně nezvládá přípravu pomůcek, nevolí správný postup aplikace, během výkonu nedostatečně komunikuje s pacientem.

10, Zavedení permanentního močového katétru u ženy

A	B	C

A – Student samostatně připraví veškeré pomůcky k zavedení permanentního močového katétru ženy, výkon provede aseptickým způsobem za asistence sestry, během výkonu komunikuje s pacientkou, provede záznam o výkonu, zvládne úklid pomůcek.

B – Student nezvládne samostatně připravit veškeré pomůcky k zavedení permanentního močového katétru, výkon provede pouze jako asistující sestra, provede záznam o výkonu do dokumentace, samostatně provede úklid pomůcek.

C – Student odmítne provedení výkonu.

11, Provedení bandáží dolních končetin

A	B	C

A – Student samostatně a správným postupem provede bandáž dolních končetin, během výkonu komunikuje s pacientem, zná význam bandáží dolních končetin.

B – Student samostatně a správným postupem provede bandáž dolních končetin, nedostatečně během výkonu komunikuje pacientem a nezná důvod přiložení bandáží dolních končetin.

C – Student nezvládá správný postup přiložení bandáží dolních končetin – volí nevhodné obinadlo nebo nevhodnou výšku bandáží, nezná význam bandáže dolních končetin.

12, Měření krevního tlaku

A	B	C

A – Student samostatně měří krevní tlak, komunikuje s pacientem, hodnoty zapisuje do dokumentace.

B – Student samostatně provádí měření krevního tlaku, nekomunikuje s pacientem, zapomíná zapisovat hodnoty do dokumentace.

C – Studenta samostatně nezvládne provedení měření krevního tlaku.

Příloha 4 – Rozhovory zaměřené na hodnocení vlivu rozšířené praktické přípravy

1, Jaké jsou Vaše subjektivní pocity z prvního týdne Vaší odborné praxe?

2, Překvapilo Vás něco na odborné praxe?

3, Jaký vliv měla rozšířená praktická výuka na Vaše činnosti a pocity v průběhu prvních dvou týdnů odborné praxe?

4, Které znalosti, získané během rozšířené výuky, jste během odborné praxe doposud využila?

5, V jaké oblasti vnímáte největší vliv rozšířené praktické přípravy?

6, Bylo něco, o co byste rozšířenou přípravu obohatila?

7, Sebereflexe- jak hodnotíte svou práci v prvních dvou týdnech odborné praxe?

Příloha 5 – Rozhovory se studentkami kontrolní skupiny

1, Jaké jsou Vaše pocity z prvních dvou týdnů odborné praxe?

2, Co považujete za pozitivní emoce související s odbornou praxí?

3, Co vyvolává případné negativní emoce v souvislosti s odbornou praxí?

4, Překvapilo Vás něco na Vaší první odborné praxi?

5, Jak hodnotíte svou pracovní činnost v prvních dvou týdnech odborné praxe?

Příloha 6 – Tematický plán

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra, 1. ročník, bakalářské studium, prezenční forma, kombinovaná forma

Porodní asistentka, 1. ročník, bakalářské studium, prezenční forma, kombinovaná forma

Zdravotnický záchranář, 1. ročník, bakalářské studium, prezenční forma

Předmět: Rozšířená praktická příprava studentů bez středoškolského zdravotnického vzdělání

Forma výuky: seminář

Školní rok: 2014/2015 – zimní semestr

Způsob ukončení studijního předmětu: zápočet

Podmínky zápočtu: 90% docházka

Počet semestrů výuky: 2

Anotace:

Předmět je koncipován jako praktický. Cílem předmětu je nácvik a osvojení standardních ošetřovatelských postupů, základních prvků bazální stimulace, kinestetiky, efektivní komunikace se seniory a práce s ošetřovatelskou dokumentací. Předmět je prostředkem k získání manuální zručnosti a jistoty při provádění odborných výkonů a činností diagnosticko léčebného procesu před první odbornou praxí. V průběhu výuky předmět motivuje studenta k získání kladného postoje k ošetřovatelské profesi.

Cíle:

Student/ka porozumí verbálním i neverbálním projevům pacienta

Student/ka efektivně komunikuje se seniory a s dlouhodobě nemocnými pacienty

Student/ka aplikuje prvky bazální stimulace při kontaktu s pacientem
Student/ka využívá prvky kinestetiky při manipulaci s pacientem
Student/ka prokazuje manuální zručnost a jistotu při provádění ošetřovatelských výkonů
Student/ka zná důsledky neprofesionální péče a předchází pochybení v ošetřovatelské péči
Student/ka se orientuje v ošetřovatelské dokumentaci

Literatura:

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

MIKŠOVÁ, Z., JANOŠÍKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Z., JANOŠÍKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II.*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

Tematický plán

1. Tematický celek: První kontakt s pacientem

Učivo: Zásady efektivní komunikace se seniorem

Učivo: Kinestetická manipulace s pacientem

Učivo: Základní prvky konceptu Bazální stimulace

2. Tematický celek: Hygienická péče

Učivo: Celková hygiena imobilního pacienta

Učivo: Zvláštní péče o dutinu ústní

Učivo: Hygienická péče o pacienta po vyprázdnění

3. Tematický celek:Péče o vyprazdňování

Učivo: Katetrizace močového měchýře ženy

Učivo: Asistence při katetrizaci močového měchýře muže

Učivo: Klyzma

4. Tematický celek: Měření fyziologických funkcí

Učivo: Měření krevního tlaku – auskultačně, palpačně

5. Tematický celek: Aplikace injekcí

Učivo: Příprava léčiv k aplikaci injekcí

Učivo: Aplikace subkutánních injekcí

Učivo: Aplikace intramuskulárních injekcí

6. Základní zásady převazování ran

Učivo: Manipulace se sterilním materiálem

Učivo: Asistence při převazech