

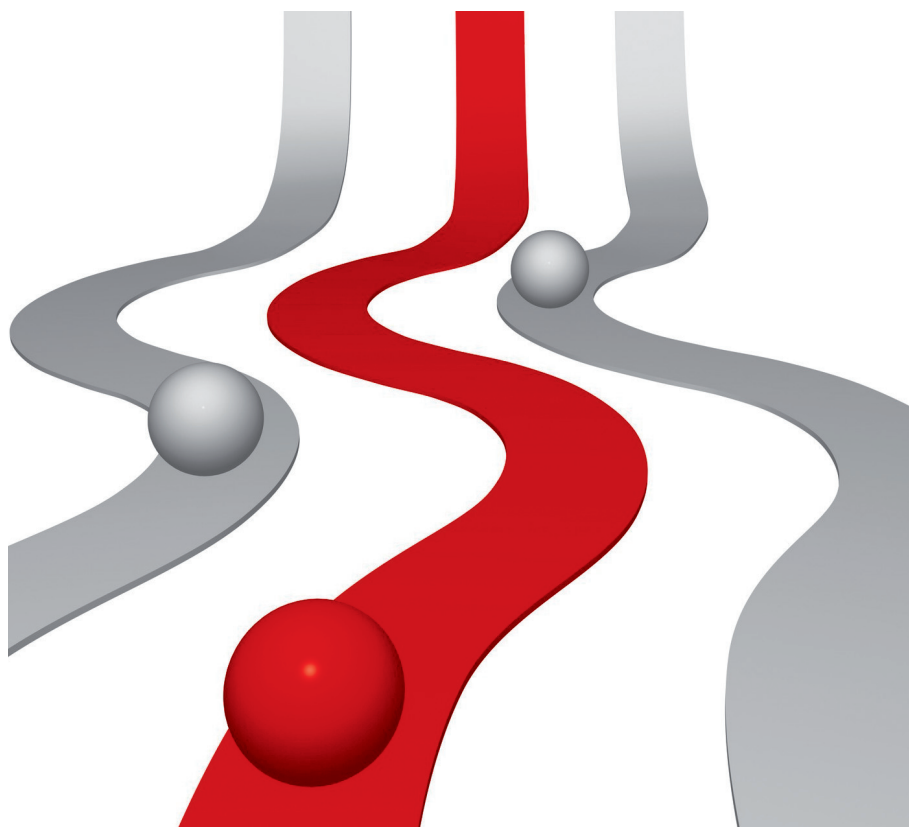
Lenka Špirudová

---

# Doprovázení v ošetrovatelství II

doprovázení sester sestrami,  
mentorování, adaptační proces,  
supervize

---



*Tuto publikaci věnuji svým rodičům. Svě mamince, která celý život pracovala jako zdravotní sestra a sama musela překonávat mnoho různých pracovních i osobních překážek a problémů, jež jí život v sesterské profesi přinesl. Svoji profesi má dodnes v úctě, ráda na ni vzpomíná. Pomáhání druhým považuje za své celoživotní poslání. Je mi vzorem ve své trvalé činnostnosti. Svěmu tatínkovi, stavebnímu technikovi, který péči o rodinu věnoval celý svůj život a doprovázel maminku, jež až do penze pracovala v třísměnném provozu v nemocnici. Díky jemu jsme se sestrou jako děti nikdy nepocítily, že nám něco nebo někdo chybí. Stejnou oporu jsem našla ve svém životním partnerovi. Přála bych všem sestrám, aby se mohly opírat o své nejbližší, kteří je budou doprovázet životem stejně trpělivě, nezištně a s láskou.*

*Lenka Špirudová*

Lenka Špirudová

---

# **Doprovázení v ošetrovatelství II**

**doprovázení sester sestrami,  
mentorování, adaptační proces,  
supervize**

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

**Mgr. Lenka Špirudová, PhD.**

*Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě*

**DOPROVÁZENÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ II  
doprovázení sester sestrami, mentorování,  
adaptační proces, supervize**

**Recenze:**

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

PhDr. Jaroslava Králová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce  
nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5996. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 144

1. vydání, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

**Oblast oborové supervize a poradenství byla podpořena**

**Interním grantem Slezské univerzity v Opavě**

**v roce 2011 – IGS/20/2011(OVZS/5755/2010 17527/2010 c).**

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-247-9965-0 (ePub)

ISBN 978-80-247-9964-3 (pdf)

ISBN 978-80-247-5711-7 (print)

# Obsah

<b>Úvod</b> . . . . .	7
<b>1 Vývoj v profesních rolích sester</b> . . . . .	8
<b>2 Vybrané intraoborové problémy v českém ošetrovatelství</b> . . . . .	14
2.1 Problémy vztahu teorie a praxe v oboru a aktuální pracovní podmínky sester . . . . .	14
2.2 Syndrom vyhoření u českých sester . . . . .	29
2.3 Spokojenost sester v profesi . . . . .	44
<b>3 Systém podpor pro sestry</b> . . . . .	59
3.1 Mentorování klinické ošetrovatelské praxe . . . . .	60
3.1.1 Definování mentora a mentorství . . . . .	60
3.1.2 Základní principy správné praxe v mentorování klinické ošetrovatelské praxe. . . . .	63
3.1.3 Příprava mentora na vedení praxe . . . . .	66
3.1.4 Dokumentace mentora . . . . .	69
3.1.5 Role studujícího v procesu mentorování klinické praxe . . . . .	70
3.2 Preceptorování začínajících profesionálů v oboru . . . . .	71
3.2.1 Definice preceptingu – adaptačního procesu . . . . .	71
3.2.2 Základní principy správné praxe v uvádění nových profesionálů do praxe v organizaci. . . . .	75
3.2.3 Příprava a požadavky na preceptora – školícího pracovníka (školící sestru) . . . . .	79
3.2.4 Dokumentace preceptingu – adaptačního procesu . . . . .	81
3.3 Supervize v ošetrovatelství . . . . .	82
3.3.1 Úvod do problému. . . . .	82
3.3.2 Definice supervize – klinické supervize – klinické supervize v ošetrovatelství . . . . .	82
3.3.3 Funkce supervize . . . . .	85
3.3.4 Publikované zkušenosti s klinickou supervizí v ošetrovatelství . . . . .	86
3.3.5 Vzdělání klinického ošetrovatelského supervizora . . . . .	94
3.3.6 Výsledky práce expertní skupiny . . . . .	97
3.3.7 Závěry z modelování systému podpor a klinické supervize v ošetrovatelství . . . . .	118
3.3.8 Výstupy a podněty z realizovaných studií a literárních review pro ošetrovatelskou supervizi a jiné podpůrné metody . . . . .	120
3.4 Další podpůrné metody . . . . .	123
3.4.1 Koučování . . . . .	123
3.4.2 Systém psychosociální intervenční služby a <i>peer</i> podpora v krizových situacích . . . . .	125
3.4.3 Program zaměstnanecké podpory (EAP). . . . .	126
3.4.4 Mediace . . . . .	127

<b>Závěr</b> . . . . .	<b>130</b>
<b>Literatura</b> . . . . .	<b>131</b>
<b>Rejstřík</b> . . . . .	<b>142</b>
<b>Souhrn</b> . . . . .	<b>144</b>
<b>Summary</b> . . . . .	<b>144</b>

## Úvod

*Doprovázení* je obecné pojmenování vysoce humánní sociální (rozumějte mezilidské) aktivity. V ošetrovatelství se doprovázení týká také vztahu *sestra–sestra*, tedy *doprovázení na metaúrovni*, ve kterém je doprovázeným samotná sestra. V jednotlivých kapitolách tohoto dílu zájemci naleznou konkrétní podpůrné metody a techniky, jež je možné se v rámci metadoprovázení učit a využívat. Některé metody, např. uvádění do praxe nových pracovníků, jsou v českém ošetrovatelském prostředí známé a dlouhodobě praktikované, s jinými si obor zatím moc neví rady a neumí je správně používat – např. mentoring či ošetrovatelskou klinickou supervizi. Některé metody a techniky zatím dokonce české ošetrovatelské prostředí nezná vůbec – např. koučink.

Druhý díl naší publikace v úvodních kapitolách rámcově seznamuje s vývojem v oblasti profesních rolí sester a se současnými problémy českých sester. Úvodní kapitoly odůvodňují potřebu implementace podpůrného systému pro sestry jako jednu z možných cest, jak současnou realitu postupně měnit ve prospěch sester a také ve prospěch jejich pacientů/klientů (dále P/K). K zásadní změně často neutěšených pracovních podmínek sester nebude totiž dostačovat jen prosté doplnění počtu ošetrujícího personálu na odděleních a navýšení platů, ale bude potřebné rozvinout péči o ně samotné už od pregraduální přípravy.

Aby sestry mohly porozumět doprovázení a jeho metodám a technikám, aby je dokázaly ve svůj prospěch maximálně využívat a také aby měly nezbytné základy pro rozvoj své profesní autonomie a odpovědnosti, je potřebné je naučit kritickému myšlení a reflexi a také se více věnovat rozvoji a kultivování tzv. *měkkých profesních dovedností* (komunikace, empatie, taktosti, vstřícnosti atd.). *Metadoprovázení* je tedy podpůrný systém pro samotné sestry, který mohou využívat již v době pregraduální i specializační profesní přípravy (mentoring, školní supervize) a následně v průběhu celé profesní kariéry (precepting, resp. uvádění do praxe, odborné poradenství, supervize), včetně specifických epizodických situací, jakými jsou např. podpora při řešení konfliktu (mediace, konciliace), krizové situace (SPIS) či podpora v dosahování osobních cílů (koučování). Základní funkcí doprovázení a podpůrného systému pro sestry je podpořit jejich snahu stát se dobrou sestrou, které si váží jak P/K, tak také kolegové. Další funkcí je ochrana sestry, zejména jejího duševního zdraví, aby mohla svoji práci vykonávat dlouhodobě bez zbytečného duševního a spirituálního přetěžování a s minimálním rizikem poškození zdraví. Podpůrný systém pro sestry představuje také významný prostor pro profesní vzdělávání a seberozvoj a poskytuje zajímavé možnosti osobního angažování se ve prospěch sester.

Publikace je první v rámci oboru ošetrovatelství, která se systémem doprovázení a podpor v ošetrovatelství zabývá. Nečiní si nárok na úplnost ani na detailnost zpracování. Smysl vidíme v otevření relativně nového prostoru v oboru ošetrovatelství a v jeho základním zmapování.

Přeji vám mnoho zajímavých poznatků a impulzů k přemýšlení jednak o sobě jako pomáhajícím profesionálovi, jednak o metodách a technikách, které ve své práci s jinými sestrami používáte. *À propos: Jste dobrý průvodce či parták do nepohody? Jak se to pozná?*

## 1 Vývoj v profesních rolích sester

*Sociální role* je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Role se nevztahují jen k chování jedince, ale také k jeho názorům, postojům, hodnotovému systému, k prožívání, s nímž jsou spojeny emoce, k vlastnostem osobnosti.

*Profesní role* je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho profesí. Jedná se tedy o užší vymezení sociální role. K profesním rolím se váže také profesní image, která má interní a externí rozměr. Jedná se o soubor názorů a postojů jednotlivce či společnosti k určité profesi. Jedná-li se o posuzovatele, který je sám příslušníkem dané profese (k sestřám se vyjadřuje sestra), pak jsou jeho výpovědi hodnocením *interní image profese*. Není-li hodnotitel příslušníkem dané profese (k sestřám se vyjadřuje lékař, pacienti, politici), pak tyto výpovědi náleží k obrazu *externí image profese*.

Profesní role sestry se proměňují v čase, jejich historickou i současnou podobu můžeme najít v zahraničních učebnicích ošetrovatelství a z nich je přebírají i učebnice české provenience. Jednoznačné vymezení sesterských rolí není možné, protože profese sestry je velmi různorodá, vždy je svázána s konkrétním kulturním, socio-politickým a ekonomickým systémem a neustálý vývoj přináší potřebu změn i v oblasti definování profesních rolí sestry. K současné základní struktuře profesních rolí sestry náleží role *ošetrovatelky, edukátorky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, týmové hráčky, výzkumnice*. Tato struktura může být různými autory různě modifikovaná a rozšířená o další role sestry. Můžeme odkázat např. na teorii Hildegardy E. Peplauové (1991, s. 43–72), která ve svém modelu definovala již v 50. letech 20. století role sestry základní a role dílčí. K základním rolím řadí navíc *rolí neznámé osoby a roli technického experta*. K doplňkovým rolím řadí role *konzultanta, tutora, zástupce pro socializaci, bezpečnostního technika, manažera životního prostředí, mediátora, administrátora a správce, roli „pozorovatelského zápisníku“*. Roli výzkumníka zařadila mezi doplňkové role.

Studiem profesních rolí u ambulantních sester jsme se zabývaly s I. Karvalovou (2012). Její kvalitativní výzkum zahrnoval sestry, lékaře a pacienty, kteří reprezentovali šest ambulantních ordinací, a všichni se vyjadřovali k sesterským profesním rolím. Výsledným názorem za všechny zúčastněné je struktura profesních rolí ambulantních sester uvedená v tabulce 1. V této studii je také pozoruhodné vyjádření k roli výzkumníka. Respondenti tuto roli pro ambulantní sestru přímo zamítli. Pro ně ambulantní sestra v naší zemi nemá – neplní roli výzkumníka.

Ve vztahu k profesním rolím sestry je třeba zmínit také problém tzv. *zavádění pokročilých rolí sestry do praxe*. Pokročilé role sestry jsou o převzetí některých kompetencí lékařů, jako je rutinní sledování chronických pacientů, předepisování některých léků, objednávání k testům, a to zejména v primární zdravotnické péči. Cílem je snížit nároky na čas lékaře, snížit čekací dobu na ošetření, zlepšit přístup k péči a také snížit náklady na zdravotní péči. Informace ze studie „DELSA“ OECD (Delamaire, Lafortune, 2010) vycházejí z aktuální mezinárodní zdravotní politiky a výsledků dotazníkového šetření z 12 zúčastněných států (Austrálie, Belgie, Kypr, Kanada, Česká republika, Finsko, Francie, Irsko, Japonsko, Polsko, Velká Británie, Spojené státy americké). Tyto země byly vybrány na základě ochoty poskytnout informace k provedení studie. Představují dobrý „mix“ zemí, které jsou v různých fázích zavádění pokročilé role sestry. Formální uznání *pokročilé role sestry* (sestra s rozšířenými kompetencemi – specialista)



**Tab. 1** Porovnání struktury profesních rolí uváděných v učebnicích (viz např. Kozierová a kol., 1995) a uváděných sestrami-respondentkami

Profesní role sestry uváděné v odborné ošetrovatelské literatuře	Výsledky výzkumného šetření k profesním rolím ambulantních sester, výpovědi sester – lékařů – pacientů
pojem <i>role sestry</i>	nahrazují ho pojmem <i>činnosti sestry</i>
ošetřovatelka	péče o bezmocného, ošetrovatelské činnosti
komunikátorka	rádčyně, informátorka
edukátorka	učitelka dovedností
poradčyně	odbornice
nositelka změn	vykonavatelka změn, aktivní nositelka změn
manažerka	organizátorka, manažerka
advokátka pacienta	obhájce, zástupce pacienta
týmová hráčka	spolupráce, pohoda
výzkumnice	není výzkumnice
role v budoucnosti: zkušená odbornice	

v ČR je podle výsledku studie na samém počátku, ale pilotní studie již byly provedeny a dokazují, že některé pokročilé role sester již neoficiálně v praxi existují. Role sester a jejich naplňování jsou ve světě velmi odlišné. Zahrnují klinické, organizační a odborné činnosti. Z výzkumu vyplývá, že např. v USA, kde jsou tyto *pokročilé role* již v praxi realizované, je sester-specialistek v primární péči 6,5 % a v klinické péči pouze 2,5 % z celkového počtu sester. Požadavek na vzdělání těchto sester se v jednotlivých zemích také liší, přičemž magisterské vzdělání se stává normou, v některých zemích jsou to specializační programy.

*Faktory, které brzdí nebo podporují rozvoj těchto pokročilých rolí sestry*

- profesní zájmy lékařů a sester a jejich vliv na reformní procesy
- organizace reformy a její financování
- vliv legislativy a regulace činnosti zdravotnických pracovníků na vývoj nových rolí
- kapacita vzdělávání a odborné přípravy pro vyšší kvalifikaci

Ve většině zemí byla opozice lékařské profese označena za jednu z hlavních překážek rozvoje nových sesterských rolí. Důvodem jsou obavy z nezávislosti a větší samostatnosti sester, z problematické právní odpovědnosti v případě zanedbání zdravotní péče, obava z nedostatečné odbornosti a znalostí sester.

V naší kvalitativní fenomenologické dotazníkové studii *o oboru ošetrovatelství*, která byla realizována v roce 2013 (úvod a jedna část výzkumu již byla prezentována – viz kap. 3.2 v *Doprovázení v ošetrovatelství I*), jsme se sester a asistentů mj. také dotazovali: „Co se od sester očekávalo v minulosti, co se očekává v současnosti a co si myslíte, že se bude očekávat v budoucnosti?“ Cílem bylo zjistit, zda si sestry uvědomují vývoj v oboru a kam podle jejich přímé zkušenosti směřuje práce sestry a její profesní role.

Položili jsme si také výzkumnou otázku: „*Posiluje se ústřední oborový koncept pomáhaní a pečování, nebo manažerismus a formální profesionalizace?*“ Respondenty ve studii byli studující bakalářských oborů všeobecná sestra v kombinované formě studia, sestry a zdravotničtí asistenti z českých a moravských regionů. Dotazníky s otevřenými položkami byly rozdány 120 potenciálním respondentům. Vrátilo se 116 dotazníků. Při zpracování muselo být 15 dotazníků vyřazeno (podrobnosti o respondentech viz tab. 3 *Doprovázení v ošetrovatelství I*, kap. 3.2).

Po prostudování odpovědí jsme pro vyhodnocení dat vytvořili kategorie, do kterých jsme výpovědi roztrídili pomocí kolorované analýzy. Vytvořené kategorie byly: *pomáhaní – manažerismus – formální vzdělávání a profesionalizace – osobní charakteristiky sestry jako pomáhajícího profesionála – omezená autonomie sestry*. Z analyzovaných výpovědí jsme sestavili následující obrazy, které odpovídají dané oblasti výpovědí.

### Výpovědi zdravotnických asistentů – referenční skupiny ve výzkumu

Podle jejich přesvědčení se v *minulosti očekávala* výhradně ošetrovatelská péče poskytovaná přímo „*tváří v tvář*“ u lůžka pacienta. Jednalo se o pečování jak o fyzické, tak o psychické potřeby nemocných, ošetrování zranění a tlumení bolestí. Sestra si vždy věděla rady, vždy uměla poradit. Typická byla ale také pokora a podřízenost lékaři, i když na druhé straně byla to právě sestra, která vše organizačně zajišťovala a zvládala. Ve výpovědích asistentů není cíleně zdůrazněno formální vzdělání sestry. Neobjevují se informace o administrativě.

*Převažující profesní role:* ošetrovatelka, pomocnice lékaře, organizátorka a správkyně.

*Co se očekává nyní?* Respondenti jednoznačně zdůrazňují problémy, které pramení z manažerismu – přebujelá administrativa, úkolování a kontrolování nižších zdravotnických pracovníků, limity v poskytování péče, důraz na reprezentativní vizuální image, poslušnost a ochota vykonávat jakékoliv příkazy a činnosti, zvládat i neúnosnou pracovní zátěž, spolupracovat s lékaři. Je zřejmé, že autonomie v práci sestry chybí a projevuje se to až jako manipulace či zneužívání sester. Ošetrovatelská péče o pacienta je poměrně okrajová záležitost. Je již patrný důraz na vysokoškolské vzdělání, i když v praxi sestra stejně nemá plnou kompetenci k vykonávání samostatné péče a k plnému využití její kompetence nedochází.

*Převažující profesní role:* nesvobodný dělník až otrok ve zdravotnické fabrice, ošetrovatelská role je v pozadí, prioritní je role administrátorky a dokumentátorky, role „papírově vystudované“ profesionálky.

Jaké jsou *představy asistentů o budoucnosti* sesterské práce? Není pro ně jednoduché formulovat svoji vizi budoucnosti sesterské profese. Významně v ní ale zaznívá přání posílit ošetrovatelskou péči, vrátit sestru k pacientovi, a zejména posílit prosociální chování u sester a snížit administrativu. Dále se bude sestra ve své práci profesionalizovat a ještě poroste význam jejího vysokoškolského vzdělávání.

*Převažující profesní role:* ošetrovatelka, pečovatelka, důvěrnice a průvodkyně pacienta, role vzdělané profesionálky v oboru.

### Výpovědi sester – hlavní skupiny respondentů ve výzkumu

Sestry byly ve svých výpovědích o tom, *co se očekávalo od sester v minulosti*, poměrně jednotné. Na prvním místě byla ošetrovatelská péče o pacienta, psychická podpora a pomoc, komunikace, naslouchání a laskavost. Bylo to ale, podle jejich výpovědí,

profesionální ošetřovatelství bez ohledu na pocity sestry, bez možností vlastního rozhodování, bylo to slepé vykonávání ordinací a příkazů lékaře, vedení dokumentace. Sestra nesměla myslet, byla „pomocná ruka“.

*Převažující profesní role:* ošetřovatelka, průvodkyně a laskavá důvěrnice pacienta, naprosto oddaná, spolehlivá a loajální „pravá ruka“ lékaře, profesionálka bez emocí a vlastního názoru.

*Obraz sestry současnosti* je spojen především s administrativou a pocíťovaným deficitem profesní i osobní autonomie. Podle sester jsou prvotní papíry, pacient je odsunut do pozadí. Hlavně, aby bylo vše zapsáno, jestli to někdo udělal, je vedlejší. Vyžaduje se vzdělání, profesionalita, komplexní péče, rozhodnost, samostatnost, ale kompetence jsou sestrám upírány. I když na prvním místě musí být v pořádku dokumentace a pacient je na druhé koleji, tak se vyžaduje psychická podpora, edukace, pomoc při základních i vyšších potřebách, pomáhat pacientovi v léčbě, stanovovat ošetřovatelské diagnózy a psát plány péče. Vyžaduje se vysokoškolské vzdělání, sestry aby vše věděly a vše zvládly. Na prvním místě je ale stejně dokumentace.

*Převažující profesní role:* u sester je ve výpovědích o obrazu sestry současnosti **zachycen typický obraz konfliktu rolí**. Ošetřovatelská role je v pozadí, ale formálně se vyžaduje. Prioritní je role administrátorky a dokumentátorky. Není čas na ošetřovatelskou péči, ale ta má pokrývat péči o základní i vyšší potřeby pacienta, edukaci, podporu. Role ošetřovatelky, pečovatelky, edukátorky, důvěrnice a rádkyně je v konfliktu s rolí administrátorky a dokumentátorky. V konfliktu je také role vzdělané kompetentní profesionálky s rolí závislé pomocnice a „pravé ruky“ lékaře. Sestry uvádějí roli „papírově vystudované“ formální profesionálky bez reálných autonomních kompetencí, která ale i tak všechno zvládne.

*Obraz sestry budoucnosti:* v budoucnu sestra pacienta ani neuvidí přes hromady papírů. Bude mít vysokoškolské vzdělání, bude zvládat práci lékařů i nižšího personálu, bude administrátorkou, koordinátorkou, manažerkou, ale ne pečovatelkou. Bude se rozvíjet tzv. „*právnícké zdravotnictví*“, bude narůstat soudních sporů ohledně správného postupu ve zdravotnické péči. Sestra v budoucnu ale také bude schopna samostatně zhodnotit stav pacienta, navrhnout další postup, bude edukovat, angažovat se i v prevenci (zmíněno pouze jednou), bude zaměřena na kvalitu péče a na standardy. Je poměrně výrazné očekávání (i když v řadě případů s vysokou mírou pochybnosti) posílení autonomie – popisován obraz sestry jako skutečného profesionálního partnera s priznanými kompetencemi a odpovídajícím ohodnocením.

*Převažující profesní role:* univerzálně využitelná a využívaná vzdělaná kompetentní profesionálka, vědomostní zaměstnanec, který na jedné straně bude samostatně schopen posoudit stav pacienta, navrhnout postup péče, edukovat, bude se angažovat v oblasti prevence, bude disponovat také „pokročilými rolmi“ a vykonávat práci jak za nižší ošetřovatelský personál, tak také za lékaře. Na straně druhé ale bude vzdálena od přímé péče o pacienta, nebude plnit roli pečovatelky, bude především administrátorka, manažerka-organizátorka, preventistka v oblasti rizik a mimořádných událostí a také advokátka sebe sama.

Ve výpovědích sester zazněly charakteristiky sestry jako pomáhajícího profesionála – významný je akcent na pomáhání a pečování (např. pomůže, i když nemusí, oběťavě pečuje bez ohledu na vlastní potřeby atd.), zmíněny byly laskavost, profesionální přístup se zachováním lidských vlastností (čas, trpělivost, naslouchání). Musí být milá a krásná, naslouchavá, pečující, komunikující.

**Tab. 2** Přehledný souhrn výpovědí o proměnách profesních rolí sester – výpovědi asistentů i sester z kvalitativního výzkumu

	Asistenti	Sestry
minulost	ošetřovatelka, pomocnice lékaře, organizátorka a správkyňe	ošetřovatelka, průvodkyně a laskavá důvěrnice pacienta, naprosto oddaná, spolehlivá a loajální „pravá ruka“ lékaře, profesionálka bez emocí a vlastního názoru
přítomnost	nesvobodný dělník až otrok ve zdravotnické fabrice, ošetrovatelská role je v pozadí, prioritní je role administrátorky a dokumentátorky, role „papírově vystudované“ profesionálky	<b>zachyceny konflikty mezi profesními rolmi:</b> ošetrovatelská role je v pozadí, ale formálně se vyžaduje; prioritní je role administrátorky a dokumentátorky; role ošetrovatelky, pečovatelky, edukátorky, důvěrnice a rádkyně je v konfliktu s rolí administrátorky a dokumentátorky; v konfliktu je také role vzdělané kompetentní profesionálky s rolí závislé pomocnice a „pravé ruky“ lékaře; sestry uvádějí roli „papírově vystudované“ formální profesionálky bez reálných autonomních kompetencí, která ale i tak všechno zvládne
budoucnost	ošetřovatelka, pečovatelka, důvěrnice a průvodkyně pacienta, role vzdělané profesionálky v oboru	univerzálně využitelná a využívaná vzdělaná kompetentní profesionálka, vědomostní zaměstnanec, bude vykonávat práci jak za nižší ošetrovatelský personál, tak také za lékaře; bude vzdálena od přímé péče o pacienta, nebude plnit roli pečovatelky, bude především administrátorka a manažerka, organizátorka a preventistka v oblasti rizik a mimořádných událostí a také advokátka sebe sama

Výsledek průzkumné sondy do názorů, postojů a zkušeností sester a asistentů (přehled viz tab. 2) vyznívá poměrně kriticky a zachycuje tendenci posunu od péče a pomáhání k administrativě, formálnímu vzdělávání, manažerskému řízení. Sestry nejsou ve své profesi spokojené, v rámci reálného výkonu profese vnímají disharmonii mezi profesními rolmi a jejich naplňováním. Potvrzuje se, že hypotéza č. 1 pro následný výzkum (vyvozená z výsledků *pětিলístku: Vzdaluje se české ošetrovatelství pacientovi? Klade nevyvážený jednostranný důraz na profesionalitu, vědu a peníze, čímž se vytrácí lidskost a upadají vztahy sester k pacientům a jejich blízkým? Převažuje v českém ošetrovatelství manažerismus nad pomáháním?* [viz kap. 3.2 v *Doprovázení v ošetrovatelství I*]) je legitimním současným problémem k hlubšímu zkoumání. Další potenciální problémy ke zkoumání, které vyplynuly z výše uvedené druhé části kvalitativní studie:

### **Téma pro následující výzkum 1**

Ovlivňuje formální systém kvality implementovaný ve zdravotnických zařízeních reálnou kvalitu přímé ošetrovatelské péče o pacienta pozitivně a proměňuje také profesní role sestry?

***Téma pro následující výzkum 2***

Zabývají se zdravotnická zařízení potřebami sester jako pomáhajících profesionálů a vytvářejí jim dostatečný prostor pro jejich ošetřování, pomáhání a pečování? (Nejsou zmiňované problémy sester výsledkem nepružného a zastaralého systému organizace a financování jejich práce, i když se zásadně změnily požadavky na jejich práci? V jakých organizačních systémech sestry pracují a jak je jejich práce organizovaná?)

## 2 Vybrané intraoborové problémy v českém ošetrovatelství

Profesními problémy českých sester se zabýváme dlouhodobě. Abychom získali objektivní obraz reality, zvolili jsme přístup integrovaného výzkumu, tj. kombinaci kvalitativní a kvantitativní metodologie a triangulaci pomocí vlastních primárních studií a studií sekundárních od jiných autorů.

**Vybrané problémy českého ošetrovatelství**, které byly zvoleny jako indikátory popisu jeho vývoje i aktuálního stavu:

- problémy vztahu teorie a praxe oboru
- aktuální pracovní podmínky sester
- syndrom vyhoření u sester
- spokojenost sester v profesi

### 2.1 Problémy vztahu teorie a praxe v oboru a aktuální pracovní podmínky sester

Kvalitativní šetření jsme realizovali v roce 2009. Bylo to 5 let po vydání legislativy, která harmonizovala výkon profese i vzdělávání s Evropskou unií (Špirudová, Kisvetrová, 2009, s. 916–931). Chtěli jsme zjistit, jak se nová teorie a metoda oboru usadila do klinické ošetrovatelské praxe po poměrně hektických letech harmonizace s legislativou Evropské unie a potřebě srovnat cca 25leté zpoždění za vyspělými zeměmi světa (po roce 1989 se i obor ošetrovatelství začal dostávat k informacím „západního světa“ a zásadním způsobem musel doplnit svoji teoretickou bázi a praxi podřídit mezinárodně uznávané metodice).

Problematika harmonické koexistence teorie a praxe v oboru ošetrovatelství v ČR je téma stále a neztrácí na aktuálnosti. Zdá se, že distance jedné od druhé se stále udržuje. Problém účelného propojení teorie a praxe je ale pro rozvoj oboru naprosto klíčový. Teorie oboru je kvůli dvoukolejnosti resortů – školství a zdravotnictví – jakoby odstrážena od praxe, stojí mimo klinickou praxi, má často problém se do klinické praxe bez bariér dostat. To, co nabízí oborová teorie praxi, je praxí považováno za těžké, nere realizovatelné, za zbytečně zvyšující náklady a okrádající o čas. Ochota ošetrovatelské praxe přijímat nové metodiky a způsoby je poměrně nízká. Ošetrovatelství v ČR je obor konzervativní a kvůli současné zdravotnické politice a stavu ekonomiky je ošetrovatelská praxe nucena se orientovat zejména na ekonomické úspory. V oboru lze pozorovat vzdělanostní i generační rivalitu. Obor jako by nebyl homogenní a nastaven na svůj vnitřní racionální rozvoj, na argumentování a prosazování účelných změn. Abychom zjistili, jak situaci aktuálně vidí sestry z praxe a studenti, provedli jsme následující kvalitativní sondu a výsledky jsme doplnili o zjištění z aktuálního šetření realizovaného Českou asociací sester v roce 2013. V roce 2013 jsme se sester v rámci naší studie *o oboru ošetrovatelství* také dotazovali na aktuální problémy na jejich pracovištích, které by měly být neodkladně řešeny.

Cíl šetření zaměřeného na problémy vztahu oborové teorie a praxe

Zjistit reálné názory a postoje „studujících“ sester k současným problémům vztahu oborové teorie a praxe v ČR.

**Metodika výzkumu:** kvalitativní šetření technikou *focus group*. Celkem 68 respondentů bylo rozděleno do 18 skupin po 4–6 a byl jim nastolen tento problém k diskuzi a k vyjádření názoru: „Spojení teorie a praxe v ošetrovatelské péči – jaké vnímáte aktuální problémy a jaké vidíte možnosti řešení?“ Skupiny po vnitřní diskuzi své názory zapsaly. Následně byla otevřena diskuze veřejná, ve které se skupiny vzájemně informovaly a svá stanoviska upřesňovaly, doplňovaly. Výstupy byly poté vyhodnoceny technikou zakotvené teorie, pro zpracování dat byla použita technika vytváření trsů a validace výstupů pomocí triangulace analyzandů (Miovský, 2006; Strauss, Corbin, 1999).

### Výběr vzorku respondentů

Aby respondenti mohli reálně posoudit rozdíly mezi teorií a praxí, bylo potřebné hledat sestry, které mají souběžné zkušenosti z praxe a z teorie oboru. Proto podmínkou pro zařazení respondenta do studie byla jeho kvalifikace v profesi sestry a souběžné studium na vysoké škole v některém z ošetrovatelských programů pro sestry. Pro výběr vzorku byl použit stratifikovaný účelový výběr, tj. nepravděpodobnostní metoda výběru.

### Šetření bylo realizováno u studentů

- Třetího ročníku kombinované formy studia bakalářského oboru ošetrovatelství – tj. u praktikujících sester, které při zaměstnání studují vysokou školu ( $\Sigma$  29).
- U studentů prezenčních forem navazujícího magisterského studia – tj. u studentů, kteří mají středoškolské vzdělání na zdravotnické škole, získali bakalářskou kvalifikaci v oboru všeobecná sestry a studují navazující magisterské obory na vysoké škole. Mají za sebou zkušenosti z řady hodin klinických ošetrovatelských praxí v různých typech zařízení. Jednalo se o studenty 1. ročníku navazujícího magisterského programu oboru dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých ( $\Sigma$  16) a 1. ročníku navazujícího magisterského programu v oboru učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy ( $\Sigma$  23). Celkový počet respondentek byl 68. Strukturu respondentek podle délky sesterské praxe mimo školní klinickou praxi uvádí tabulka 3.

**Tab. 3** Struktura vzorku respondentek-sester podle délky praxe v oboru mimo školní praxi

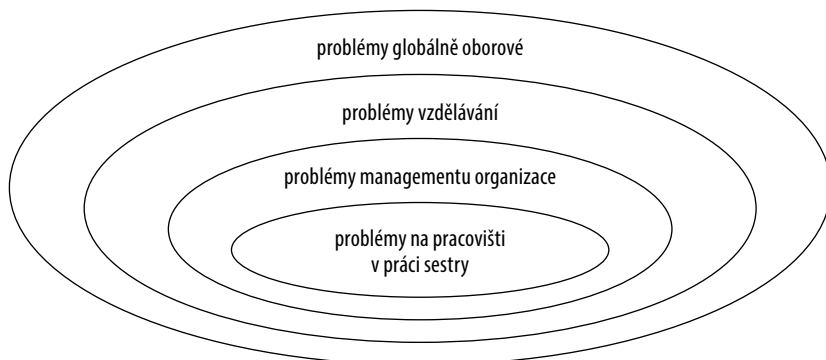
Roky praxe	$\Sigma$	%
0 (pouze praxe v rámci studia)	25	36,76
1,0–5,9	14	20,59
6,0–10,9	12	17,65
11,0–15,9	8	11,76
16,0–20,9	5	7,35
21,0–29,9	1	1,47
30,0–33,9	3	4,42
$\Sigma$	68	100

Ve vzorku bylo celkem 46 všeobecných sester, 19 porodních asistentek, 3 dětské sestry.

### Postup zpracování dat

#### I. úroveň třídění a vyhodnocení dat

Získané informace od respondentek byly po pečlivém prostudování strukturovány do 4 základních kategorií – podle oblastí, ve kterých respondentky identifikovaly problémy. Byly stanoveny kategorie: *problémy na pracovišti v práci sester – problémy managementu organizace – problémy vzdělávání – problémy globálně oborové* (obr. 1).



**Obr. 1** Grafická hierarchická struktura pro přepis a vyhodnocení dat

Výpovědi byly také tříděny podle toho, zda respondentka mimo školu vykonávala nebo nevykonávala praxi v oboru.

#### II. úroveň třídění a vyhodnocení dat

Pro zhuštění informací a také pro kontrolu závěrů vyvozených v jednotlivých kategoriích jsme informace od respondentek ještě přeorganizovali podle obsahových oblastí v jednotlivých kategoriích. Některé obsahové oblasti byly definovány napříč kategoriemi shodně, některé poněkud odlišně (podrobně viz Špirudová, Kisvetrová, 2009, s. 916–931).

#### Vyhodnocení výpovědí z roku 2009 a jejich komentování

V kategorii *problémy na pracovišti v práci sester* se ukázalo, že jak sestry z praxe, tak studující (sestry bez praxe) problémy v oblasti týmů a kompetencí vnímají obdobně. Sestry z praxe uvádějí, že jsou v provozu stále využívány jako „sestry pro všechno“. Sestry bez praxe kromě neujasněných kompetencí navíc uváděly problémy s mezioborovou a interpersonální komunikací. Opakují se požadavky na doplnění stavu ošetrovatelských profesionálů na pracovištích, není ale jasná představa sester v tom, jak by měly být vzdělanostně strukturovány (názory sester na asistenty jsou velmi problematické – viz kategorie management organizace a globálně oborové problémy).

Obě skupiny se ve svých výpovědích zmínily o ošetrovatelském procesu, ale jen sestry z praxe vypovídaly o nemožnosti aplikovat teoretické modely a koncepty a ter-



minologii NANDA do praxe. Sestry bez praxe-studentky toto vůbec nezmínily, pro ně pravděpodobně není v obecné rovině problém aplikovat teorii do praxe. Ony uváděly problém s aplikací teorie do praxe pouze u nás ve stávajícím systému organizace práce, rozložení kompetencí na pracovištích při současném přístupu sestry z praxe k péči.<sup>1</sup>

Výpovědi z oblasti *problémů klinické přímé péče* jsou znepokojující. Na jedné straně se velmi hovoří o bezpečnosti a kvalitě péče, o usilování zdravotnických organizací o akreditace, ale stále je potřebné v praxi řešit elementární *lege artis* nedodržování ošetřovatelských postupů. Alarmující je přístup sestry z praxe – nezájem pracovat podle doporučených postupů, protože jsou zdlouhavé. Místo aby usilovaly o to, aby jejich dodržování bylo prioritou, snaží se, aby se postupy *lege artis* nemusely řídit, nebo aby si je mohly podle vlastní úvahy a potřeby upravovat. Z toho je možné odvodit, že sestry v praxi buď si stále nejsou plně vědomy své odpovědnosti a svých kompetencí a současně profesních rizik (v žádné jiné regulované profesi, která nese odpovědnost, si profesionálové v takové míře a otevřeně nedovolí konstatovat, že se neřídí doporučenými postupy – viz právníci, architekti, lékaři apod.), a nebo je situace v provozech natolik neutěšená, že sestry ani při dobré vůli nemají prostor dodržovat předpisy, což je situace ohrožující jak sestry samotné, tak pacienty a samotnou organizaci, která sestrám potřebné podmínky pro práci nevytváří, problémy neřeší a přehlíží je. Také by bylo potřebné zjistit, s jak kvalitními standardy sestry pracují (např. víme, že stále nesplňují požadavky metodiky *evidence based practice*). Naše zjištění z roku 2009 můžeme dát do kontextu se situací v současném zdravotnictví – konkrétně můžeme argumentovat podnětem prezidentky České asociace sestry, který na jaře 2013 vnesla na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Jednalo se o to, že sestry ve funkčních pozicích byly velmi znepokojeny situací, která neumožňovala souběžně poskytovat pacientům kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči a současně naplňovat požadavky TOP managementu a pojišťoven.<sup>2</sup> Z toho popudu bylo v roce 2013 provedeno rozsáhlé elektronické šetření Českou asociací sestry k pracovním podmínkám zdravotníků-nelékařů. Výsledky byly prezentovány a diskutovány na konferenci v Brně (23. 10. 2013).

Domníváme se, že některé z uvedených problémů sestry mají své příčiny i v příliš teoretickém vzdělávání, a proto sestry neumí aplikovat řadu teoretických poznatků do běžné praxe. Problémem je také přetrvávající důraz na rutinní výkon praxe a devalvující postoj ke vzdělávání u dosud poměrně vysokého počtu praktikujících sestry (také organizace stále ještě kladou důraz na zapracování – zacvičení, ne na kontinuální vzdělávání a rozvoj personálu; toto považujeme v ošetřovatelském oboru do určité míry za generační problém, který bude postupně vyhasínat). Z toho pramení limitovanost mnoha sestry v možnosti vidět či vnímat skutečnou podstatu problémů a jejich kontextů – např. sestry uvádějí problém s nezvladatelnou dokumentací. Část problému tkví v tom, že ošetřovatelský proces redukuje jen na vedení ošetřovatelské dokumentace, a protože nerozumí ošetřovatelskému procesu jako metodě, je pro ně ošetřovatelská dokumentace zdlouhavá, zbytečně obsáhlá, nevědí, co do ní všechno zapsat a jak, aby

1 Tyto respondentky mohou mít zkušenosti s ošetřovatelskou praxí v zahraničí (např. v rámci studijních pobytů ERASMUS) a nevidí problém v aplikaci teorie do praxe, ale v rigidnosti a neochotě k zásadním změnám v naší praxi.

2 Příklad z praxe: sestry mají nařizováno používat pro ležící inkontinentní pacienty jen dvě pleny za den; sterilizují se některé dražší pomůcky, které jsou na jedno použití, a použijí se opakovaně; sestry nemají dostatek ochranných rukavic a jsou nuceny si je po použití umývat a nosit v kapse šatů apod.

to bylo správně. Neexistence státní normy, která by vymezovala ošetrovatelské posouzení pacienta, ošetrovatelské diagnózy a plány ošetrovatelské péče, situaci neulehčuje. Díky tomu je roztrženo také vzdělávání sester a samozřejmě samotná praxe (viz výpověď respondentek: „*všude se to dělá jinak*“). Neutěšená situace je udržována také řadou paradigmat ve zdravotnickém, politickém i laickém prostředí.

V oddílu „*doporučení, jak problém změnit*“ je z přímých výpovědí respondentek patrné, že sestry potřebují aktivní zapojení do změn a od nadřízených řádné organizování, plánování a realizaci změn i efektivní kontrolu a výsledné hodnocení – chybí motivační zpětná vazba. Potřebují, aby se nadřízení zajímali o to, jak a v jakých podmínkách pracují. Pociťují nedostatek pozitivního hodnocení (odměn, pochval, povzbuzení), a pravděpodobně proto mají i tendenci si toto hodnocení vynucovat – např. snahou „manipulovat až vydírat“ v oblasti *lege artis* ošetrovatelských postupů, což vede zpětně k utužování režimu na pracovišti – k aplikaci donucovacích technik (nebo volání po nich), což má za následek prohlubování frustrace, ztrátu motivace... – a bludný kruh neutěšených podmínek v praxi je vytvořen.

V kategorii *problémy managementu v organizaci* z výpovědí respondentek bylo možné dovozovat následující: ukázalo se, že *ošetrovatelský management* v organizacích poměrně obtížně zvládá problematiku transformace struktury i metodiky ošetrovatelské péče (nejčastěji jsou kritizovány: ošetrovatelský proces – ošetrovatelská dokumentace – standardy – audit). Výrazná nespokojenost sester byla s jejich mzdovým zařazováním a podceňováním vzdělání, poukazyvaly také opakovaně na nedostatečné vybavení pracovišť pro poskytování péče podle standardů či postupů *lege artis*. Zejména vadilo zaměření managementu na peníze bez ohledu na pacienty a na pracovníky. Poměrně silné negativní naladění se ukázalo proti zdravotnickému asistentovi. Příčina byla pravděpodobně taková: samotní provozní manažeři ošetrovatelské péče dobře neznají současnou podobu ošetrovatelského oboru a přesně neví, o čem by změny v oboru měly být a proč. Proto je pro ně těžké praxi aktualizovat a upravovat s využíváním nových možností. Toto je významný problém zejména z toho důvodu, že neexistují závazné národní normy a legislativa, o které by se dalo při pochybnostech a sporech opřít. *Lege artis* ošetrovatelské postupy a ošetrovatelskou péči předkládají dosud v podstatě pouze učebnice ošetrovatelství, ty ale nemohou zastupovat státní normy pro poskytování ošetrovatelských výkonů a péče. Je to pravděpodobně také příčina toho, že zdravotníci se v praxi necítí být těmito „učebnicovými“ postupy vázání, zjednodušují si je, tvrdí, že jsou v praxi nepoužitelné. Udržují si svá paradigmata, jež vnucují nově příchozím, kteří je dříve či později ve větší či menší míře přejímají, protože se potřebují začlenit do pracovního procesu, být úspěšní a vyhnout se konfliktům a konfrontacím se služebně staršími kolegy. A tak nejjednodušším a nejbezpečnějším cílem kritiky je škola, která učí něco, co se v praxi stejně neprojektuje. Škola ale nemá adekvátní předpisy *lege artis* z praxe, a tak jí zbývají učebnice a výsledky výzkumů. V této souvislosti jsou velkým otazníkem ošetrovatelské standardy vytvářené samotnými sestrami. Jejich kvalita neodpovídá zásadám praxe založené na důkazech (EBP), a je tedy do jisté míry limitující jejich využívání ve výuce, i když praxe studentů v daném zařízení podle nich vedena být musí.

Druhá příčina je v často nízké úrovni ošetrovatelského managementu – neumí nové oborové metody, často nemají ani manažerské vzdělání, a tak pracoviště řídí spíše intuitivně podle svého nejlepšího přesvědčení a předchozích osobních zkušeností. Je ale potřebné také vzpomenout na fakt, že nemají dostatek potřebných zdrojů, kterými

by potřebovali disponovat (ekonomických, materiálních, lidských). Bývají vytěžováni řadou rutinních provozních úkolů a chybí jim prostor pro práci koncepční a projekční, pro plánování, organizování, kontrolování a cílené sebevzdělávání. „Ve zdravotnických zařízeních bývá necitlivě implementován management výrobních ziskových organizací, což je velmi nešťastné a generuje to řadu problémů, které by nenastaly, kdyby management respektoval specifčnost zdravotnických služeb, práce zdravotníků a potřeby odlišných způsobů jejich řízení“ (Škrla, 2008).

Mezi výpověďmi respondentek s praxí a bez praxe lze pozorovat rozdíl ve formulování problémů – sestry z praxe uváděly spíše problém a jeho příčinu (např. *teoretické znalosti nejdou přenést do praxe – zdlouhavé, nedostatek sester; nezohledňování dosaženého vzdělání – chybí motivace ke vzdělávání*), kdežto sestry bez praxe formulovaly problém a uvažují spíše o tom, co by se mělo udělat, aby byl problém účinně řešen. Poukazují spíše na to, co jim v praxi chybělo – co očekávaly, že se bude dít, a co se nedělo (např. *využití ošetrovatelských modelů – využití motivaci, systematická edukace sester, výběr modelů podle charakteru zdravotnického zařízení, zpětná vazba na pochopení modelu mezi edukátorem a sestrami. Práce metodou ošetrovatelského procesu – zvýšit motivaci, kompetentní vedení ošetrovací jednotky, efektivní a oboustranná komunikace na všech úrovních. Zavádění ošetrovatelského procesu – pravidelné proškolení zdravotnických pracovníků, zavést jednotnou, jednoduchou a časově nenáročnou ošetrovatelskou dokumentaci. Poskytnout více informací o této problematice lékařské veřejnosti. Zlepšit a prohloubit vzdělávání studentů v ošetrovatelském procesu.*). Ve výpovědích se objevila také kritika k celoživotnímu vzdělávání sester – respondentky s praxí dávají do souvislosti cenu akce a počet přidělovaných kreditů za vzdělávací akci (*čím více kreditů – tím vyšší cena*), respondentky bez praxe upozorňují na nedostatečné zapojení organizace a její nedostatečnou podporu celoživotnímu vzdělávání sester. Obsahově se výpovědi obou skupin shodovaly.

Je potřebné zmínit, že od doby, kdy byla studie realizována (2009), a rokem 2013 došlo k jistým změnám, které pomohly některé zmíněné problémy řešit. V roce 2011 byla legislativou provedena korekce pravidel celoživotního vzdělávání sester, zejména byla zmírněna pravidla pro opakované registrace sester a také byly dopracovány kompetence zdravotnických asistentů a výkony praxe bez odborného dohledu i pod odborným dohledem či odborným vedením (novelizace zákona č. 96/2004 Sb. – Změna: 105/2011 Sb.; Změna: 346/2011 Sb.; Změna: 375/2011 Sb.). Snížil se tlak na sestry po stránce celoživotního vzdělávání a registrací. Praxe má vyšší zájem o zaměstnávání asistentů a zastavil se devalvující přístup k nim (byli jsme už svědkem i opačného extrému – staniční sestra interní ošetrovací jednotky nechala za sebe zastupovat zdravotnického asistenta, i když ve službě byly registrované sestry). Problém v oblasti kooperace sester a asistentů je ale stále otevřený, protože současné nastavení kompetencí asistentů je postavilo do konfliktu se sestrami. Sestry se jimi cítí existenčně ohroženy. Gibbs (2013, s. 40) říká: „řada sester je nahrazována zdravotnickými asistenty. Zdá se tedy, že role sester se mění a že profesní příprava bude hrát zásadní roli při iniciaci dalších systémových změn“.

*Kategorie problémy vzdělávání* – zejména sestry z praxe v průzkumu opakovaně upozorňovaly na *zásadní rozpor školské výuky s realitou ošetrovatelské praxe. V souvislosti s ošetrovatelským procesem a dokumentací kritizují nejednotnost mezi vysokými školami navzájem a mezi vysokými školami a praxí. Toto je problém, který přetrvává. I když je ošetrovatelský proces v legislativě formálně popsán (Věstník MZ ČR č. 9/2004*

Koncepcie ošetrovatelství), nestačí to pro jeho reálné praktikování ve všech oborech a typech pracovišť. Stejný je problém v oblasti ošetrovatelské dokumentace. Je stanoveno, co do ní náleží (vyhláška MZ ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, kapitola 11. Ošetrovatelská dokumentace), ale není dostatečně centrálně řešena její funkčnost pro konkrétní potřeby té které ošetrovatelské praxe. Bezpečně je možné se opřít jen o mezinárodně vydané recenzované ošetrovatelské monografie, učebnice či taxonomie. To je ale problém, protože sestrám nejsou běžně dostupné, a významná je také jazyková bariéra – české sestry běžně nečtou v angličtině. Překladové učebnice jsou již zastaralé (Kozierová, Erbová, Olivierová *Ošetrovatelstvo I a II* přeložené na Slovensku v roce 1996) a nové překlady nejsou. Pouze překlad taxonomie NANDA-I se již podruhé podařilo vydat v češtině, a to především zásluhou aktivity doktorky Pavly Kudlové a nakladatelství Grada. Lokální učebnice nesou zjednodušení a místní zvláštnosti a stávají se zdrojem rozdílných znalostí.

Východiskem z problému převažujícího teoretického vzdělávání sester by mohla být připravovaná transformace sesterského vzdělávání podle evropského systému kreditů ECTS v modulárním vzdělávání. To je primárně postaveno na dosažení výstupních profesních kompetencí studentem. Student tedy po absolvování školy musí umět reálně vykonávat svoji profesi v základních činnostech, musí být připraven naplňovat profesní role sestry a tomu je podřízen celý systém výuky. Při koncipování studijního programu se postupuje jinak, než jsme dosud ze vzdělávání českých sester zvyklí. Primární je, co má umět a dělat student, ne co má učitel učit z oblasti vybraných vědních disciplín (viz Nantl a kol., 2012; Mastiliaková a kol., 2010).

Sestry bez praxe (studentky) *kritizují pedagogy, kteří buď nemají žádnou sesterskou praxi, nebo byli v provozu s nemocnými již velmi dávno*. Z této kritiky také vyplývá, jak respondentky napsaly, že *dobrým pedagogem se stane sestra až po řadě let sesterské klinické praxe*. Takový názor lze komentovat z několika úhlů pohledu: buď se opravdu setkaly s pedagogem, který se naprosto neorientoval v praktických záležitostech, nebo mají zkušenost jak s pedagogem-praktikem, tak souběžně s pedagogem-teoretikem. Praktik ze srovnání vychází pro ně přijatelněji, protože jim předkládá hotové jednoduché návody, které v konkrétních podmínkách praxe fungují či jsou přímo požadovány, zatímco teoretik po nich chce kritické myšlení, hledání variant, pochybování a argumentování, což je samozřejmě složitější a studující nemusí výhody takového přístupu hodnotit jako přínosné. V podmínkách ČR se postavení učitele ošetrovatelství dosud stále proměňuje. Jeho působíště se přesouvá ze středních škol na vysoké školy a na univerzity, a tím se zcela zásadně mění požadavky na jeho odbornost. Faktem ale je, že vyučující ošetrovatelství na vysokých školách mají větší problém s dostupností klinické praxe, než měly učitelky středních zdravotnických škol. Také je potřebné připomenout, že škola (univerzita) a její postupy v ošetrovatelské péči nemohou suplovat absenci státních norem. Úkolem pedagoga je mj. transformovat poznatky z úrovně vědeckého poznání do roviny didaktické a v praxi použitelné. Jeho úkolem je vyučovat ve shodě s akreditovaným studijním programem a poskytovat vzdělání reprezentující 100% úroveň kvality a bezpečnosti, které je v souladu se soudobou úrovní poznání a které také predikuje dlouhodobý vývoj v oboru. Škola nemůže vyučovat a předkládat jako obecně platnou pravdu lokální zvláštnost či specifikum právě žité rutinní praxe.

Požadavek na snížení teoretické náročnosti ve školách by byl chybný. Univerzity mají ve své podstatě zabudovanou vědu a výzkum, svobodu bádání, svobodu odborných diskuzí apod. Od toho se také odvíjí specifčnosti, které jsou respondentkami kri-

tizovány. Vysoké školy a univerzity se profilují, což není na závadu, ale spíše to přináší variabilitu a možnosti volby. *Vzájemná kooperace mezi vzdělavateli sester* by byla jistě cenná cesta, jak diskutovat o problémech vzdělávání a nedirektivně koordinovat změny.

Sestry bez praxe zmiňují jako problém také *špatné interpersonální mezioborové vztahy na pracovištích a neustále přetrvávající devalvující postoj lékařů k sestram*. Navrhují více *informovat o ošetřovatelství již studenty lékařských fakult*. *Kritizují absenci multioborových týmů na pracovištích*. Interpersonální vztahy jsou ve zdravotnictví skutečně velkým tématem. Interpersonální vztahy i mezi sestrami jsou oproti minulosti více dynamické, individualistické, vyhrocené ve smyslu poziční rivality, častěji se objevuje šikana i bossing, změnilo se klima na pracovištích. V českém prostředí multioborové týmy na pracovištích spíše nefungují (lékaři – sestry – asistenti – fyzioterapeuti – nutriční terapeuti – sociální pracovníci – psychologové – kněží apod.). Lidé různých profesí a specializací, kteří se stýkají u lůžka jednoho pacienta, pracují poměrně izolovaně, nekooperují spolu, jen v rámci subordinací si předávají nutné informace. Pokud si zdravotnická zařízení pro své pracovníky v současné době zajišťují supervize, tak téma interpersonálních vztahů je jedno z nejfrekventovanějších. Také současný personální management jako obor klade důraz na zkvalitnění péče o pracovníky, na vztahy a klima v týmech, na humanizaci řízení.

Respondentky také upozornily na *nedostatečné vybavení odborných učeben ve škole*, kde probíhá prvotní nácvik ošetřovatelských činností. Průběžné vybavování učeben spotřebním zdravotnickým materiálem je pro školy problém. Pohybujeme se v oblasti státních dotací na studenta a koeficient 1,5 byl ve srovnání s jinými zdravotnickými obory nízký. Situace se od roku 2013 změnila. Koeficient na studenta oboru všeobecná sestra byl navýšen na 2,5, což by mělo znamenat vyšší možnosti i pro oblast nákupu odborných pomůcek a zdravotnického materiálu pro praktická cvičení.

*Úroveň globálně oborových problémů* zahrnuje zejména kritiku respondentů vztažující se k nízké prestiži sesterské profese v zemi. Vývoj v oblasti společenské prestiže sesterské profese uvádíme podrobněji v kapitole 2.3 (od roku 2009 do roku 2013 byl zaznamenán určitý posun a profese sestry se dostala na poměrně významnou pozici ve společenském hodnocení, tzn., že posílila externí image sester). Respondentky také upozornily, že ošetřovatelské instituce jsou vedeny ne sestrami, ale lékaři či jinými (i nezdravotnickými) profesionály. Sestry necítí z jejich strany oporu ani pochopení pro potřeby a problémy oboru. Výtky respondentek se konkrétně týkaly ministerstva zdravotnictví, České asociace sester, Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Doslovně bylo v přímé diskuzi např. uvedeno: „*měly by skončit impotentní organizace typu ČAS*“. Tyto kritické výpovědi korespondují s problémem *chybějící autonomie oboru* (byl zmiňován v úvodních kapitolách *Doprovázení v ošetřovatelství I*) a zde v konkrétních výpovědích sester je vidět, v jaké podobě a jak mohou být reflektovány jeho důsledky v přímé praxi.

Opakovaně se respondentky nespokojeně vyjadřovaly o *nejasných kompetencích sester na pracovištích a požadovaly doplnění stavů ošetřovatelského personálu*. Zásadní výhrady se objevovaly vůči zdravotnickým asistentům. *Sestry s vysokoškolským vzděláním uvádějí zkušenosti s devalvací až diskriminací ze strany středoškolsky vzdělaných sester*. Také v diskuzi zazněl genderový problém sesterské profese a fakt, že všeobecná sestra je profese ženská a v praxi je pocíťován nedostatek mužů.

Pokud se jedná o *problémy ošetřovatelské praxe*, pak respondentky s praxí zmiňovaly *teoretickou náročnost změn, podřízenost sester lékařům* i v oblasti sesterských

kompetenci (ošetřovatelský proces) a *obavy z převzetí odpovědnosti a samostatnosti v rozhodování*. U obou skupin respondentek je zřejmé, že postrádají jasné normy praxe na úrovni státu, které by byly závazné jak pro klinické provozy, tak pro vzdělávací instituce. Propracované standardy má ošetrovatelství v ČR na národní úrovni pouze v oblasti pregraduálních a postgraduálních vzdělávacích programů. Národní standardy postupů byly realizovány v grantech, ale do praxe nebyly uvedeny. Respondentky z praxe upozorňovaly, že se *tvorbou standardů a diagnóz zabývají jen teoretici a ne lidé z praxe*. Tato jejich kritika není zcela oprávněná.

Univerzitní týmy řešící grantové projekty k národní standardizaci měly ve svých řešitelských skupinách i sestry z praxe. Sestry z praxe byly zapojeny také do hodnotících skupin, které posuzovaly výstupy těchto grantů. Problémem ale je, pokud tyto sestry posuzovanému problému nerozumí do hloubky a v kontextech, pak ze své nevědomosti likvidují i záležitosti, které jsou pro ošetrovatelskou praxi potřebné, nebo trvají na velmi sporných či přímo nevhodných záležitostech – viz např. seznamy konkrétní studijní literatury v legislativě, která představuje standard specializačních studijních programů pro celou zemi.

I v kategorii globálně oborových problémů je zmíněn *systém formálního celoživotního vzdělávání v kontextu registrací*. Sestry bez praxe uvedly také jako problém *zavádění zahraničních trendů bez ohledu na domácí podmínky* – zde je potřeba vzpomenout na harmonizační období v přípravě na vstup do Evropské unie a direktivy, které bylo nutné implementovat. Ošetrovatelství má globální charakter a české sestry jsou součástí této mezinárodní komunity (jsme členy ICN prostřednictvím České asociace sester). Jsme tedy zavázány k tomu, aby naše ošetrovatelství a ošetrovatelská péče držely krok s ostatními vyspělými sesterskými profesními komunitami. To ale neznamená, že by neměla být brána v úvahu národní specifika a historické kontexty. V tomto směru jsou zachycené postoje sester v našem šetření kontraproduktivní a jsou inhibitory našeho vlastního rozvoje oboru, profese i praxe.

### Vyhodnocení dat z II. úrovně třídění

**Aplikace teorií do praxe:** respondentky uváděly *mezery v implementaci změn*, které se promítají do reálné práce sester. Sestry z praxe *požadují kvalifikovaný management*, který umí řídit změny a „ví, co chce“. Požadovaly konkrétní, propracované normy (standardy), ošetrovatelské diagnózy, které jsou jednotně definované a jasně popsány. Domníváme se, že je třeba se také začít velmi zodpovědně zabývat i tím, že realizovat péči v intencích ošetrovatelského procesu nemůže sestra, která prošla jen seminářem. Je to nástroj řízení přímé individualizované péče a náleží do rukou systematicky vyškoleného profesionála – může to být např. systém s ošetrovatelským care managementem. Ostatní mají podle stanoveného plánu o pacienta pečovat. Problém je také podle sester v *nedostatečném materiálním a technickém vybavení pracovišť*, což nedovoluje pracovat tak, jak by bylo žádoucí. *Poddimezování ošetrovatelského personálu* je také důvodem toho, že se sestry nemohou věnovat svým povinnostem tak, jak by metoda ošetrovatelského procesu vyžadovala (není prostor pro kvalitní plánování péče, edukace, vyhodnocování, práci s rodinou apod.). V říjnu 2013 konference České asociace sester v Brně toto téma diskutovala (na základě výsledků z vlastního šetření mezi sestrami) a jako jednu z příčin označila situaci za důsledek „úhradové vyhlášky“ z roku 2012. Takové konstatování je nepřesné, protože výše uvedené problémy již trvají řadu let a je patrná jejich zhoršující se tendence.