

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Markéta Němcová, DiS

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Markéta Němcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

FUNKCE SESTER MENTOREK V PRAXI STUDENTŮ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Šubrtová

PLZEŇ 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 03. 2013.

.....

Němcová Markéta, DiS

Poděkování

Děkuji Mgr. Ludmile Šubrtové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a pomoc při dotazníkovém šetření. Dále děkuji Mgr. Markétě Svobodové a Mgr. Michaele Rothové za umožnění výzkumného šetření v Krajské zdravotní a.s., v odštěpných závodech Chomutov a Ústí nad Labem.

Anotace

Příjmení a jméno: Němcová Markéta

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Funkce sester mentorek v praxi studentů

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Šubrtová

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: mentor, mentoring, celoživotní vzdělávání, sestra-školitelka, role sestry

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se v teoretické části zaměřila na vzdělávání dospělých. Jeho historii i současnost s důrazem na mentorství a mentoring, který je nedílnou součástí naší zdravotnické profese a podle mého názoru přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče prostřednictvím vzdělaných všeobecných sester. V praktické části jsem se pokusila zmapovat povědomí sester o sestrách mentorkách, jejich funkci a jejich přínosu pro studenty klinické praxe.

Annotation

Surname and name: Němcová Markéta

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Function of nurses-mentors in student practises.

Consultant: Mgr. Ludmila Šubrtová

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 34

Keywords: : lifetime education, mentor, mentoring, nurse-mentor, role of a nurse

Summary:

Theoretical part of this bachelor thesis is focused on adult education. It summarizes the history and the present of adult education and it deals particularly with mentors of nursing students and mentoring, which represents a crucial part of nursing. It is supposed that mentoring helps to improve the quality of nursing via well-educated general nurses. Experimental part plots the general nurses' awareness of mentors of nursing students, describes their scope of employment and their positive influence on clinical praxis' students.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ A VYUŽITÍ PEDAGOGIKY A DIDAKTIKY V PRAXI	11
1.1 Hlavní didaktické zásady	12
1.1.1 Dialog jako prostředek vyučování.....	13
1.2 Fáze didaktického procesu.....	14
1.3 Rozvoj osobnosti.....	14
1.4 Pedagogická komunikace.....	15
1.5 Strategické zásady v přístupu ve vzdělávání dospělých	15
1.6 Učení dospělých.....	16
1.7 Vzdělávání v dospělosti	17
1.7.1 Andragogika	17
1.8 Základní typy organizačních forem při vzdělávání dospělých	18
1.9 Celoživotní vzdělávání	18
1.9.1 Lidské zdroje	19
2 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
2.1.1 Historie ošetrovatelství ve světě	21
2.1.2 Historie ošetrovatelství v Čechách	21
2.1.3 Ošetrovatelské vzdělávání v Čechách 21. století	22
2.2 Koncepce ošetrovatelství	22
3 ROLE SESTER	24
3.1 Etika v ošetrovatelském povolání	24
3.1.1 Práva pacientů.....	24
3.1.2 Kodex sester	24
3.2 Výuka sester.....	25
3.3 Profesionální sestra	26
3.4 Edukační činnost.....	27
4 MENTORING	29
4.1 Hlavní body odborné přípravy mentorů.....	29
4.1.1 Termín mentorství	30
4.1.2 Kompetence mentora.....	30
4.1.3 Limitující faktory mentorské činnosti	31
4.1.4 Předpoklady pro činnost mentora.....	32
4.2 Teorie koncepce mentorských kurzů	33
4.2.1 Činnost mentora v klinické praxi	34

4.3	Kvalita mentorské činnosti	36
4.3.1	Kvalita mentoringu	36
4.4	Projekt -Posílení profesionalizace sester prostřednictvím mentorství.....	36
5	ČESKÉ VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH	39
5.1	Vzdělávání dospělých v současnosti.....	39
5.2	Pedagogický směr Jana Ámose Komenského	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
6	FORMULACE PROBLÉMU	42
7	CÍL PRÁCE	43
8	METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	44
9	HYPOTÉZY	45
10	VZOREK RESPONDENTŮ	46
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	47
12	DISKUZE	58
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Je všeobecně známo, že každý zaměstnanec je povinný soustavně si prohlubovat svou kvalifikaci na výkon práce, který má dohodnutý ve své pracovní smlouvě. Na druhé straně stojí i zaměstnavatel, který má povinnost starat se o zvyšování kvalifikace všech svých zaměstnanců. Nač jsem chtěla poukázat tímto krátkým úvodem? Na to, že o své vzdělávání by se měl starat především člověk sám, třeba proto, že dělá práci, kterou má rád a chce jí stále dělat dobře a dostát tak neustále se zvyšujícím nárokům společnosti, zejména v naší zdravotnické profesi.

Studijní programy a aktivity ve vzdělávání, které jsou určeny k prohloubení odborné způsobilosti zdravotnických pracovníků, patří do takzvaného neformálního vzdělávacího systému. Soustavné vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví má sloužit zejména k průběžnému doplňování kompetencí v rámci již získané odborné způsobilosti. Vzdělávání sester se do popředí zájmu dostalo až v posledních letech oproti již důkladně propracovanému systému vzdělávání lékařů (Mužik, 2012).

Vzdělávání dospělých dosáhlo velké změny po roce 1989 díky politické, hospodářské a sociální transformaci. Vzdělávací zařízení museli čelit rychlému nárůstu poptávky po kurzech jiného obsahu než dříve. V této době vznikla i řada soukromých vzdělávacích institucí. Toto období by se dalo označit za jakýsi mezník, který posouvá vzdělávání dospělých na jednu z nejvýznamnějších složek celoživotního vzdělávání (Memorandum o celoživotním učení, 2001).

Na začátku psaní této práce to pro mě byla výzva a sondáž do vzdělávání, které se osobně dotýká i mě. Skutečnost, že naše společnost je všeobecně čím dál tím víc založená na znalostech, jsem si uvědomila až postupem času. Žijeme ve světě, který je složitý sociálně i politicky a proto má stále více lidí potřebu plánovat svůj vlastní život. A vzdělání je nepochybně tou nejlepší cestou ke splnění jejich přání (Beňušová, 2011).

TEORETICKÁ ČÁST

1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ A VYUŽITÍ PEDAGOGIKY A DIDAKTIKY V PRAXI

Pedagogika je věda zabývající se výchovou a vzděláváním. Vnitřně bývá členěna na několik disciplín, z nichž pro praxi je nejdůležitější didaktika. Ta zahrnuje teorii vzdělávání a vyučování. Zabývá se tím jak učit, jak hodnotit studenty, jak by měla vypadat učebna, jaké učební pomůcky se mají používat, které vlastnosti by měl mít dobrý učitel a jaký má být vztah a komunikace mezi žákem a učitelem. Andragogikou pak označujeme pedagogiku, která je zaměřena na výuku dospělých. Vzhledem k tomu, že sestry a porodní asistentky v kontaktu s pacienty a studenty využívají pedagogické dovednosti, měly by projít alespoň minimální pedagogickou přípravou (Marková, 2008).

Osobnost učitele, pedagoga či lektora je ovlivňována výsledky pedagogické práce, učení a vzdělávání. Dobrým učitelem se člověk nestává automaticky na základě vrozených vlastností, i když určitý pedagogický talent se předpokládá. K pedagogickým kompetencím, které si musí každý učitel osvojit, patří: odborné vědomosti, aby rozuměl tomu, co učí, pedagogické a psychologické vědomosti, aby byl schopen vést jasný a srozumitelný výklad a aby motivoval k učení, verbální a neverbální komunikační dovednosti, aby byl schopen navázat kontakt, vytvořit dobré klima, vysvětlit pojmy, učinit výuku atraktivnější, pracovat s hlasem, vyjadřovat se stylisticky správně a spisovně, měl by mít schopnost vytvořit si dobrý vztah ke svým žákům a studentům postavený na partnerství, zvláště pak při výuce dospělých, schopnost a vůle si své vzdělání neustále doplňovat v souvislosti s novými poznatky. Komunikace mezi učitelem a žákem hraje významnou roli v procesu vzdělávání. Pro učitele je komunikace neodmyslitelně jedním z nejdůležitějších nástrojů v jeho práci. Při komunikaci se studenty by měl mít učitel pod kontrolou jak obsahovou, tak formální stránku komunikace. To se týká především práce s hlasem. Je to důležité zejména pro udržení pozornosti. Zkuste vyprávět vtíp monotónním hlasem. Většinou posluchačů se to bude zdát mnohem méně vtipné, než když budete měnit tempo, zvyšovat hlas, dělat pomlky. Formální stránkou komunikace není to, co říkáme, ale jakým způsobem to říkáme, například: intenzita hlasu – hlasitost projevu je závislá na velikosti učebny a situaci, během výuky je vhodné hlasitost měnit. Hlas ztišíme, chceme-li dát větě důležitost či dramatický efekt. Náš hlas musí být slyšet všude, ale naopak přílišná hlasitost posluchače unavuje. Pro volbu optimální hlasitosti je dobré se zaměřit na člověka

nejdále od nás a dle jeho reakcí hlasitost korigovat. Co se týká délky slovního projevu, doporučuje se posluchače zbytečně nezahlcovat mnohomluvností, která je pro ně unavující. Je vhodné držet se anglického přísloví: Mnoho namluveno – málo řečeno, nebo výstižného německého přísloví: Krátce a jasně – tím pádem krásně. Tempo slovního projevu bývá pomalejší než při běžném hovoru a to proto, aby si posluchači mohli dělat zápisky. To lze usnadnit jednoduchou stylizací vět, opakováním hlavních myšlenek či zápisem stěžejních bodů na tabuli. Je nutné si uvědomit, že příliš rychlou řeč nestačí posluchači vnímat a naopak velmi pomalá řeč, při které většina posluchačů dopředu ví, co bude vysloveno, je bytostně nudná. Chceme-li napomoci k pochopení sdělované informace, je vhodné používat v projevu pauzy. Klíčové věty zdůrazňujeme tím, že je opakujeme nebo doprovázíme významným tichem. Je důležité hovořit spisovně, nepoužívat nářečí, žargon a opakující se parazitní slova (například, tudíž, že ano). Pozorujeme-li únavu a ochabující zájem posluchačů, je vhodné zařadit přestávku i nad plánovaný rámec či aktivující a motivující prvky. Výuku je možné prokládat citáty, snadno zapamatovatelnými hesly, příklady z praxe, cvičeními, testy. Pro zjištění zpětné vazby je dobré se přesvědčit, zda posluchači rozumí informacím, které jim dáváme, pro pochopení je nutné často zjednodušovat, vypouštět nepodstatné věci a zaměřovat se na hlavní body a ty stále opakovat a zdůrazňovat. Na závěr je vhodné shrnout nejdůležitější body. Mluvený projev dokresluje neverbální signály a mnohdy prozradí více než projev mluvený. Očima člověk získává až 80 % sdělovaných informací. Znakem neprofesionality je podceňování neverbální komunikace (Marková, 2008).

1.1 Hlavní didaktické zásady

Na základě mnohaletých zkušeností byly formulovány didaktické zásady. Ve výuce by se měly uplatňovat systémově.

Proces zapamatování je usnadněn, vnímáme-li informace všemi smysly, z toho vyplývá, že jednou z didaktických zásad je názornost a vizualizace. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že pouze 12% informací je vnímáno sluchem a až 80% je vnímáno zrakem. Ty události, které jsme prožili na vlastní kůži, si pamatujeme nejvíce. Přímý prožitek je v procesu učení důležitější než zprostředkovaný. Ve výuce se používají různé předměty, obrázky či filmy. Mnoha abstraktním pojmům lze lépe porozumět spíše vizuálně, proto je dobré používat tabuli či flipchart, kde jdou některá témata znázorňovat pomocí tzv. myšlenkových map. Při učení je třeba respektovat křivku zapomínání. Fyziologická podstata učení a vytváření vědomostí je vznik dočasných spojů (synapsí),

keré, když nejsou posilovány, zanikají. Novou učební látku je nutné opakovat, co nejdříve po osvojení, protože v prvních 8 hodinách po naučení se zapomíná téměř polovina poznatků. Při výuce je upřednostňován tzv. individuální přístup. Přihlížíme k věkovým zvláštnostem, ke zdravotnímu postižení, k mentální úrovni, potřebám a zájmům daného studenta. Mezi bariéry, které snižují kvalitu vnímání a komunikace mezi učitelem a žákem patří například poruchy sluchu, zraku, odlišnosti kultury, z které žák pochází, jiný životní styl apod. Liší se i talentem, zkušenostmi a schopnostmi jednotlivých žáků. Od pedagoga je očekáván diferencovaný přístup.

Jsou-li mezi studenty velké rozdíly, osvědčuje se minimalizovat frontální výuku a zadávat individuální úkoly tak, aby každý žák mohl zažít úspěch a radost ze svého pokroku. Stěžejní je propojení teorie s praxí. Teoretické vědomosti mají být funkčně propojené s praktickou činností. Orientace na praxi je důležitá zvláště při vzdělávání dospělých. Vyplácí se ukazovat studentům na příkladech aplikaci teoretických znalostí na konkrétní praktické problémy. Další důležitou didaktickou zásadou je to, že výuka by měla být obousměrný proces. Učitel by měl volit takové metody výuky, které budou nutit studenty k aktivitě, k přemýšlení, k návrhům na řešení problémů, k objevování pro ně nových poznatků, k diskusi. Učivo by měl učitel umět uspořádat tak, aby tvořilo logický celek. Od jednoduchých částí ke složitějším. Předkládané učivo by se mělo opírat o poznatky současné vědy a její terminologii, což od učitelů to vyžaduje neustálé vzdělávání (Marková, 2008).

1.1.1 Dialog jako prostředek vyučování

Ve vyučování již není dialog využíván jen jako prostředek komunikace či výuková metoda, nýbrž je v něm viděna možnost rozvoje všech žáků, vzájemné otevírání se člověka člověku, možnost společného hledání, objevování a obohacování se o znalosti, zkušenosti, názory i emoce. Tradiční koncepce vyučování však s učením prostřednictvím dialogu nepočítá.

Pokud chce učitel využívat dialogu jako prostředku vyučování, musí vynaložit značnou aktivitu na vybudování vzájemné důvěry mezi ním a žáky. Musí vytvořit příznivé sociální klima, vhodnou atmosféru. K žákům musí přistupovat jako k aktivním aktérům procesu učení, témata by se měli dotýkat i problémů a zájmů žáků. Tento typ vyučování bývá využíván ve vzdělávání dospělých (Kolář, Šikulová, 2007).

1.2 Fáze didaktického procesu

V didaktickém procesu lze mluvit o třech fázích, které na sebe vzájemně navazují a propojují se. Mentoring řadíme mezi praktické didaktické metody.

Jedním z nejdůležitějších faktorů ve vzdělávání dospělých je motivace, která podněcuje aktivitu účastníků a je na ní závislý i konečný efekt výuky. Pro kvalitní motivaci je důležité, aby výukové cíle byli reálné, ne příliš náročné. Motivaci posiluje odvolávání se lektora na příklady z jeho praxe. Další fází je získávání vědomostí a formování dovedností a návyků. Jde o složitý proces, kdy si student osvojuje pojmy, pravidla, poučky a lektor usměrňuje jeho myšlenkové pochody na bázi zobecnování, které je dospělým blízké. Poslední, ale o nic méně důležitou fází je ověřování znalostí z výuky, které probíhá prakticky neustále. Lektor musí rozpoznat příčiny, proč se účastníci dopouštějí chyb a tím může zdokonalovat svůj didaktický proces (Mužik, 2004).

1.3 Rozvoj osobnosti

Učení lze rozdělit do tří široce pojatých kategorií. Dnes je obecně přijímáno toto rozdělení, které poprvé navrhl B. S. Bloom. První oblast je zaměřena na kognitivní (poznávací oblast). Učí nás myslet, rozhodovat se, počítat, psát, používat fakta atd. Další oblast se týká psychomotorických dovedností. Jakými jsou praktické činnosti, například jak aplikovat injekci. Třetí oblast je nazývána afektivní. Rozvíjí hodnoty, pocity a názory, například jak získat kladný postoj ke svému povolání.

Dnešní vzdělaná společnost vyžaduje potřebu celoživotně se vzdělávat. Dospělý člověk však přistupuje k učení s určitými obavami ze selhání, strachem před ztrátou prestiže či zesměšnění se ve třídě, ale především s neochotou přijímat nové informace. Schopnost učení se v dospělosti příliš nemění, jak dokazují výzkumy. Proto jsou obavy z neúspěchů zbytečné. Klesá sice schopnost vybavovat si a rychlost učení, ale lidský mozek je schopný učit se do prakticky posledních okamžiků života. A to v té míře, v jaké byl celou dobu dospělosti učení vystavován. Zatímco zatěžování srdce nadměrnou zátěží je škodlivé, zatěžování mozku je velmi užitečné a je největší ochrannou před stárnutím a nejlepší cestou pro uchování duševní zdatnosti. Při výuce dospělých je třeba počítat s některými fyziologickými změnami, kterými jsou snižená ostrost vnímání, která vyžaduje zesílení učebních podnětů, silnější hlas, výraznější a větší písmo. Dospělí mají menší schopnost vnímat naráz několik podnětů, je u nich snižená schopnost udržet déle pozornost, snižená rychlost učení. Oproti mladým vynikají lepší schopností rozlišit jemné detaily a rozdíly v oblastech, které znají (profese, koníčky) (Marková, 2008).

1.4 Pedagogická komunikace

Pedagogikou komunikaci lze chápat z mnoha hledisek. Lze ji například chápat jako sociální komunikaci, prostřednictvím níž se vzděláváme a vychováváme, či jako profesionální komunikaci mezi učitelem a žákem. Komunikace jako taková je základní prostředek, kterým lze uskutečňovat výchovu a vzdělávání prostřednictvím verbální i neverbální složky.

Pedagogická komunikace je dvousměrný proces, kdy na jedné straně je učitel a na straně druhé je žák. Oba pracují na principu vzájemné spolupráce, bez níž by nešlo pedagogickou komunikaci uskutečňovat. Funguje na principech spolupráce, na maximu kvantity (neříkat více než je nezbytné), maximu kvality (nelhat, neříkat nic, co není podloženo dostatkem důkazů), maximu relevance (říkat jen to, co je v dané chvíli důležité a vhodné) a maximu způsobu (vyjadřovat se jasně, přesně, srozumitelně.) Těmito myšlenkami se zabýval již J. A. Komenský (Nelešovská, 2005).

1.5 Strategické zásady v přístupu ve vzdělávání dospělých

U dospělých studentů je důležitá motivace orientovaná na praktický život. Motivace souvisí s životními cíli a úspěchy v jejich dosahování. Je všeobecně dokázáno, že motivovaný člověk je připravený a ochotný přijímat nové informace. Úspěch bývá nejsilnějším motivačním prvkem. Pokud někdo něco nezbytně potřebuje, učí se velmi rychle (například zamilovaný do cizinky se rychle učí nový jazyk).

Ve vzdělávání dospělých je kladen důraz na správnou organizaci výuky a strukturování učiva. Zařazovat přestávky, respektovat to, že bude chvíli trvat, než se obnoví každodenní návyk učení. Látku je dospělým třeba strukturovat do malých snadno pochopitelných oddílů. Atmosféra při výuce má být vedena tak, aby účastníci měli pocit, že látku zvládnou. Je vhodné vytvořit pozitivní klima, které vyplývá z komunikace lektora a účastníka, zážitkem úspěchu, který u účastníků vede k pokroku v učení. Z chyb se lze poučit a strach či obavy jsou přirozenou součástí každé výuky. O tom je třeba přesvědčit studenty. Učitel by si měl všimnout pocitů studentů a atmosféry, která ve třídě panuje. Sociální efekt ve skupině se projevuje tím, že studenti si mohou vzájemně pomáhat, poznávají se a komunikují spolu. Učí se tak i jeden od druhého a ne jen od učitele.

Cíle učení stanovují to, co má účastník výuky na konci učební jednotky vědět nebo umět. Výhoda pro účastníky výuky je v tom, že vědí, co je ještě čeká. Mohou očekávat pro ně zajímavé téma a učit se cílevědoměji. Důležité je i prostředí, ve kterém se výuka odehrává. Je třeba vždy vhodně zvolit učebnu. Požadavky na místnost jsou také dobře

známé. Měla by být světlá, prostorná, upravená, s vhodným vybavením pro výuku, židle by měli jít upravovat různým způsobem. Často se upouští od frontálního uspořádání, kdy jsou židle v řadách, a místo toho se například používá uspořádání do kruhu, kde je zajištěn lepší vzájemný kontakt studentů. Pokud jsou prostory nevhodné, studenti ani učitel se necítí dobře. Vyučovací metodu volíme podle specifika probírané látky, cílů a prostředků, které máme k dispozici, ale také podle zkušeností, které máme. Jednotlivé metody je vhodné střídat, aby tak došlo k větší aktivizaci studentů. Mezi aktivizační metody patří řešení modelových situací, diskuse, nápady, kladení otázek, řešení úloh.

Při výuce by měl být ponechán prostor pro otázky posluchačů, které je aktivizují, učitel by měl ke kladení otázek povzbuzovat. Alternativní vyučovací metody jsou orientovány více na studenta, namísto tradičních metod, které jsou zaměřené více na obsah učiva. Studenti by měli dostat zpětnou vazbu o svých studijních výsledcích. O způsobu hodnocení a kritériích by měli být studenti informováni předem. Učitel by měl studenta hodnotit konstruktivně, to znamená, že nezanechá ve studentovi nepříjemný pocit neúspěšnosti, který by způsobil snížení motivace a sebevědomí studenta. Je vhodné používat pochvalu a povzbuzení. V kritickém hodnocení je třeba zmínit nejprve to, co se učiteli na studentovi líbilo, teprve pak to, co se mu nelíbilo a mělo by se změnit. Studenta je třeba hodnotit zcela konkrétně s návrhy, jak případné chyby zlepšit. Chyba je brána jako nositel informace o průběhu učení. Zpětnou vazbu během vyučování učitel zjišťuje tak, že průběžně sleduje únavu či ochabující zájem posluchačů. Podle toho pak zařazuje přestávky, zajímavé, aktivující a motivující prvky. Výuku je možné prokládat citáty, snadno zapamatovatelnými hesly, příklady z praxe, cvičením, testy apod. Je třeba se však přesvědčit o tom, zda posluchači rozumí informacím, které jim dáváme. Na závěr shrneme řečené v několika bodech (Marková, 2008).

1.6 Učení dospělých

Z výzkumů vyplývá, že schopnost učit se v dospělém věku trvá a může být tak úspěšně využita. Dospělý člověk se učit chce, protože se chce zdokonalovat. Je na něj přesouvána zodpovědnost za řešení vlastních vzdělávacích potřeb, za využití vlastního potenciálu. Musí si sám najít své místo ve společnosti. Proto do formálního vzdělávání již vstupuje s určitou představou a té také podřizuje studijní výkon. Dospělý má chuť aktivně se podílet na procesu vyučování, řešení úkolů a problémů. Výchovné vlivy z dětství jsou nepopíratelné, ale dospělý již k poznávání světa přistupuje racionálněji, ovlivněn životními zkušenostmi. Za příznivý vliv ve vzdělávání dospělých lze označit kritičnost, snahu třídit

informace a potřebu sebeuplatnění. Naopak nepříznivým vlivem mohou být odlišné názory, stereotypy v myšlení a jednání a žádost jen takových poznatků, které lze bezprostředně aplikovat v praxi (Mužik, 2004).

1.7 Vzdelávání v dospělosti

„Učení je naším celoživotním osudem. Psané slovo nemůže tento úděl změnit, nemůže se o něj zasloužit ani se mu postavit do cesty. Lidské nadání učit se novým kouskům může kniha nanejvýš usměrnit – především pomoci s výběrem témat a metod, rozhodneme-li se učit vědomě a organizovaně, tedy vzdělávat se“ (Plamínek, 2010, str. 13).

Vzdělávání ovlivňují dva zásadní faktory. Užitečný obsah učiva a efektivní způsob vyučování. Pokud dojde k výpadku jen jednoho z faktorů, vede naše úsilí často k marnosti. Třetím neméně důležitým faktorem jsou lidé, kteří se kolem vzdělávání vyskytují. V první řadě se jedná o učitele, tedy o člověka, který nám cestu ke vzdělání umožňuje a usnadňuje. Učitelé často svým chováním rozhodují o našem vztahu k celému oboru. Pokladem společnosti jsou učitelé, kteří rozumí nejen tématům a metodám učení, ale především svým žákům. Moderní programy vzdělávání považují účastníky za rovnocenné partnery, se kterými učitel spolupracuje na dosažení vytyčených cílů (Plamínek, 2010).

1.7.1 Andragogika

Andragogikou nazýváme vědní obor, zaměřený na vzdělávání a učení dospělých. Pojem samotný je umělý a vzniká dříve než vůbec první vzdělávání dospělých. Poprvé byl tento termín pravděpodobně použit německým vysokoškolským učitelem Kappem. Ten ho použil ve své knize o výchovných myšlenkách v Platonově filozofickém díle asi v r. 1833. Snažil se odlišit pedagogiku jako takovou od pedagogiky dospělých.

Původně měl pojem andragogika dva významy. První ji označoval jakousi naukou, která se snažila definovat přístup k učícímu se dospělému. Druhý význam andragogiku viděl jako součást veškerého myšlení o výchově, vzdělávání se a učení. To odpovídá i našemu dnešnímu pojetí. Andragogiku lze definovat jako proces, ve kterém se dospělý člověk systematicky, aktivně a kontinuálně učí za účelem zvětšení znalostí, rozšíření názorů, hodnot, schopností a dovedností. Dospělým v andragogice rozumíme osobu, která ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím programu a jejíž hlavní sociální role se dá charakterizovat statusem dospělého. Vzdělávání dospělých se vztahuje na učení systematické, plánované, cílevědomé. Vzdělávání dospělých má význam nejen pro samotného člověka, ale i pro rozvoj společnosti a jejich subsystémů. Francouzština

i angličtina nerozlišují v intenci latinského původu slov (éducation/education) mezi výchovou a vzděláváním. Význam českého slova edukace má podobný význam, avšak v naší andragogice se tento termín příliš nepoužívá. Vzdělávání dospělých se neomezuje jen na kognitivní stránku osobnosti (Plamínek, 2010).

1.8 Základní typy organizačních forem při vzdělávání dospělých

Vzdělávání dospělých je ovlivněno jak obecným stavem společnosti, tak i jejími různými částmi a v neposlední řadě i lidmi, kteří přicházejí se vzděláváním do kontaktu. Prvním typem jsou školení a tréninky. Tento typ lze rozdělit na jakési dvě větve. První je specializovaná na předávání teoretických znalostí, často se blíží tradiční školní praxi. Druhá je zaměřena na získávání praktických dovedností. Jsou vhodné pro účastníky, kteří jsou schopni odvozovat z obecného konkrétní a samostatně využívat modelových situací a zážitků z kurzů v reálných a praktických situacích. Tento typ se hodí na většinu vzdělávacích situací, protože je tímto způsobem vedeno školní vzdělávání a tudíž jsme mu všichni navyklí. Druhým typem je konzultace a koučování, které se zabývá realitou. Skutečný postup je připravován, ale ještě není prováděn. Třetím typem jsou konzultace a poradenství. Konzultant by měl umět navrhnout optimální řešení dané situace a měl by mít teoretické znalosti. Při konzultacích se předpokládá, že konzultant a člověk z prostředí společně přijdou na řešení, na které by každý sám nepřišel. Čtvrtým typem je učení z výkonu učitele nebo vlastního výkonu. Konzultant by měl umět účastníkovi poradit, eventuelně mu to i prakticky ukázat. Hlavním posláním konzultanta však zůstává umět poradit řešení určité situace. Co se týče učení z vlastního výkonu, zde dochází k otočení rolí a výkon provádí sám účastník. Vzdělávání dospělých je ovlivněno jak obecným stavem společnosti, tak i jejími různými částmi a v neposlední řadě i lidmi, kteří přicházejí se vzděláváním do kontaktu (Plamínek, 2010).

1.9 Celoživotní vzdělávání

Celoživotním vzděláváním je nazýváno průběžné obnovování, zvyšování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti. Vše v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími poznatky. Celoživotní učení a rozvoj společnosti znalostní je součástí naší reality. Dospělý jako subjekt a objekt vzdělávání je do určité míry nezávislý a schopný sebeřízení. Měl by být učitelem i vzdělávací institucí podporován. Jeho životní zkušenosti mohou být velkým přínosem, ale i překážkou. Pro vzdělávání dospělých je typický strach z chyb. Na vzdělávání dospělých mají vliv různé faktory (sociální, technologické,

ekonomické, politické). Dále je vzdělávání dospělých ovlivňováno úrovní a zkušenostmi z předešlého vzdělávání, sebevzděláním, rodinou, kulturou a studijním týmem (Eger, 2005).

Mezi základní formy celoživotního vzdělávání patří například specializační vzdělávání, certifikační či inovační kurzy, odborné stáže, účast na odborných konferencích (Pochylá, 2005).

1.9.1 Lidské zdroje

Za lidské zdroje ve vzdělávání považujeme schopnosti, postoje a vlastnosti člověka. Znalosti a dovednosti člověka, tedy to, co člověk ví a umí, jsou považovány za jakýsi potenciál, s nímž jde pracovat. Například vhodnými vzdělávacími programy. Jelikož schopnosti samy o sobě nestačí, patří sem i postoje. Postoje úzce souvisí s motivací člověka, jsou vyjádřeny snahou, ochotou a loajalitou daného člověka. Motivačními programy lze postoje i schopnosti měnit. Mezi jedinou složku lidských zdrojů, kterou změnit nemůžeme, patří vlastnosti člověka. Jsou to obtížně měnitelné rysy osobnosti člověka, které souvisí s jeho biologickou a psychologickou podstatou. Pro vedení lidí je důležité si výše uvedené uvědomit. Vyplývá z toho, že lidi s určitými vlastnostmi již nemůžeme vychovat a můžeme jen jejich vlastnosti akceptovat (Plamínek, 2002).

2 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je obor, který se dynamicky rozvíjí. Požadavky na vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek se tak musí projevit nejen ve změnách organizačních, ale i metodických. Cílem výuky by mělo být seznámení studenta s vyučovacími metodami, naučit ho vyhledávat zdroje informací a chápat využití mezipředmětových vztahů. Z výukových metod jsou upřednostňovány ty, které u studentů rozvíjejí samostatnost, tvořivost a schopnost využití teoretických poznatků v klinické ošetřovatelské praxi. Jsou vhodné ty metody, které učí studenty kriticky myslet a zdůvodňovat tak své činnosti. Dále mají studenta vést k spoluzodpovědnosti za své jednání. Výsledkem výuky by mělo být posílení samostatnosti a navození pocitu kompetence, naučit se komunikaci, přemýšlení, schopnosti zdůvodňovat a hodnotit, schopnost práce v týmu a umět vyhledávat nové informace. Tyto stále se zvyšující nároky na povolání všeobecné sestry vycházejí jak z legislativy, tak ze současných rolí, které musí dnešní všeobecná sestra ve své profesi vykonávat (Plevová, 2011).

2.1 Historie ošetřovatelství

Ošetřovatelství je moudrost, láska a pomoc. Dobro, které má trvalou hodnotu. Souvislost mezi ošetřovatelstvím, medicínou, zdravotním a společenským systémem je dnes již známá, přesto si nedovolím opomenout historii ošetřovatelství, neboť s ní souvisí vývoj ošetřovatelského vzdělání. Proto bych jen v krátkosti uvedla několik důležitých mezníků (Farkašová, 2010).

Ošetřovatelství bylo ovlivňováno několika směry. Prvním byl charitativní směr, který ošetřovatelskou péči směřoval na uspokojování základních životních potřeb člověka. Prioritní bylo pomoci lidem v jejich utrpení, těžkých životních situacích a v bolesti. Ošetřovatelství vycházelo z náboženství a tradic a proto bylo soustředěováno zejména kolem klášterů. První zmínky jsou již z 10. a 11. století, kdy bychom mohli mluvit o jakýchsi náznacích ošetřovatelství. Druhý směr byl medicínský a rozvíjel se spolu s rozvojem medicíny. Protože lékař při své práci potřeboval pomocníka, začala se pomalu vyvíjet role sestry. Tomuto směru je připisována zásluha při rozvoji ošetřovatelského vzdělávání. Třetí směr byl zaměřený na samostatnou práci sestry, takzvaná terénní péče. U nás byl rozšířen zejména mezi první a druhou světovou válkou. V dnešní moderní době je rysem vyspělého ošetřovatelství a systému zdravotní péče (Kelnarová, 2009).

2.1.1 Historie ošetřovatelství ve světě

Za jakýsi prvopočátek ošetřovatelství je považováno období Krymské války (1853-1856), které zanechávalo na bojištích mnoho zraněných a umírajících. Špatná hygienická úroveň v lazaretech způsobila vznik epidemií, které se často rozšířily až na civilní obyvatelstvo. To vše si vynutilo pomocníky, kteří měli lékařům pomáhat. S touto dobou je neodmyslitelně spjato jméno Florence Nightingalové, která je označována za průkopnici ošetřovatelství. V Krymské válce zorganizovala ošetřovatelskou službu, hlavní důraz kladla na dodržování hygienických zásad. Díky ní byla snížena úmrtnost raněných vojáků na polovinu. Je všeobecně známá jako „dáma s lampou“. Po návratu do Anglie založila první ošetřovatelskou školu v Londýně (1860), kde vůbec poprvé začaly být ošetřovatelky systematicky vzdělávány. Podle jejího vzoru začaly postupně vznikat další ošetřovatelské školy na celém světě. Dalším důležitým jménem z historie ošetřovatelství je Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810-1881) – ruský chirurg a pedagog, který do Krymské války přivedl skupinu ošetřovatelek, ruských žen, které připravil pro ošetřování raněných a umírajících. Ty také začaly poprvé nosit stejnokroj, z něhož se vyvinula sesterská uniforma. Henry Dunant (1828-1910), švýcarský kupec, je známý zejména tím, že zřídil lazaret a dal podnět k založení Mezinárodního Červeného kříže (1864), který jako organizace funguje dodnes (Farkašová, 2010).

2.1.2 Historie ošetřovatelství v Čechách

První ošetřovatelská škola v Praze vznikla v roce v r. 1874 na popud českých spisovatelek a zastánkyň ženských práv, Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské. Škola však po několika letech zanikla. Důležitá byla ovšem jako faktor, který poukázal na potřebu systematicky sestry vzdělávat. Jako další vznikla v roce 1882 ve Vídni ošetřovatelská škola. Po mnoho let si pak v českých zemích každá klinika zacvičovala sestry sama. Teprve roku 1916 došlo k otevření Státní dvouleté ošetřovatelské školy v Praze, která fungovala i po skončení první světové války v tehdejším Československu. Ředitelkou této školy byla paní Sylva Macharová. Škola se stala vzorem vzniku dalších škol. Absolventky této školy založily spolek absolventek ošetřovatelské školy, který později přejmenovaly na Spolek diplomovaných sester. Tento spolek pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy, pořádal kurzy a přednášky. V roce 1918 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, která připravovala sociální pracovníky a později i sestry pro práci v terénu. Vyšší ošetřovatelská škola v Praze byla založena roku 1946 a připravovala jednak sestry – učitelky a jednak vrchní sestry. Roku 1948 došlo v naší zemi ke sloučení ošetřovatelských škol s rodinnými a sociálními (podle nového školského zákona) a vznikly

tak střední zdravotnické školy. Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě vznikl roku 1960. Tohoto roku došlo i k otevření dvouoborového studia ošetřovatelství na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze určeného pro odborné učitelky. Od roku 2004 mohou u nás všeobecné sestry studovat na vyšších zdravotnických školách či na vysokých školách ve studijních bakalářských a navazujících magisterských oborech. Na středních zdravotnických školách byl téhož roku založen obor zdravotnický asistent. O rok později vzniká na zdravotnických školách zdravotnické lyceum, které slouží pro přípravu žáků na vysokou školu (Kelnarová, 2009).

2.1.3 Ošetřovatelské vzdělávání v Čechách 21. století

Dnešní ošetřovatelství je oborem, jehož cílem je péče o zdraví lidu. Pro toto povolání musí být zdravotníci kvalifikovaně připraveni. Samozřejmostí je neustálé doplňování vědomostí a dovedností. Vzdělávání zdravotnických pracovníků má tři oblasti. První je kvalifikační příprava, kterou zdravotnický pracovník získává studiem na střední, vyšší či vysoké škole. Další je příprava specializační a poslední, ale velice důležité, je celoživotní vzdělávání. Proto, aby zdravotník své povolání vykonával dobře, je nutné, aby získával nové poznatky. Ty je možné získat studiem na vysokých školách, návštěvou nejrůznějších kurzů, odborných konferencí, kongresů a dalších. Je nutné neustále si doplňovat své odborné schopnosti, ústní i písemný projev, ovládnutí cizího jazyku a mít znalosti z multikulturního ošetřovatelství (Kelnarová, 2009).

2.2 Koncepce ošetřovatelství

V péči o zdraví člověka má ošetřovatelství nezastupitelný význam. Ošetřovatelská péče zahrnuje soubor odborných činností, které jsou zaměřeny na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, které mají společné sociální zázemí nebo kteří trpí obdobnými zdravotními potížemi. Mezi nedílnou součást ošetřovatelství patří péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Jedná se o individualizovanou péči, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví či nemoci. Moderní ošetřovatelská péče vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu poskytované péče. Poskytování ošetřovatelské péče je zprostředkováno pomocí ošetřovatelských týmů. V ošetřovatelském týmu pracuje ošetřovatelský personál s různým stupněm kvalifikace. Jejich kompetence jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a kvalifikace. Koncepce ošetřovatelství a porodní asistence ve 21. století klade stále větší důraz na samostatnou práci ošetřovatelského personálu. Vyzdvihuje nutnost využití metody

ošetřovatelského procesu a řádné vedení ošetřovatelské dokumentace. Kritéria k poskytování této péče i zjišťování její kvality jsou zajišťována standardy (Pochylá, 2005).

3 ROLE SESTER

Profese sestry je jedním z povolání, které prodělalo v relativně krátkém období poměrně hodně změn. Důležitá skutečnost byla ta, že nemocnice byly určené převážně pro chudé (bohatí lidé stonali v domácím prostředí). To platilo do konce 1. světové války. Další skutečností bylo to, že nemocnice vznikaly většinou z dřívějších špitálů, proto na ně bylo přenášeno charitativní hledisko. Profese sestry byla těmito skutečnostmi ovlivněna na dlouhou dobu. Dále byla role sestry ovlivněna medicínou. Obsah výuky se dříve spíše zaměřoval na nácvik technických dovedností, než na péči o člověka jako lidskou bytost. Z nemocnic se postupem let stávají ohromné kolosy, pro sestry narůstají nové činnosti, dochází k přetěžování sester agendou a jejich vzdalování od pacienta. Tradiční rolí sestry byla základní péče o pacienta. Ta zůstává i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Stále však vznikají a rozšiřují se nové odpovědnosti, které vycházejí z profesní orientace činnosti sester na člověka jako na celek (Bártlová, 1996).

3.1 Etika v ošetřovatelském povolání

Etika v ošetřovatelství vychází ze znalosti pravidel a norem. Pro zdravotnické pracovníky by mělo být stěžejní povinnost mlčenlivosti a dodržování práv pacientů. V původní deklaraci je zakotveno jen šest základních práv, která byla postupně rozšiřována. U nás práva pacientů (příloha č. 1) vstoupila v platnost roku 1992 a velký podíl na jejich vzniku měla paní Helena Haškovcová, autorka mnoha knih zabývajících se etikou (Munzarová, 2005).

3.1.1 Práva pacientů

Práva pacientů jsou zakotvena v etickém kodexu, který není právní normou, ale jakýmsi souborem etických pravidel. Tento dokument pacienty srozumitelnou a pochopitelnou formou upozorňuje na jejich práva při poskytování zdravotní péče. Tento dokument má dva hlavní, avšak neopomenutelné nedostatky. Prvním je absence právní normy a tak z něj nelze vyvozovat trestněprávní ani občanskoprávní odpovědnost a druhým nedostatkem je, že kodex udává pouze práva, nikoli povinnosti pacientů (Vondráček, Ludvík, 2005).

3.1.2 Kodex sester

Etický kodex sester obsahuje základní pravidla pro jednání sestry s nemocným, jeho příbuznými a veřejností. Pravidla vyjadřují hodnoty a morální přesvědčení sesterské profese. Tyto hlavní etické zásady byly vypracovány Mezinárodní radou sester a přijaty

v r. 1973. Pro české sestry byl tento etický kodex jakýmsi konceptem pro vytvoření kodexů vlastních. Oba kodexy se ale v podstatě liší jen v detailech (České ošetřovatelství 2, 2006).

3.2 Výuka sester

Tradiční rolí sestry bylo poskytování péče pacientům. Později začaly vznikat a stále se rozšiřují nové povinnosti, které jsou na dnešní sestry kladeny. Tyto povinnosti vycházejí z profesní orientace činnosti sester na lidské zdraví jako celek. Poznatky se opírají o poznatky z věd humanitních, z aplikované psychologie, sociologie, ošetřovatelské etiky apod. Do popředí vstupují činnosti týkající se zejména psychické pomoci klientům, kterou sestra poskytuje při zdolávání nemoci, dále jsou to činnosti spojené s funkcí edukátora a činnosti spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry, které jsou zaměřeny na zvyšování úrovně léčebné péče a na rozvoji ošetřovatelské teorie a její zavádění do praxe. K tomu, aby byl dosažen a udržen určitý standard péče, jsou nutné nové dovednosti a znalosti, které v minulých letech požadovány nebyly. Jedná se o širší spektrum dovedností, zejména ve vztahu k sociálním problémům, které stále více obklopují a provázejí nemoc a zdraví jedince či skupiny. Jsou to například poznatky ze sociologie, které pomáhají sestře poznat a pochopit postoje a hodnoty jednotlivce nebo skupin včetně rodin, s nimiž přichází do styku. Aby sestra dokázala spolupracovat v systému péče, který podporuje pozitivní zdraví a solidaritu, musí pochopit sociální dynamiku vztahu sestra-lékař-pacient (Plevová, 2011).

Sestra dneška musí pomocí svých dovedností a znalostí rozpoznat potřeby jednotlivce i rodiny, umět je řešit a navázat i na jiné zdravotnické profesionály nebo činitele, aby dokázala vysvětlit potřeby ostatnímu zdravotnického personálu a porozumět tomu, jak potřeby vidí ostatní pracovníci. Musí znát vlastní roli a normy pro jednání a chování, aby byla schopna měřit vlastní praxi a pracovala tak na jejím zdokonalení. Rozpoznat možnosti a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví. Sestra využívá příležitosti a podněcuje společnost k účelnému a ekonomicky efektivnímu poskytování zdrojů a iniciativně jedná v oblasti zdravotní politiky a péče o zdraví. Aby vzdělávací instituce byly schopné v předstihu připravit výuku s cíli, které by odpovídaly potřebám společnosti, musí nejprve tyto potřeby znát. Již v roce 1999 uvedla Mellanová strukturu výchovy a vzdělávání sester. Vycházela z problémů, jež by měly v budoucnu nastat. V současné době jsou všechny aktuální. První se týká nárůstu počtu občanů ve věku nad 65 let, které si podle ní vyžádá výuku geriatrické jako samostatného oboru. Dalším bylo rozšíření komunitní péče týkající se přesunu obyvatel do měst a přílivu imigrantů. Dále pak měla vizi vyučování multikulturního ošetřovatelství, abychom se přiblížili příslušníkům

ostatních etnik či pro nás netradiční víry. Zdůraznila taktéž důraz na prevenci zdánlivě zvládnuté nemoci-tuberkulózy. Nedílnou součástí zdravotnického týmu měli být technici, kteří budou obsluhovat novou techniku. Zvýšení znalostí a užívání etiky jako teoretické disciplíny a pomocí ní řešení problémů, které bude praxe přinášet. A v neposlední řadě je to důležitost sestry v roli pedagoga a prostředníka ve výchově ke zdravému životnímu stylu (Mellanová, 1999).

3.3 Profesionální sestra

O tom, že české ošetřovatelství potřebovalo změnu chápání ošetřovatelství jako profese, nepochyboval snad nikdo. Dříve uznávaná prestižní profese se dnes dostává spíše na druhý konec pomyslné řady. Je třeba vytvořit či znovu vybudovat jakousi image sestry. O image musí však sestry sami usilovat a zasloužit si ji. Aby ošetřovatelství mělo jednu, centrální image je nemyslitelné. Sestry pracují na různých pracovištích, v různých rolích a jsou také různě vnímány. Image je proměnlivá dle dané kultury a času. Stejně tak se liší i představy studentů ošetřovatelství, pracovníků ve zdravotnictví, ředitelů nemocnic či vedení pojišťoven. Píší-li o image sester, je nutné si jej pomyslně rozdělit na interní image, který představuje pohled sestry na sebe samu a na ošetřovatelství jako na profesi. A externí image, což je představa laické veřejnosti, masmédií, politiků. Většina sester se pohybuje někde mezi představou obětavé ženy a profesionálky, která ovládá techniku, je vzdělaná a neřídí se emocemi a na níž je možné se vždy spolehnout. Dosud proběhly studie pouze v rozvinutých západních zemích a z jejich výsledků vyplývá, že názor veřejnosti se mění. Dle ní se setra stává rovnocennou členkou multidisciplinárního týmu. Chceme-li zlepšit image ošetřovatelství, je nutné pochopit principy, které hlásaly již průkopnice ošetřovatelské teorie Martha Rogersová, Tracyová a Strasenová. Nelze nezmínit i takzvané desatero dobré sestry (příloha č. 2), kterým by se měly řídit všechny sestry. Jedná se především o to, že pocity, které v nás převládají, přenášíme na okolí. Za další by sestry měly být přesvědčeny o tom, že jsou významnou skupinou, která je schopna převzít odpovědnost a kontrolu za svou profesi, životy a práci bez ohledu na vliv okolních faktorů. Mezi faktory, které negativně ovlivňují image sester, patří především komunikace (i neverbální) s pacienty i jejich rodinou. Dalším faktorem je přístup k pacientům, styl vnímání, naslouchání a reakce. Jakákoli změna musí začínat u studentů- vést je k pochopení image profese (Škrlovi, 2003).

„Ošetřovatelství je intelektuální aktivita, protože v sobě zahrnuje schopnost rozhodování, které je založeno na nejlepších, nejmodernějších znalostech a výzkumech.

Ošetřovatelství je emocionální aktivita, protože vyžaduje sdílení pacientovy zkušenosti a spolupráci na společně stanovených cílech. Ošetřovatelství je morální aktivita, protože závisí na vztahu důvěry v prostředí, kde rozhodování a výběr alternativ se neopírá vždy striktně o vědecká fakta. Ošetřovatelství je také politická aktivita, protože hraje důležitou roli v přidělování zdrojů v situacích, kde se požadavek často neslučuje s uspokojením potřeby nebo kde je požadavek dokonce daleko vyšší, než naše možnost jej uspokojit“ (Škrlovi, 2003, str. 340).

3.4 Edukační činnost

Důležitou součástí práce sester a porodních asistentek je edukace. Ta se nejčastěji týká informací o lécích a jejich vedlejších účincích, změn v životním stylu, používání pomůcek, informací o výživě, domácím ošetřování a pomoci od rodiny, diagnostickém vyšetření, pohybovém režimu. Výuka pacientů je mnohdy ztížena komunikačními bariérami. Bariéra ze strany pacienta se týká poruch řeči, sluchu, zraku, nesoustředěnosti. Bariéra na straně zdravotníka se projevuje jako projev neúcty či povýšenosti. Projevy skutečného zájmu ze strany zdravotníka jsou velmi přínosné a podporují pacientovu chuť do spolupráce. Nedirektivní komunikace a akceptace pacienta bez odsuzování jsou v komunikaci samozřejmostí.

Výuka malých dětí je o něco složitější. Vyžaduje vynalézavost a přizpůsobení věku a inteligenci dítěte. Protože děti se neumí soustředit dlouhou dobu, je nutné výuku zkrátit a nešetřit povzbuzením a chválou. Nejlepší způsob učení dětí je učení interaktivní hrou. Předškolní děti mají největší strach z odloučení od rodičů a z bolesti. Vzhledem k tomu, že ještě nemají schopnost myslet abstraktně, tak při přípravě na lékařský či ošetřovatelský zákrok volíme názornou pomůcku, na které zákrok dítěti předvedeme. Jsou-li zákroku přítomni i rodiče, je nutné neopomínat je a věnovat pozornost i jim. Je dokázáno, že obavy rodičů se přenáší na dítě. Rodičům a dětem dovolíme co nejvíce času trávit společně. K dospívajícím dětem již můžeme přistupovat jako k dospělým, ale vyvarujeme se autoritativního přístupu. Intelektuální funkce se ve stáří mění. Starší lidé většinou potřebují více času k vyhodnocení a reakci na danou informaci, mívají sníženou krátkodobou paměť. Proces výuky ve stáří bývá ztížen smyslovými poruchami sluchu, zraku. Je tedy vhodné respektovat tyto změny a dát jim více času na zpracování a pochopení podaných informací, eventuálně informace opakovat. Většina seniorů si svá omezení uvědomuje a jsou velmi citliví na chyby, kterých se dopouští. Frustrující pro ně bývá vyplňování formulářů a testů. Základním cílem komunikace se seniory je tedy pomoci odstranit strach a úzkost,

povzbuzovat je a chválit. Dalším důležitým aspektem je zmapovat životní styl seniora a v každém případě ho respektovat. Snažíme se vysvětlovat pozitiva změn, ale nenutíme je do změny. Rodinu bereme jako součást komunity seniora a zapojíme ji do výuky. Ještě předtím je však vhodné vyhodnotit rodinné vztahy. Výuka bez spolupráce rodiny není tak účinná, neboť podpora rodiny či blízkého člověka je pro seniora důležitá (Marková, 2008).

4 MENTORING

Mentoring znamená blízký a individuální vztah zkušenějšího a staršího mentora, který má zájem předávat své vědomosti a zkušenosti mladšímu, méně zkušenému chráněnci. Mentor pomáhá svému svěřenci rozvíjet jeho osobnost a vědomosti a je nedílnou součástí jeho neformálního vzdělávání.

Mentorský princip existuje již dávno. Za přirozené mentory můžeme u dětí a dospívajících považovat jejich příbuzné, přátelé, sousedy či členy rodiny. Mentoringové programy se snaží těchto přirozených mentoringů využívat. Jejich společným zájmem je zprostředkování kvalitního vztahu mezi mentorem a jeho svěřencem (Broumovská, Málková Seidlová, 2010).

4.1 Hlavní body odborné přípravy mentorů

„Identifikace s rolí a funkcí mentora, rozpoznání vlastních hranic a možností, ve vztahu k sobě jako mentorovi, otevření odborných, organizačních i osobních prostorů jednání a chování ve vztahu k mentorské činnosti, znalost důležitých, pro zdařilost výukových situací nezbytných, didaktických prvků, reflexe vlastního jednání a chování, vytvoření schopnosti kritičnosti a hodnocení, prodiskutování institucionálních a zákonných rámcových podmínek, vzájemná výměna zkušeností mezi členy kurzu. Kurz má být chápán jako příspěvek k vývoji profesionální identity ošetrovatelského personálu předávané dorostu, k níž neoddělitelně patří: realistický obraz povolání v žádané rovnováze mezi vlastními a cizími nároky, odbornost a věcnost, ošetrovatelský ethos a vědomí sounáležitosti se svým povoláním, funkcionality a schopnost vytvoření vztahu, sebekritika a chuť předat svůj um mladým spolupracovníkům. Dané činnosti jsou chápány jako generativní a zodpovědné, s kariérou související další profesionální vývoj v rámci celoživotního vzdělávání, jež zahrnuje i nástavbové, resp. aktualizující kurzy oživující získané znalosti a dovednosti. Cílem mentorské činnosti není jen pomoc studentům k získání odborné kvalifikace ale i vedení ve vzájemných mezilidských vztazích za použití získaných znalostí a dovedností působením na individualitu jedince. Toto vše se může uskutečnit pouze za spolupráce mentora s kolegy uvnitř i vně ošetrovatelského týmu, studentem samotným, vzdělávací a zdravotnickou institucí, na základě jeho pedagogických a psychologických dovedností a jeho sebereflexe“ (Anastasiadou, 2006, str. 8-9).

4.1.1 Termín mentorství

„Termín mentor pochází z období klasické literatury. Ve starověkém Řecku bylo zvykem, že se mladíci učili od starších a zkušených mužů – svých osobních mentorů. Mentor se stal synonymem pro moudrého a věrného strážce a učitele“ (Plevová, 2011, str. 55).

Mentorství lze stručně popsat jako pomáhání druhému učit se. Mentory v ošetrovatelství se stávají kvalifikované registrované všeobecné sestry a porodní asistentky s klinickou praxí (většinou tři let) po absolvování speciálního kurzu pro mentory. Měly by být členy zdravotnického týmu na pracovišti, kde studenti vykonávají praxi. Mentorský kurz může být součástí vzdělávacího studijního programu ošetrovatelství a pak je ukončen v rámci vlastního vysokoškolského studia.

Základní rolí mentora je předvádění výkonů studentovi, podpora, vedení a výuka studenta. Také jeho hodnocení (např. jak student komunikuje s pacienty, personálem a rodinou pacienta, jeho přístup k pacientům, zručnost ve zvládnání ošetrovatelských výkonů, docházka, upravenost, odborné znalosti, dodržování etiky, schopnost empatie) (Plevová, 2011).

„Mentor pomáhá studentovi dosáhnout cíle praktické výuky, je pro něj vzorem chování a jednání, pomáhá mu rozvíjet jeho znalosti a praktické dovednosti, hodnotí jeho postup a pokrok vzhledem k ošetrovatelským kompetencím“ (Plevová, 2011, str. 56).

4.1.2 Kompetence mentora

Kompetence mentora vycházejí z programů vzdělávání mentorů, které probíhají na vysokých školách. Mentor je metodicky řízen vedoucím ústavu ošetrovatelství. Kooperuje s ostatními pedagogickými pracovníky na katedře. Vede praktická cvičení studentů v souladu s učebními osnovami a je jim nadřazen. Musí znát a dodržovat hlavní didaktické zásady. Má mít vědomosti a zkušenosti v souladu s nejnovějšími poznatky ošetrovatelství a klinického oboru, ve kterém působí a v tomto oboru také vyučuje speciální ošetrovatelskou péči. Jeho úkolem je uvedení studenta na pracoviště. Seznámí ho s chodem oddělení, personálem a vybavením pracoviště. Studenty motivuje k co nejlepšímu výkonu na pracovišti, odborně je vede při jednotlivých ošetrovatelských a administrativních činnostech. Společně se staniční nebo vrchní sestrou rozděluje studenty na směny, eviduje a kontroluje jejich docházku, absenci hlásí na fakultu. Studentům provádějícím klinickou praxi rozděluje pacienty v souladu s jejich kompetencemi, vědomostmi, zručností a ověřuje si jejich zdatnost v teoretických vědomostech a praktických zručnostech tak, aby nedošlo k ohrožení zdravotního stavu pacienta. Dle předem stanovených kritérií (určí fakulta)

studenty hodnotí. Při zpracování ošetrovatelské dokumentace na studenta dohlíží. Na mentorovi je i vedení úvodního, průběžného a závěrečného pohovou se studentem a dle požadavků fakulty vypracovává i závěrečné hodnocení studentů. Sám mentor se musí neustále vzdělávat v v teoretických poznacích v oboru ošetrovatelství, v pedagogice, didaktice a zúčastňovat se vzdělávacích seminářů a kurzů. Studentům, kteří nesplňují požadovanou normu, nepovolí vykonávání praktických cvičení. Jedná se především o vliv alkoholu a omamných látek, zřetelná únava a nedostatek spánku, zdravotní problém bránící vykonávat praktická cvičení, absence předepsané uniformy a obuvi. Pomůže studentům adaptovat se na cizí prostředí, dané oddělení.

V kostce se jedná o to, že mentor zaučuje studenta, odevzdává mu své vědomosti a zkušenosti. Vytváří studentům příjemné pracovní prostředí, tím snižuje jejich psychickou zátěž a napomáhá jim tak k podání lepšího výkonu. Vedení studentů mentorem je rozsáhlá problematika, která čerpá poznatky z mnoha oborů, a proto je důležité zachovávat neustálou kontinuitu mezi teorií a praxí, které lze docílit tím, že budeme spolupracovat s klinickými odborníky – mentory. Proto začaly vznikat mentorské kurzy, které vzdělávají mentory, kteří jsou jakousi zárukou vysoké kvality vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků (Plevová, 2011).

4.1.3 Limitující faktory mentorské činnosti

Limitujících faktorů může být celkem mnoho. Ze strany studentů se jedná o limitaci v oblasti motivace a osobních zájmů. Co se týče zdravotnického zařízení, záleží na typu oddělení, úrovni pracoviště, počtu sester na oddělení, metodě poskytování ošetrovatelské péče, úrovni mezilidských vztahů a mnoha dalších faktorech. Mentor může být limitován odbornou kvalifikací, způsobem organizace odborné výuky či dalšími faktory. Není-li mentorská činnost poskytována v požadované kvalitě, začnou se objevovat stížnosti a nespokojenost. Pokud mentor neplní své kompetence, je s ním spolupráce ukončena. Proto vznikají mentorské kurzy, jejichž hlavním cílem je zajištění kvalitní klinické výuky na klinické úrovni. Důležité je zlepšit charakter spolupráce odborných asistentů univerzity (fakulty) se sestrami na klinických pracovištích. Dále sem patří pečlivý výběr uchazečů o mentorské kurzy ve spolupráci s managementem nemocnic v oblasti ošetrovatelské péče, stanovení kritérií pro přípravu sester a porodních asistentek, které vykonávají dohled nad studenty při odborné praxi, monitoring spokojenosti studentů s praktickou výukou vedenou mentorem. Z pohledu mentora pak evalvace odborné praxe

a zlepšení předávání pedagogických a didaktických poznatků pro praxi mentora (Zuzáková, 2008).

4.1.4 Předpoklady pro činnost mentora

Strukturální předpoklady jsou nezbytné pro zajištění kvality praktické výuky studenta. Vzdělávací instituce si stanoví cíle výuky, pravidelnost výuky, výběr vhodných jedinců z řad spolupracovníků pro funkci mentora. Nezbytná je vzájemná podpora mezi učiteli a mentory, dále pak vzájemná spolupráce, podpora a zastupitelnost mentorů na ošetrovací jednotce.

Předpoklady osobnostní zahrnují jednak odborné kompetence (znalosti z psychologie, pedagogiky, didaktiky, sociologie), znalosti a zkušenosti mentora. Jeho práce musí být plánovaná a systematická, neboť převádí ošetrovatelské modely a diagnostiku z teorie do praxe. Dalšími kompetencemi jsou kompetence didaktické, které slouží ke znalosti kroků v procesu řešení problémů. Mentor musí umět identifikovat potíže studenta, podporovat ho a pomoci mu využít jeho individuální potenciál. Má mít dovednost spolu se studentem formulovat realisticky dosažitelné cíle, schopnost studenta hodnotit, pozorovat, předvádět a vysvětlovat výkon. Musí oplývat organizačními, řídicími, komunikačními i rétorickými schopnostmi, aby mohl vést a dokumentovat pohovory, věděl, kdy má zasáhnout a kdy ne. Mentor by měl znát vlastní slabiny a přednosti, měl by být empatický, kongruentní a kreativní, rolově flexibilní, stabilní s vyjasněnou vlastní identitou. Nesmí se bát konfliktů a jejich řešení a umět spolupracovat a jednat s lidmi. Partnery mentorské práce jsou: rodina jako specifické sociální a materiální zázemí studenta. Svěřenec, žák, odborný učeň, praktikant, student, účastník odborné praxe, medik, účastník náhradní vojenské služby, bakalář. Mentor, který bývá vedoucí úseku, průvodce praxí, uvaděč studenta do praxe. Ošetrovatelský tým a nadřízené vzdělávací instituce, na které má student možnost se obrátit. Učitelé odborné praxe, externí i interní, kteří poskytují studentům výukové materiály a podklady. Doklady k výuce- index, osnova odborné praxe, plán výuky, osnova učebních cílů.

Odborně-praktické úkoly či praktické zkoušky jsou známkové nebo slouží k podání zpětné vazby učiteli, hodiny jednotlivé i skupinové odborné praxe, hospitace, podpůrné výukové programy, praktické projekty, pohovory v rámci týmu. Zdravotní instituce, která poskytuje smluvně podloženou formu a rozsah ošetrovatelské péče. Klient, pacient, nemocný, obyvatel, ošetřovaný, který je v centru ošetrovatelské péče.

K dalším povinnostem mentora patří výměna zkušeností s dalšími členy ošetrovatelského týmu, spolupráce se členy týmu a vzájemná podpora. Vlastní autorita mentora souvisí se sebereflexí, znalostí svých vlastních hranic, obrazem sebe sama, umožňujícím zacházet se svými slabinami i přednostmi konstruktivním způsobem, suverénně, otevřeně a s jistotou. Ke své práci mentoři využívají různé řídicí styly, přinášející jak výhody, tak nevýhody. Citlivým výběrem a plynulým přechodem různých řídicích stylů mají dát studentům prostor tam, kde je to možné a provázet, kde je to potřebné. Mistrovstvím mentorské práce je jakási záměrná manipulace s danými okolnostmi tak, aby student nabyl dojmu, že rozhoduje sám a aktivně řeší vzniklé situace (Anastasiadou, 2006).

4.2 Teorie koncepce mentorských kurzů

Odborná příprava mentorů probíhá na základě absolvování mentorských kurzů, jejichž hlavním cílem je rozšíření osobní a odborné kompetence jedince – budoucího mentora. Samotné kurzy přispívají k profesionálnímu sebepoznání, reflexi přijímané role mentora, k uvědomění si vlastní definice sebe sama (Anastasiadou, 2006).

„Kurz je institucí mentorů, fôrem vzájemné spolupráce, možností ohraničit se od vlastních negativních zkušeností, na cestě k plnému věnování se novému úkolu. Na druhé straně stojí transfer práce kurzu do praxe, na druhé i opačně, přehráváním a rozbořem reálných situací “ (Anastasiadou, 2006, str. 8).

Odborně-praktické úkoly-praktické zkoušky – jsou známkované nebo slouží k podání zpětné vazby učitelí, hodiny jednotlivé i skupinové odborné praxe, hospitace, podpůrné výukové program, praktické projekty, pohovory v rámci týmu. Zaučování a praxe, zapracování, zaškolování, návštěva klinických pracovišť. Zdravotní instituce, která poskytuje smluvně podloženou formu a rozsah ošetrovatelské péče. Klient, pacient, nemocný, obyvatel, ošetřovaný, který je v centru ošetrovatelské péče.

K dalším povinnostem mentora patří výměna zkušeností s dalšími členy ošetrovatelského týmu, spolupráce se členy týmu a vzájemná podpora. Vlastní autorita mentora souvisí se sebereflexí, znalostí svých vlastních hranic, obrazem sebe sama, umožňujícím zacházet se svými slabinami i přednostmi konstruktivním způsobem, suverénně, otevřeně a s jistotou. Ke své práci mentoři využívají různé řídicí styly, přinášející jak výhody, tak nevýhody. Citlivým výběrem a plynulým přechodem různých řídicích stylů mají dát studentům prostor tam, kde je to možné a provázet, kde je to potřebné. Mistrovstvím mentorské práce je jakási záměrná manipulace s danými

okolnostmi tak, aby student nabyl dojmu, že rozhoduje sám a aktivně řeší vzniklé situace (Anastassiadou, 2006).

4.2.1 Činnost mentora v klinické praxi

Mentor je označován za jakéhosi průvodce praxí, který podporuje svého svěřence ve snaze o realizaci jeho individuálního učebního procesu. Potřebné pedagogické kompetence mentor získá úspěšným absolvováním mentorského kurzu v rámci systému celoživotního vzdělávání. Mentor pracuje v úzkém kontaktu se vzdělávací institucí a vedením zdravotnického zařízení. Je plně kompetentní ke kontrole plnění praktických závazků, pomáhá svému svěřenci připravovat se na zkoušky a je přítomen hodnocení jeho praktického výkonu. Funkce obou zúčastněných stran - mentora i jeho svěřence - v procesu zaškolování čerpají poznatky z mnoha vědeckých oborů na základě kvalitní interdisciplinární spolupráce všech zainteresovaných stran. Pod vedením mentora má svěřenec zvládnout základní i speciální pracovní postupy, poskytovat samostatně individuální ošetrovatelskou péči, která odpovídá dosaženému stádiu jeho odborné přípravy a věkové zralosti se zohledněním příslušných zákonných norem. Je kladen důraz na vzájemné kvalitní vztahy, které usnadňují naplnění stanovených cílů (Anastassiadou, 2006).

„Pojem mentor odvozuje svůj původ z řeckého jazyka, od bájného učitele Telemacha, syna Odyssea. Znamená otcovského přítele a poradce, vychovatele, učitele – též mravokárce. V německy mluvících zemích se prosadilo označení vyplývající i ze zákonné úpravy - Praxisbegleiter, Praxisanleiter – jež významově přesněji vystihuje skutečný obsah své činnosti – doprovázet, zapracovávat. Obdobně je specifikován i jeho svěřenec – příjemce mentorského úsilí – Auszubildener, Anzuleitender “ (Anastassiadou, 2006, str. 5).

Mentor má v náplni své činnosti pomoci svému svěřenci ověřit a vyzkoušet získané teoretické znalosti a dovednosti v odborné praktické realitě. Zadává mu jednoduché i komplexní praktické úkoly, koriguje jeho chyby, poskytuje tipy a návody ke zlepšení či zjednodušení práce. Měl by být vzorem a rádcem svého svěřence, odpovídá na jeho otázky, řeší potíže vzniklé v kontaktu s klienty, ošetrovatelským týmem a spolupracovníky v dalších odvětví v rámci interdisciplinární spolupráce. V německy mluvících zemích musí mít mentor minimálně 2 roky praxe ve svém oboru. Dále musí absolvovat mentorský kurz, kde získá potřebné pedagogické kompetence. Jeho odborná příprava je hrazena zaměstnavatelem v rámci systému celoživotního vzdělávání pracovníků. Tuto činnost nemá mentor speciálně honorovanou. Je brána jako nedílný předpoklad zvyšování prestiže

jednotlivých pracovišť. Stěžejní body v oblasti ošetřování klientů, na které se mentor zaměřuje, se týkají příjmu a ošetřování klientů v akutních či život ohrožujících stavech. Dále se zaměřuje na plánování a realizaci individuálních ošetřovatelských intervencí, navrhuje intervence podporující upevnění a zachování zdraví, pomáhá a podporuje zapojení, eventuelně znovu začlenění jedince do jeho původního životního prostředí. Doprovází a podporuje klienty všech věkových kategorií i jejich rodiny na jejich poslední cestě. Účastní se mobilizace a aktivizace jedince s cílem udržet a dále rozvinout úroveň jeho stávajícího potenciálu (Anastassiadou, 2006).

Svěřenec mentora je vzdělávací institucí teoreticky připravován na styk s praxí pomocí nejrůznějších výukových metod. Cílem tohoto snažení je vyvinout u něho pochopení pro člověka nacházejícího se ve výjimečné či kritické situaci. Naučit se rozpoznat akutní a chronické stavy bolesti, závislosti na druhých, odkázání na cizí pomoc. To lze však teoreticky pouze omezeně, proto je nutné, aby na teoretické základy navazovala klinická praxe, která studenta naučí na úrovni přímých prožitků lidsky a individuálně zacházet se svěřenými klienty. Průvodcem klinické praxe je tedy mentor, který musí svého svěřence vhodně připravit na zátěžové situace a podpořit jej při ošetřování těžce nemocných. Od mentora pak následuje odlehčení ve formě vysvětlujícího rozhovoru. Hlavním úkolem mentora je individuální podpora svého svěřence v jeho učebním procesu i během klinické praxe. Mentor je člověk, který zná klienty na svém pracovním úseku, je plně v rozpisu služeb jako člen ošetřovatelského týmu. Měl by znát své úkoly v týmu, být aktivně zapojen do systému ošetřovatelského procesu a systematicky si udržovat svou klinickou způsobilost. Mezi další úkoly patří tzv. koordinace praktické výuky, která zahrnuje skloubení výukových cílů s organizačními, obsahovými a personálními možnostmi oddělení. Dále pak spolupráce s příslušnou vzdělávací institucí a nadřízenými, znalost učebních cílů studentů, dohled na realizaci praktické výuky a poskytování pravidelné zpětné vazby pracovníkům k tomu kompetentním. Organizuje a plánuje výuku studenta ve smyslu řešení problémů a dokumentace pro dosažení cíle relevantních faktů a výsledků. Doprovází studenta a zaučuje ho v cílených situacích, pozoruje a kontroluje vývoj jeho učebního procesu, prodiskutovává se studentem reflexi učební situace a sebereflexi vlastního jednání. V neposlední řadě hodnotí a dokumentuje kroky a úspěchy výuky, úroveň dosažení vytčených cílů (Anastassiadou, 2006, Marková, 2008).

4.3 Kvalita mentorské činnosti

V současné době dochází k výrazné změně pozice a role sestry a porodní asistentky v klinické praxi. Tomu odpovídá i úroveň pregraduálního vzdělávání na vysokoškolské úrovni. V tendenci k zajištění odborné výuky v klinickém prostředí se vyprofilovala role mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. Profesionální vzdělávání a příprava sester a porodních asistentek v ČR reflektuje doporučení směrnic Evropského společenství. A to jak v teoretické, tak i v praktické rovině univerzitního vzdělávání. Mentor by měl splňovat kvalifikační požadavky vzdělávací instituce pro výkon role mentora klinické praxe vycházející z Evropské strategie pro sestry a porodní asistentky. Náležitou přípravu uchazečů na výkon role mentora poskytuje vzdělávací instituce. Na konci kurzu musí mentor splňovat dané požadavky stanovené vzdělávací institucí a měl by být schopen efektivně plnit svoji roli ve výchovně vzdělávacím procesu studentů v klinické praxi (Zuzáková, 2008).

4.3.1 Kvalita mentoringu

Mentor klinické praxe má jasný koncepční rámec k vykonávání své činnosti a působí jako profesionální vzor pro své studenty. A samozřejmě poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu, přičemž upřednostňuje potřeby klienta. Má vysokou morální a odbornou úroveň založenou na nových vědeckých poznatcích z klinické praxe. Respektování a dodržování Etického kodexu sester a práv pacientů je samozřejmým standardem.

Kvalita z pohledu studenta – jsou jí myšleny vzdělávací potřeby a očekávání studentů v souvislosti s mentorem. Kvalita z pohledu vzdělávací instituce a vzdělávacího procesu – to jsou dané požadavky na osobnost mentorů- samotný výběr, efektivní plnění role mentora, dodržení mentorských kompetencí, aplikace didaktických zásad v klinické praxi. Kvalita z pohledu mentora – spolupráce s jednotlivými studenty, se vzdělávací institucí a to jak při organizaci tak i při hodnocení mentorské činnosti (Marková, 2008).

4.4 Projekt -Posílení profesionalizace sester prostřednictvím mentorství

Jedná se o mezinárodní projekt, který začal v únoru roku 2011. Ošetrovatelství jako profese se významně liší napříč evropskými zeměmi. Hlavním důvodem jsou rozdíly ve způsobech vzdělávání všeobecných sester. Významným indikátorem rozvoje ošetrovatelství dané země je především aktivita všeobecných sester v supervizních procesech a ve vedení studentů v průběhu odborné praxe na klinických pracovištích. Nejdůležitějším faktorem ve vzdělávání všeobecných sester by měl být efektivní

vzdělávací vztah mezi sestrami, které vedou studenty na praxi (mentory) a studenty ošetrovatelství – jejich budoucími kolegy. Univerzální přístup ke vzdělávání všeobecných sester, který by mohl být použit v různých zemích, neexistuje. I model mentorství by měl být rozdílný v závislosti na kulturních zvyklostech dané země. Lze srovnávat přístup a obohacení ošetrovatelství jako profese v mezinárodním kontextu. To bylo hlavní myšlenkou, která stála u zrodu tohoto mezinárodního projektu, který vznikl, podpora profesionalizace sester prostřednictvím mentorství. V daném projektu byly zapojeny země, v nichž kvalifikované sestry pracují nezávisle při supervizi studentů v klinické praxi, (Velká Británie a Finsko) a zároveň země, kde sestry z praxe bohužel stále ještě nejsou dostatečně zapojeny v profesní přípravě budoucích všeobecných sester. Role naší České republiky byla v tomto projektu originální tím, že na rozdíl od ostatních zemí Evropské unie, v naší zemi neexistuje tradice vzdělávání mentorů. V ČR je vzdělávání mentorů uskutečňováno pouze jako součást činnosti vzdělávacích institucí na akademické úrovni (Pokorná, 2011).

„Cílem projektu bylo posílit profesionalizaci sester prostřednictvím mentorství v rámci programu celoživotního vzdělávání (Life Long Learning Programme Evropské komise). Do projektu bylo zapojeno celkem 11 účastníků ze 7 zemí (Finsko, Velká Británie, Holandsko, Česká republika, Rumunsko a Maďarsko). Přínosem mělo být zejména vytvoření základů národních doporučení pro vzdělávání mentorů a evaluaci výuky v klinické praxi“ (Pokorná, 2011, str. 33).

Vstup České republiky do Evropské unie způsobil celou řadu celospolečenských změn. Stále více se nám otevírá nejen evropský, ale i celosvětový trh. Výroba se stěhuje tam, kde jsou pro ni nejvýhodnější podmínky. Rozhodujícím faktorem ekonomického úspěchu konkrétní firmy se stává její rychlost přizpůsobení se změnám. Stejně požadavky se odrážejí i v pojetí personální práce, tedy i ve způsobu řízení lidských zdrojů, kde dochází k mnoha důležitým změnám. Dnešní moderní společnost začala investovat mnoho svých prostředků nejen do materiálních, finančních a informačních zdrojů, jako tomu bylo v minulosti, ale i do zdrojů lidských. Připravují adaptační plány pro své nové pracovníky, zabezpečují programy na zvyšování kvalifikace svých zaměstnanců, kariérové mapy, nabízejí různé zaměstnanecké benefity. Hlavní myšlenku toho všeho je vychovat a stabilizovat ve své organizaci schopnou a kvalitní pracovní sílu. Lidské zdroje jsou v současnosti považovány za nejcennější v každé organizaci. Jako reakce na tyto podmínky začínají vznikat v organizacích adaptační procesy nových zaměstnanců. Nový zaměstnanec musí přizpůsobit své chování, vnímání, způsob myšlení a své postoje

ke společnosti, do které nastupuje. Od zaměstnanců se proto očekává zvládnutí všech rovin adaptace, tj. pracovní, sociální a adaptace na firemní kulturu. Důraz je kladen i na schopnost readaptace či adaptace na změnu. Starší teorie řízení lidských zdrojů zdůrazňují hlavně zájmy organizace. Novější teorie vycházejí z koncepce řízení lidských zdrojů, respektují i oprávnění zájmy zaměstnanců. Cílem adaptačního procesu je co nejrychlejší a nejefektivnější zařazení zaměstnance do pracovního procesu tak, aby byl schopen samostatně a kvalitně vykonávat svěřenou práci. Adaptace dnešní doby se zaměřuje na podporu a motivaci, která vede ke ztotožnění se s firemní kulturou a cíli organizace. Výzkumem bylo zjištěno, že největším přínosem, který si mentee (ti, kterým je poskytována podpora mentora) z mentoringu odnášejí, jsou především zkušenosti a vědomosti získané od svých mentorů. Mentor svému svěřenci pomáhá rozšiřovat jeho odborné znalosti a dovednosti, zvyšuje jeho sebevědomí a schopnost efektivního řízení času (time-management). Velmi přínosným aspektem je partnerský vztah a možnost otevřené diskuse mezi mentorem a jeho svěřencem. V polovině března tohoto roku jsou zatím jen předběžné výsledky týkající se tohoto projektu (Pokorná, 2011, Mašín, 2011).

Mentoring je moderní prvek v procesu řízení lidských zdrojů a přináší nový pohled na rozvoj personálních procesů v organizacích všech oblastí. V podstatě jde o učení za podpory druhé osoby. Nejčastěji se tento druh vzdělávání uskutečňuje při výkonu zaměstnání. Pokud zaujme své místo a stane se automatickou součástí adaptačních procesů a činností managementu na všech úrovních řízení, dojde k výraznému zefektivnění adaptace zaměstnanců a zjednodušení zapracování zejména u absolventů a nově nastupujících zaměstnanců. I dnes bohužel mnoho společností ukončuje tento proces tím, že zaměstnanec podepíše pracovní smlouvu a dál mu již nevěnují pozornost. Proto se stává, že brzy po přijetí je firma nucena řešit problémy spojené s odchody nedávno přijatých zaměstnanců či si příliš pozdě všimne, že pracovník je na své pozici nevykonný a má jen malé znalosti v oboru. Situace na trhu práce není jednoduchá, kvalitních zaměstnanců je nedostatek. Na druhou stranu se naskytá otázka, zda společnost, která do své firmy získá kvalitního zaměstnance, je mu poté schopna věnovat dostatečnou pozornost a nabídnout kvalitní proces adaptace. Během procesu adaptace je vhodné vyjasnit si pracovní očekávání obou stran, nastavit si jasné a otevřené standardy pro komunikaci i spolupráci. Adaptace nových zaměstnanců má stejný význam jako jejich výběr. Je potřeba zajistit, aby uvedení nového zaměstnance na pracoviště i proces adaptace proběhly plánovitě a systematicky (Mašín, 2011).

5 ČESKÉ VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Dějiny českého vzdělávání dospělých jsou pestré. Jejich vývoj ovlivnilo národní obrození, feudalismus, vznik měšťanstva, proletariátu, české inteligence a nástup průmyslové revoluce. Dříve byli nositeli lidové osvěty a vzdělání učitelé a kněží, významné osobnosti z oblasti vědy či kultury, politici, divadelní, pěvecké či hudební spolky, knihovny, nedělní školy. V době Bachova absolutismu dochází k útlumu a zároveň jsou prosazovány nové formy vzdělávání, hlavně přírodovědné či hospodářsko-odborné. V druhé polovině 19. století vzniká základna vzdělávání dospělých. Významné a nezapomenutelné místo v českém vzdělávání dospělých má v devadesátých letech minulého století Dělnická akademie a její spoluzakladatel T.G.Masaryk.

Na přelomu 19. a 20. Století jsou prosazovány dvě tendence. Dochází ke snaze o koordinaci a plánování vzdělávací činnosti při současné specializaci a diferenciaci tohoto systému. Se vznikem československého státu se pojí i významnější legislativní a finanční podpora vzdělávání dospělých ze strany oficiálních orgánů. V této době dochází k rozmachu nového typu vzdělávání dospělých, například lidových škol a vyšších škol lidových, které byly zaměřeny převážně na všeobecně vzdělávací činnost, rekvalifikaci nezaměstnaných apod. Další vzdělávací instituce vznikají při politických stranách. Na koordinaci vzdělávání dospělých se podílel zejména Masarykův lidovýhonný ústav. První a tehdy jediný zákon vzdělávání dospělých byl schválen roku 1918. Toto je pouze stručný přehled, který ovšem ignoruje vzdělávací aktivity německého obyvatelstva a ostatních menšin. Nelze mluvit o vzniku jednotného systému vzdělávání dospělých. Rakouská monarchie se chovala neutrálně a podle potřeby i restriktivně, co se týče její angažovanosti na vzdělávání dospělých. Jednou z cest, k nalezení identity a obhájení existence nově vzniklé Československé republiky byla podpora vzdělávání dospělých (Beneš, 2003).

5.1 Vzdělávání dospělých v současnosti

V dnešní době všeobecně roste hodnota a prestiž vzdělání. Stále více lidí cítí potřebu se dále vzdělávat. Pro všechny však není stejná nabízená dostupnost. Velkou roli ve vzdělávání dospělých sehrály mezinárodní organizace (OECD a UNESCO). Dnes vzdělávání dospělých již chápeme jako součást celoživotního vzdělávání a učení se. Stalo se součástí personální politiky v organizacích. Začíná se posouvat těžiště vzdělávání dospělých od čistě zájmového a všeobecného ke vzdělávání zaměřeného na zvýšení

profesních kvalifikací a kompetencí. Prudce stoupá podíl nestátní nabídky vzdělávání dospělých. Dnes je učení součástí konzumního způsobu života a kultivace vlastního životního stylu. Dochází k rozmachu vzdělávacích forem, které jsou zaměřeny na vnitřní svět osobnosti (např. jóga, meditace, východní techniky zvládnání stresu atd.), týkající se tělesnosti, emocí či duchovního světa. Dnešní změny vyplývají ze změn ve vzdělanosti, hodnotových zaměření dnešních lidí...Lidé se stávají kritičtější, náročnější, vybíravější a vzdělanější. Ztrácí se tradiční rozdělení na odborné a všeobecné vzdělávání. Stále více je prosazována myšlenka orientace na účastníka vzdělávání. Ten se stává rozhodujícím prvkem procesu vzdělávání a učení. Předpokladem úspěchu dnešních strategií je snaha skloubit jednotlivé moduly vzdělávání do ucelených certifikovaných vzdělávání. Jako účel dalšího vzdělávání dospělých je uváděna tzv. druhá šance pro lidi, kteří z určitých důvodů nemohli získat vzdělání podle svých potřeb či v určitém úseku svého života neměli o toto vzdělání zájem. Ve vyspělých zemích se většinou jedná o získání úplného středoškolského či vysokoškolského vzdělání. Mezi další účely se řadí získávání či zvyšování odborných kvalifikací (Beneš, 2003).

5.2 Pedagogický směr Jana Ámose Komenského

Jelikož píší o andragogice dospělých a jsme v České republice, nedovolím si opomenout jednoho z našich největších učenců doby, nazývaného učitelem národů, který se pedagogikou zabýval. Od ostatních učenců doby se lišil tím, že chtěl používat lidského vědění k nápravě společnosti. Komenského pedagogický systém, jak bylo již výše uvedeno, byl zaměřen na nápravu společnosti prostřednictvím vzdělání. Stejně jako již Sokrates hlásal, že ke vzdělání je nutné i správné jednání. Jako vůbec první uvažuje o výchově systematicky a propojuje poznání z praxí a vytváří pedagogiku, která je srozumitelná učitelům, rodičům a všem, kteří se na výchově podílejí. Komenský dokázal skloubit myšlenky svých předchůdců (například Sokrata, Platóna, Aristotela), zabýval se celou soustavou vzdělání. Výchova podle Komenského má cíl, obsah, prostředky a podmínky. Cílem výchovy byla výchova k lidství a k všeobecné vzdělanosti. Zaměřoval se na všechny členy společnosti bez ohledu na majetkové poměry (Vacínová, 2009).

„První, co si přejeme je, aby tak pilně k plnému lidství mohl být vzdělán ne jeden člověk, nebo několik, nebo mnoho, nýbrž všichni lidé vespolek i každý zvlášť, mladí i starší, bohatí i chudí, urození i neurození, muži i ženy, zkrátka každý, komu se stalo údělem narodit se člověkem:aby konečně jednou bylo celé lidské pokolení vzděláno po všech věkových skupinách, stavech, pohlaví i národech “ (Wolf, 1992, str. 21).

Komenský přichází s pojetím školy jako s dílnou lidskosti. Navazuje tak na myšlenky renesančního myslitele Erasma Rotterdamského, který hlásal, že člověk se člověkem nerodí, nýbrž se jím stává. O nutnosti výběru a stavbě vzdělávání píše ve svém díle Didaktika. Rozšířil předmět výchovy na celý život člověka – dnes známý jako celoživotní vzdělávání. Školou dospělých stanovuje praxi, zdůrazňuje důležitost četby a studium knih. V celoživotním vzdělávání klade důraz i na zdraví člověka. Vzdělávání dospělých chápe jako střed v lidském životě, kdy se člověk ještě musí mnohému naučit. V této škole už nejsme jen žáky, nýbrž máme i žáky vlastní, které učíme a od kterých se zároveň učíme i my. Podle Komenského mají školy provázet člověka celým jeho životem. Požadavky, které měl na vyučování, jsou v obměnách s úspěchem používány dodnes (Vacínová, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době dochází k výrazné změně rolí sester a porodních asistentek. Tomu odpovídá i úroveň pregraduálního vzdělávání na vysokoškolské úrovni. Mentoring má jasný koncepční rámec, který by měl být vzorem studentům. Mentor by měl splňovat dané požadavky stanovené vzdělávacími institucemi a měl by být schopen efektivně plnit svoji roli ve výchovně vzdělávacím procesu studentů v klinické praxi.

7 CÍL PRÁCE

Cílem mé práce bylo přiblížit sestřám a porodním asistentkám strukturu celoživotního vzdělávání a zmapovat jejich povědomí o sestřích-mentorkách, jejich funkci a pohledu na přínos pro studenty klinické praxe a navržení řešení v podobě semináře o celoživotním vzdělávání a mentorských kurzech. Zaměřila jsem se na sestry v Ústeckém kraji.

8 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Prováděla jsem metodiku kvantitativního výzkumu, jejímž cílem je statický popis. Při této metodě je pracováno s velkým počtem respondentů. V mém případě to bylo rovných 100 respondentů. Používala jsem dotazníkové metody. Tento typ výzkumu bývá založen na ověřování platností teorií a je analyzován pomocí analytických postupů. Spočívá v návrhu testu, který má sloužit k podpoře či zamítnutí stanovené hypotézy. Na závěr se provádí shrnutí, statistické testy a doporučení pro další studium či praxi. U této metody je charakteristická nepřítomnost výzkumníka a znalost prostředí, ve kterém výzkum probíhá. Umožňuje hromadné zpracování. Jeho nevýhodou bývá to, že při neporozumění nelze nic doplnit či opravit.

Dotazník (příloha č. 3) byl zcela anonymní, obsahoval 11 otázek. Otázky byly zavřeného typu (dichotomické a polytomické), polozavřeného a kontrolního typu. Výzkumná část kvantitativního výzkumu byla prováděna v nemocnicích Krajské zdravotní, a.s. v Ústeckém kraji. Ústecký kraj jsem zvolila z toho důvodu, že odtud pocházím a je to pro mě tudíž známé prostředí (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

9 HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že sestry s vyšším vzděláním lépe znají práci sester mentorek oproti sestrám, které mají vzdělání nižší.

Kritérium:

Vyšší vzdělání = vyšší odborné a vysokoškolské studium

Nižší vzdělání = středoškolské studium (v našich podmínkách bývalá SZŠ)

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina sester v Ústeckém kraji je nedostatečně motivovaná k funkci mentorky a mentorství jako takovému.

Kritérium:

Většina = 51% a více

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že většina sester předpokládá, že studenti, které měl-a při klinické praxi na starost mentor-ka se pak lépe adaptovali na roli sestry při svém nástupu do zaměstnání.

Kritérium:

Většina = 51 % a více

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů byl náhodný. Dotazník vyplňovaly sestry a porodní asistentky pracující ve směnovém provozu, bez ohledu na délku praxe, vzdělání či věk. Šetření probíhalo na různých odděleních Krajské zdravotní a.s. v nemocnicích v Chomutově a Ústí nad Labem.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

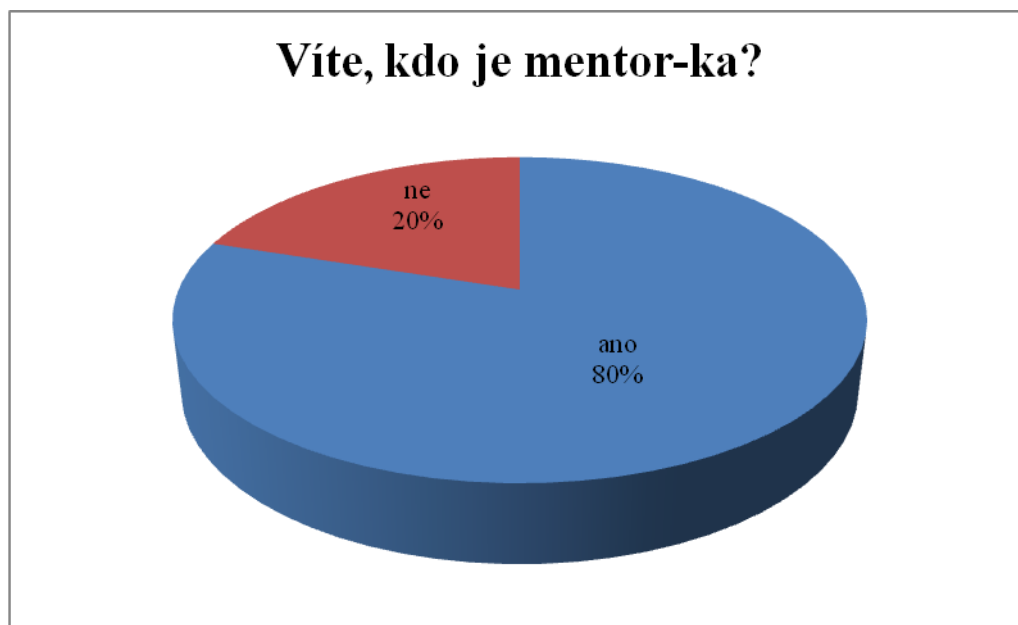
Graf 1: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 1 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) respondentů, že 34 (tj. 34 %) dotázaných má středoškolské vzdělání, 23 (tj. 23 %) má středoškolské vzdělání a pomaturitní specializační studium, 17 (tj. 17 %) má vyšší odborné vzdělání, 10 (tj. 10 %) má vysokoškolské vzdělání magisterského typu, 8 (tj. 8 %) má vysokoškolské vzdělání bakalářského typu a 8 (tj. 8 %) má vyšší odborné vzdělání a pomaturitní specializační studium. Možnosti jiné vzdělání nevyužil žádný z dotázaných.

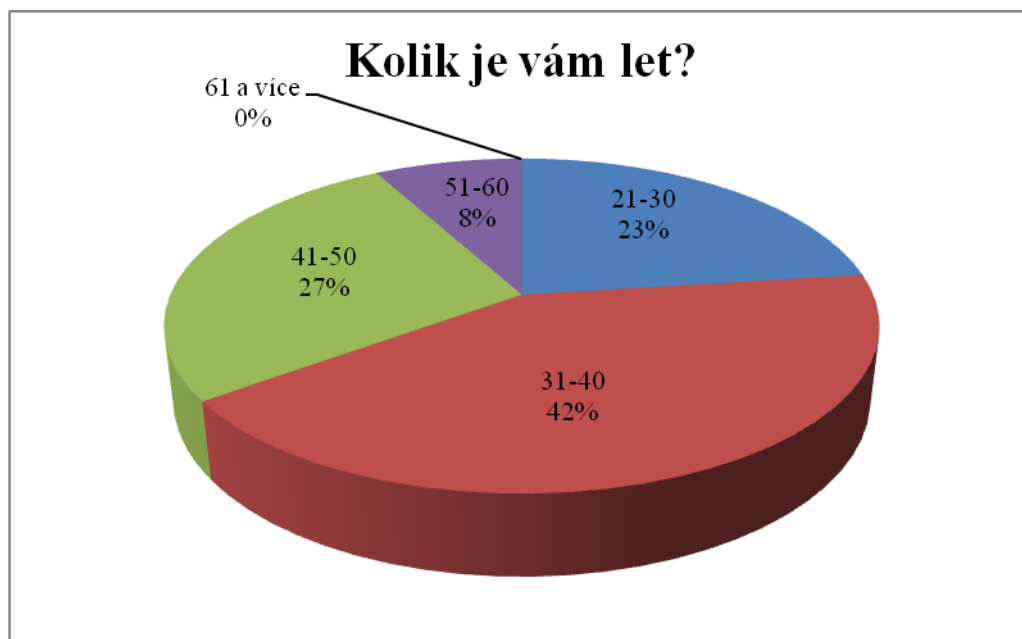
Graf 2: Víte, kdo je mentorka?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 2 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných 80 (tj. 80 %) ano a 20 (tj. 20 %) ne.

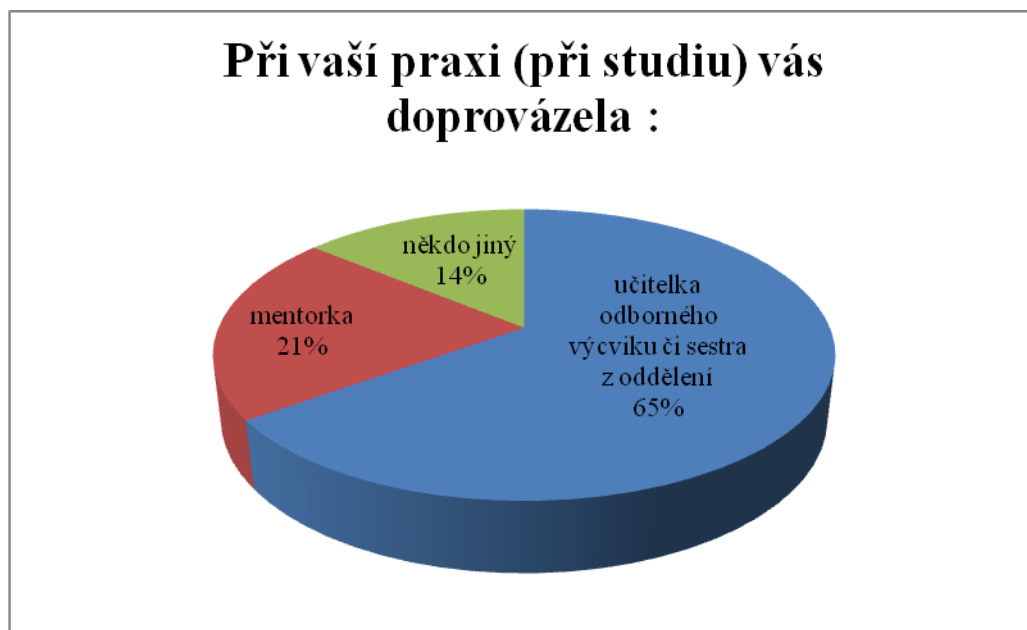
Graf 3: Kolik je vám let?



Zdroj: vlastní

Na otázku č.3 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných. Z toho 42 (tj. 42 %) bylo ve věku 31-40 let, 27 (tj. 27 %) bylo ve věku 41-50 let, 23 (tj. 23 %) bylo ve věku 21-30 let, 8 (tj. 8%) bylo ve věku 51-60 let. Do kategorie 61 let a více nepatřil-a žádný-á z dotázaných.

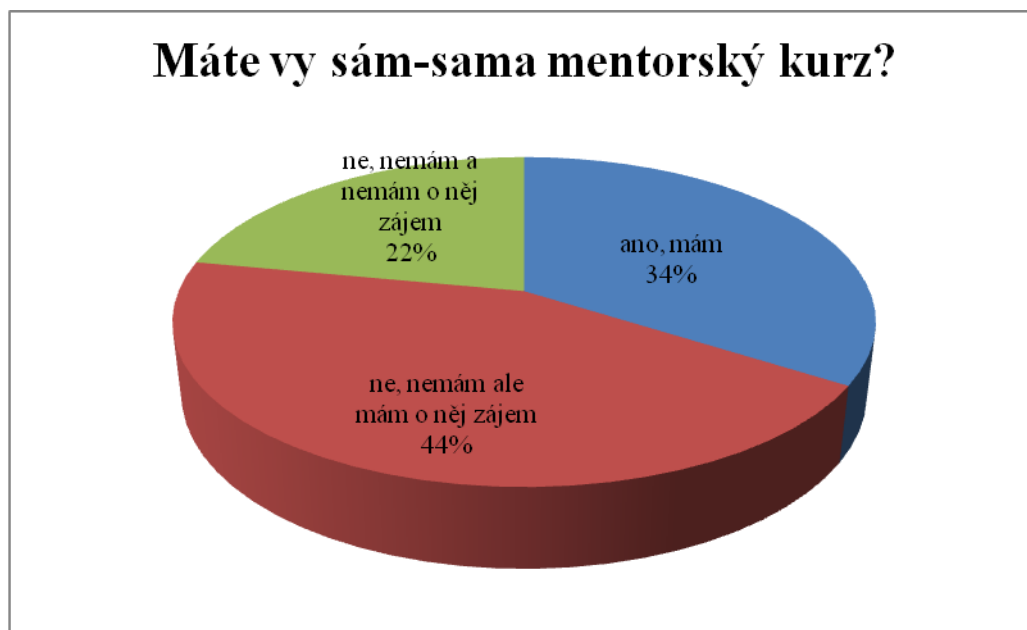
Graf 4: Při vaší praxi (při studiu) vás doprovázela:



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 4 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných, že 65 (tj. 65 %) doprovázela při studiu učitelka odborného výcviku či sestra z oddělení, 21 (tj. 21 %) doprovázela mentorka a 14 (tj. 14 %) uvedla možnost jiného průvodce.

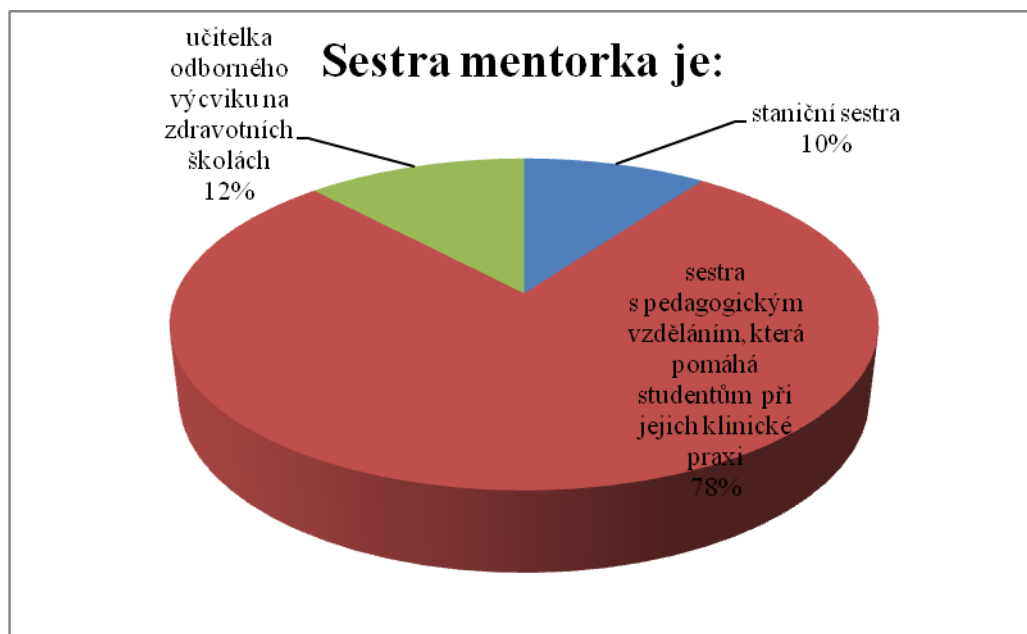
Graf 5: Máte vy sám-sama mentorský kurz?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 5 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných, že 44 (tj. 44 %) z nich mentorský kurz nemá, ale má o něj zájem, 34 (tj. 34 %) mentorský kurz má a 22 (tj. 22 %) mentorský kurz nemá a nemá o něj zájem.

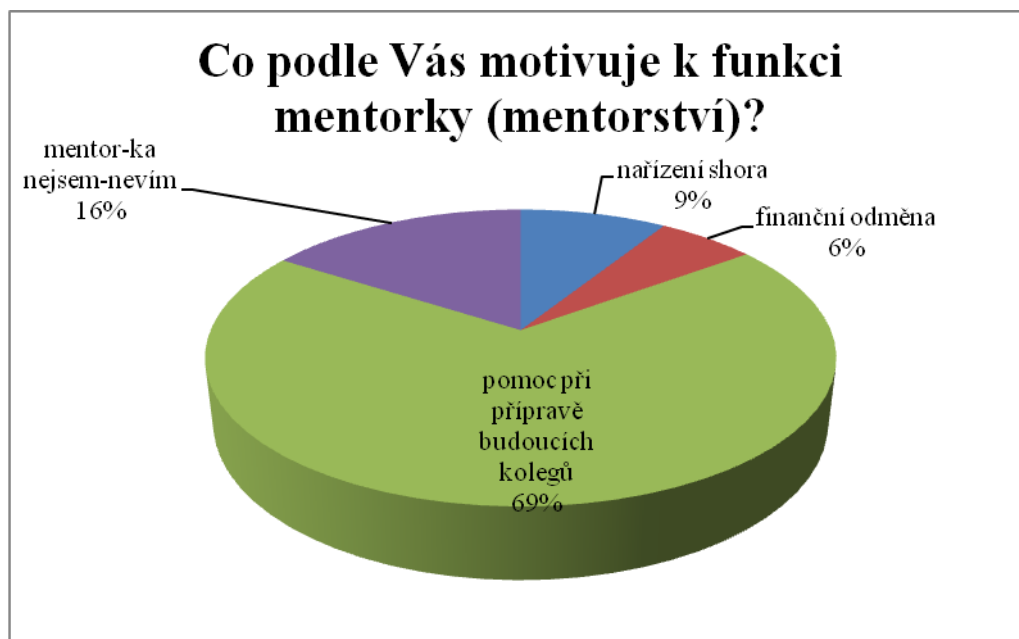
Graf 6: Sestra mentorka je:



Zdroj: vlastní

Na otázku č.6 odpovědělo z celkového počtu 100 (tj. 100 %) dotázaných 78 (tj. 78 %) že sestra mentorka je sestra s pedagogickým vzděláním, která pomáhá studentům při jejich klinické praxi, 12 (tj. 12 %) odpovědělo, že sestra mentorka je učitelka odborného výcviku na zdravotních školách a 10 (tj.10 %) odpovědělo, že sestra mentorka je staniční sestra.

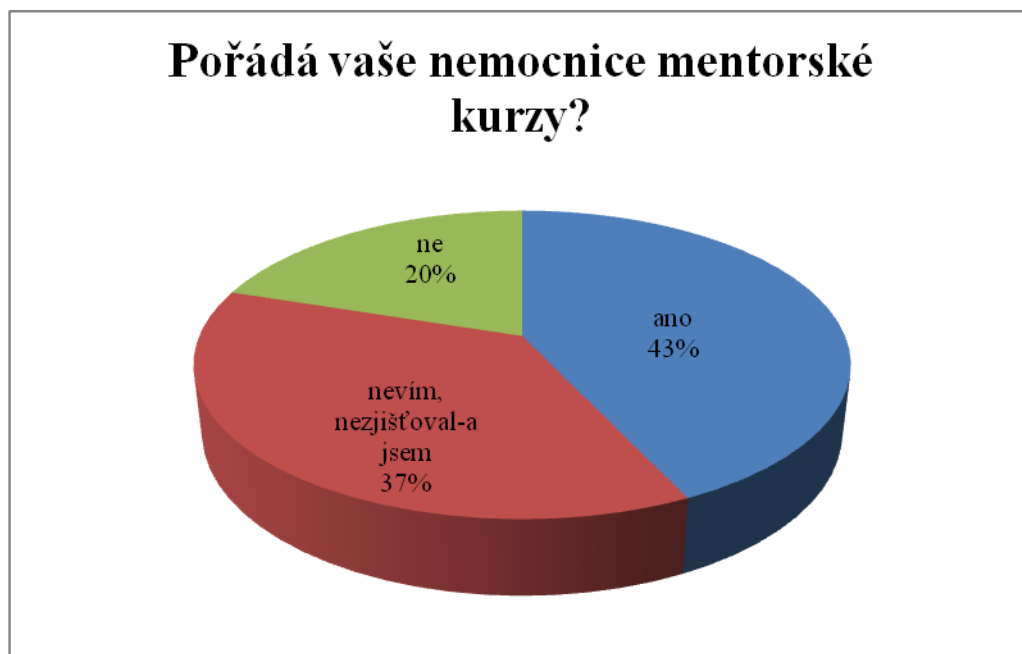
Graf 7: Co podle Vás motivuje k funkci mentorky (mentorství) ?



Zdroj: vlastní

Na otázku č.7 odpovědělo z celkového počtu 100 (tj. 100 %) dotázaných. Jako motivaci k funkci mentorky a mentorství označilo 69 (tj. 69 %) pomoc při přípravě budoucích kolegů, 16 (tj. 16 %) neví, neboť mentorem-mentorkou nejsou, 9 (tj. 9 %) je motivováno nařízením shora a 6 (tj. 6 %) motivuje finanční odměna za tuto funkci.

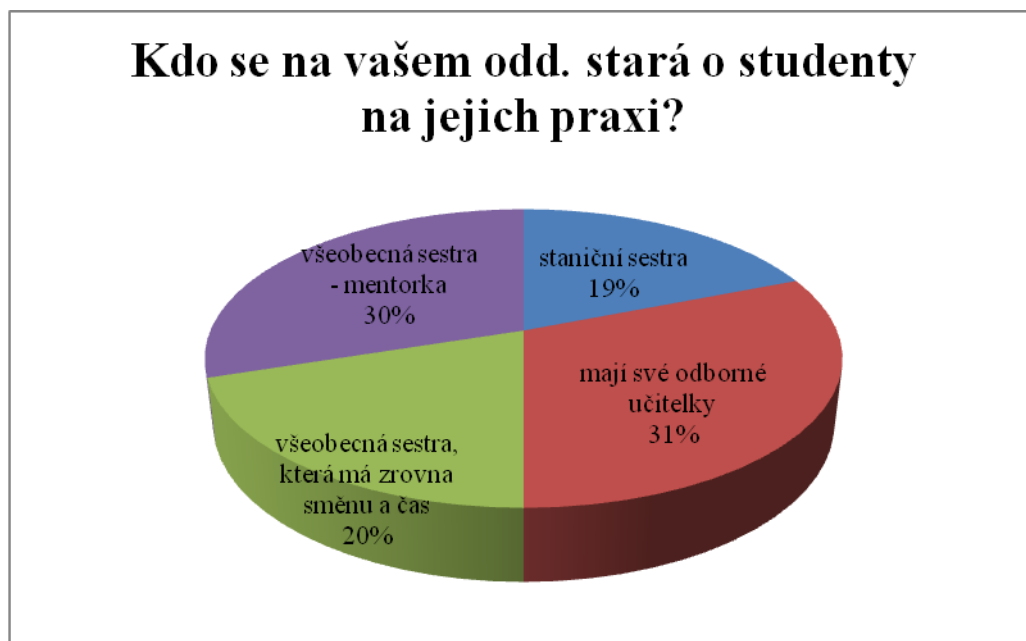
Graf 8: Pořádá vaše nemocnice mentorské kurzy?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 8 odpovědělo z celkového počtu 100 (tj.100 %) dotázaných. 43 (tj. 43%) udává, že jejich nemocnice mentorské kurzy pořádá, 37 (tj. 37 %) neví a nezjišťovali a 20 (tj. 20 %) udává, že jejich nemocnice tyto kurzy nepořádá.

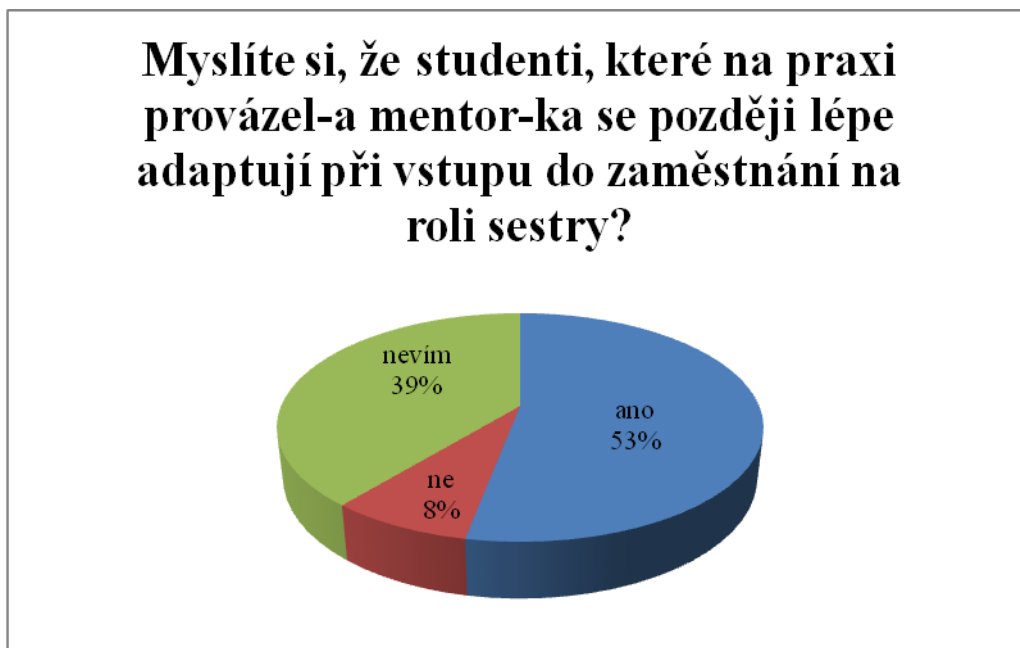
Graf 9:Kdo se na vašem odd. stará o studenty na jejich praxi?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 9 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných. 31 (tj. 31 %) udává, že o studenty při praxi na jejich oddělení starají jejich odborné učitelky, 30 (tj. 30 %) udává, že se o ně stará všeobecná sestra s mentorským kurzem, 20 (tj. 20 %) udává, že o studenty se stará všeobecná sestra, která má zrovna směnu a čas, 19 (tj. 19 %) udává, že o studenty se stará staniční sestra daného oddělení.

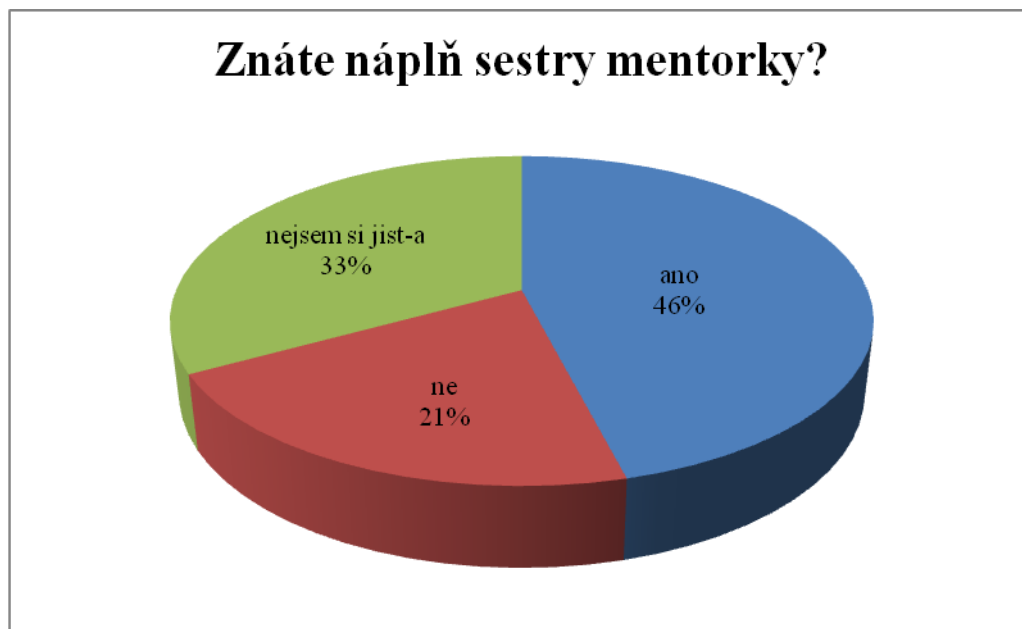
Graf 10: Myslíte si, že studenti, které na praxi provázel-a mentor-ka se později lépe adaptují při vstupu do zaměstnání na roli sestry?



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 10 odpovědělo z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných. 53 (tj. 53 %) se domnívá, že studenti, které na praxi doprovázel-a mentor-ka se lépe adaptují při vstupu do zaměstnání na roli sestry, 39 (tj. 39 %) neví jak odpovědět a 8 (tj. 8 %) si myslí, že to nemá na pozdější adaptaci vliv.

Graf 11: Znáte náplň sestry mentorky?



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu všech 100 (tj. 100 %) dotázaných 46 (tj. 46 %) zná náplň sestry mentorky, 33 (tj. 33 %) si není jisto, zda zná náplň sestry mentorky a 21 (tj. 21 %) nezná náplň sestry mentorky.

11 DISKUZE

Svou bakalářskou práci jsem zpracovávala na podkladě dotazníkového šetření, které probíhalo ve dvou nemocnicích Krajské zdravotní a.s., a to v jejich odštěpných závodech Chomutov a Ústí nad Labem.

Pilotní studie probíhala v prosinci 2012. Rozdala jsem při ní 15 dotazníků – návratnost byla 100% (tj. 15). Vystal problém u otázky č. 1 (bylo nutno vysvětlit použité zkratky) a u otázky č. 4 byla nejednoznačně specifikovaná odpověď - proto jsem provedla sloučení odpovědi a) a b) do jedné za a). Tyto dotazníky jsem do celkového počtu nezařadila z důvodů výše zmíněných úprav.

Vlastní dotazníkové šetření probíhalo v lednu 2013 v Krajské zdravotní, a.s. v Chomutově a v Ústí nad Labem se souhlasem hlavní sestry Krajské zdravotní, a.s. Mgr. Svobodové Markéty.

Rozdáno bylo celkem 130 dotazníků (60 v Ústí nad Labem a 70 v Chomutově), návratnost byla 105 dotazníků (45 z Ústí a 60 z Chomutova), vyřazeno jich bylo 5 (3 z důvodů více zaškrtnutých odpovědí než bylo požadováno a 2 pro nevyplnění všech 11- ti otázek). Pro zpracování dat bylo tedy použito rovných 100 dotazníků.

Dotazník obsahoval 11 otázek. Z něj získaná data jsem použila a vytvořila 11 grafů, které jednotlivé otázky doprovázejí.

K hypotéze č. 1 **o tom, že sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním lépe znají práci mentorek** se vztahuje otázka č. 1, 2, 3, 6, 11, dále pak graf 1, 2, 3, 6 a 11. Otázka č. 1 hypotézu potvrdila, otázka č. 2 také hypotézu potvrdila. Otázka č. 3 hypotézu potvrdila. Otázka č. 6 hypotézu potvrdila. Otázka č. 11 hypotézu nepotvrdila. Závěr tedy je, že **hypotéza č. 1 se potvrdila.**

V první otázce dotazníku jsem se ptala na dosažené vzdělání – z celkového počtu 100 (tj. 100 %) 34 (tj. 34 %) z dotázaných odpovědělo, že dosáhli středoškolského vzdělání, 23 (tj. 23 %) dosáhlo středoškolského vzdělání a mělo navíc pomaturitní specializační studium, 17 (tj. 17 %) mělo vyšší odborné vzdělání, 10 (tj. 10 %) mělo vysokoškolské vzdělání magisterského typu, 8 % vysokoškolské vzdělání bakalářského typu, 8 (tj. 8 %) vyšší odborné vzdělání a pomaturitní specializační studium.

34 (tj. 34 %) dotázaných, kteří v otázce č. 1 odpověděli, že mají středoškolské vzdělání, pak uvádějí v otázce č. 11, že 21 (tj. 21 %) z nich nezná náplň sestry mentorek a 13 (tj. 13 %) si není jisto, zda náplň sester mentorek zná. 23 (tj. 23 %) dotázaných, kteří v otázce č. 1 odpověděli, že mají středoškolské vzdělání a pomaturitní specializační

studium uvádějí v otázce č. 11, že 20 (tj. 20 %) z nich si není jisto, zda zná náplň práce sester-mentorek, pouze 3 (tj. 3%) uvádí, že náplň sester mentorek zná. 17 (tj. 17 %) dotázaných, kteří v otázce č. 1 uvedli, že mají vyšší odborné vzdělání jich opět 17 (tj. 17%) v otázce č. 11 uvádí, že zná náplň sester mentorek. 10 (tj. 10 %) dotázaných, kteří v otázce č. 1 odpověděli, že mají vysokoškolské vzdělání magisterského typu, uvádějí v otázce č. 11, že 10 (tj. 10%) z nich zná náplň sester-mentorek. 8 (tj. 8 %) těch, kteří v otázce č. 1 odpověděli, že dosáhli vysokoškolského vzdělání bakalářského typu, shodně uvádí v otázce celých 8 (tj. 8%), že zná náplň sester mentorek. 8 (tj. 8%) dotazovaných, kteří v otázce č. 1 uvedli, že dosáhli vyššího odborného vzdělání, a pak 8 (tj. 8 %) udává v otázce č. 11, že znají náplň sester mentorek. Z výše uvedeného vyplývá, že sestry, které absolvovaly pouze střední zdravotnické školy, neznají náplň práce sester-mentorek nebo si náplň nejsou jisté. Podle mého to vyplývá z toho, že se jedná o sestry, které se o mentorství na škole nedozvěděly a chybí jim tak základní přehled o tomto tématu. Již Mellanová poukazuje na to, že je potřeba změnit strukturu výuky sester v ČR tak, aby profesionální příprava budoucích všeobecných sester anticipovala potřeby společnosti a vychovávala sestry, které budou schopné tyto potřeby saturovat. Předpokládala, že postupem let dojde k nárůstu počtu občanů nad 65 let, dojde k většímu přílivu imigrantů do měst a bude potřeba ve vyšší míře zohledňovat multikulturní ošetřování, dojde i k rozvoji zdravotnické techniky, objeví se nové etické problémy a další. Podle mého názoru předpokládala naprosto správně a tato doba již nastala. Kvalitní vysokoškolské studium pro sestry již existuje v řadě našich měst, ale i z mého výzkumu je zřejmá potřeba uvést v povědomost i sestry, které již vysokoškolské studium absolvovat nebudou (z jakýchkoli důvodů) alespoň formou kurzů a rozšířit tak jejich dosavadní znalosti či je obohatit o novinky a trendy v oboru (Mellanová,1999).

Na otázku č. 6, zda sestry vědí, kdo je mentor-ka, odpovědělo z celkového počtu respondentů 100 (tj. 100%) celých 80 (tj. 80%) dotázaných ano a pouze 20 (tj. 20%) odpovědělo ne. Z toho se dá usuzovat, že sestry již o existenci sester-mentorek vědí nebo o nich alespoň někdy slyšely. Mesárošová ve své přednášce zdůrazňuje výraznou změnu pozice a role sester a porodních asistentek a dodává, že tomuto trendu musí odpovídat i systém pregraduálního vzdělávání na vysokoškolské úrovni, které vychází z Evropské strategie pro sestry a porodní asistentky v oblasti vzdělávání mentorů. Domnívám se, že počet sester, které o mentorech neví, bude postupem let ubývat díky předávání zkušeností a znalostí vysokoškolsky vzdělaných sester. S tím souvisí i otázka kontrolní, kterou jsem se tázala, kdo je sestra-mentorka. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %)

dotázaných se správně 78 (tj. 78 %) domnívá, že je to sestra s pedagogickým vzděláním, která pomáhá studentům při jejich klinické praxi, 12 (tj. 12%) se domnívá, že je to učitelka odborného výcviku na zdravotnických školách a 10 (tj. 10%) se domnívá, že je to staniční sestra. Z 80 (tj. 80 %) sester, které v otázce č. 2 odpověděly, že vědí, kdo je sestra-mentorka- jich celých 78 (tj. 78 %) v otázce č. 6 označilo odpověď sestra s pedagogickým vzděláním, která pomáhá studentům při jejich klinické praxi a pouhé 2 (tj. 2 %) odpověděla v otázce č. 6, že je to staniční sestra. A zbylých 20 (tj. 20 %), které v otázce č. 2 odpovědělo, že neví, kdo mentorka je, odpovědělo v otázce č. 6, že 12 (tj. 12 %) se domnívá, že je to učitelka odborného výcviku na zdravotních školách a 8 (tj. 8 %) si myslí, že je to staniční sestra (Mesárošová, 2006).

Další otázka se týkala věku respondentů. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %) se do rozmezí 21-30 let zařadilo 23 (tj. 23 %), do rozmezí 31-40 let 42 (tj. 42 %), do rozmezí 41-50 let 27 (tj. 27 %), do rozmezí 51-60 let 8 (tj. 8 %) a do rozmezí 61 a více let se nezařadil žádný z respondentů. Dle těchto výsledků se domnívám, že rozmezí, do kterého se zařadilo nejvíce respondentů tj. věk mezi 31-40 lety zahrnují sestry, které mohou být absolventkami středních zdravotnických škol, ale i sestry, které mohou již být i absolventkami vyšších odborných škol či vysokoškolských typů studia. Což podle mého koreluje i s otázkou předchozí.

K hypotéze č. 2: Předpokládám, že většina sester v Ústeckém kraji je nedostatečně motivovaná k funkci mentorky a mentorství jako takovému se vztahuje otázka č. 5, 7, 8. Dále pak graf 5, 7, 8.

Otázka č. 5 hypotézu potvrdila. Otázka č. 7 hypotézu nepotvrdila. Otázka č. 8 hypotézu potvrdila. Závěr tedy je, že **hypotéza č. 2 se potvrdila.**

Na otázku ohledně absolvování mentorských kurzů odpovědělo z celkového počtu 100 (tj. 100 %) 34 (tj. 34 %) sester, že mentorský kurz absolvovaly, 22 (tj. 22%) odpovědělo, že kurz nemá a nemá o něj zájem a 44 (tj. 44%) sester odpovědělo, že ho nemá, ale mělo by o něj zájem. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry by měly zájem o absolvování těchto kurzů. Otázkou je, kde je chyba – je-li skutečně nedostatečná nabídka kurzů či nedostatečné finanční prostředky na pořádání těchto kurzů ze strany zaměstnavatelů, tedy nemocnic, nebo jde-li o nezájem sester, které by kurz sice absolvovat chtěly, ale již v tomto ohledu nepodnikají další kroky a zůstává tak pouze u přání, o kterém ani zaměstnavatel neví.

V tomto ohledu by bylo jistě přínosné (pokud má nemocnice zájem a prostředky, aby měla další mentorky) zorganizovat informační akci pro sestry, které by o tento kurz

měly zájem a zmapovat tak situaci v dané nemocnici a dle výsledků zajistit absolvování kurzů těmito zájemkyním, které by přispívaly ke zkvalitnění výuky studentů, jak zmiňuje ve svém příspěvku Sloupová-Bürgerová a Hudáčková, nebo zlepšení adaptace nově přichozích zaměstnanců, jak udává ve svém článku Mašín. Ovšem na druhé straně z výzkumu Mrázové vyplývá, že sestry, které v adaptačním procesu provázely sestry mentorky, měly kvalitnější a erudovanější informace oproti sestrám ostatním (Sloupová-Bürgerová, Hudáčková, 2005, Mašín, 2011, Mrázová, 2012).

S touto problematikou souvisí i další otázka, ve které jsem se dotazovala, zda nemocnice pořádají mentorské kurzy. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %) respondentů odpovědělo 20 (tj. 20 %), že jejich nemocnice kurzy nepořádá, 43 (tj. 43 %) odpovědělo, že nemocnice kurzy pořádá a 37 (tj. 37 %) odpovědělo, že to nezjišťovalo.

Což mě hned evokuje ke konfrontaci s otázkou předchozí, neboť sestry, které v této otázce odpověděly (bylo jich 44, tj. 44 %), že kurz nemají, ale měly by o něj zájem, pak v této otázce celých 35 (tj. 35%) z nich odpovědělo, že nezjišťovaly, zda nemocnice kurzy pořádá a pouze (tj. 9%) odpovědělo, že jejich nemocnice kurz nepořádá.

Další otázka souvisela s motivací k mentorství. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %) odpovědělo 69 (tj. 69 %) sester, že jsou motivovány tímto způsobem se podílet na přípravě svých budoucích kolegů, 16 (tj. 16 %) odpovědělo, že neví, neboť mentorkou není, pro 9 (tj. 9 %) je motivací příkaz od nadřízeného a pouhých 6 (tj. 6 %) za kurzem mentorky vidí finanční odměnu. Touto otázkou se ve svém příspěvku zabývá i Anastasiadou, která zde poukazuje na to, že mentorství by mělo být chápáno spíše jako přínos pro budoucí kolegy, pro člověka samotného a nemělo by být prováděno z donucení či za vidinou finanční odměny. Zdůrazňuje také, že se spíše jedná o zvyšování prestiže jednotlivých pracovišť (Anastasiadou, 2006).

K hypotéze č. 3: **domnívám se, že většina sester předpokládá, že studenti, které měl-a při klinické praxi na starost mentor-ka se pak lépe adaptovali na roli sestry při svém nástupu do zaměstnání**, se vztahuje otázka č. 4, 9, a 10. Dále pak graf 4, 9, 10.

Otázka č. 4 hypotézu nepotvrdila. Otázka č. 9 hypotézu nepotvrdila. Otázka č. 10 hypotézu potvrdila. Závěr tedy je, že **hypotéza č. 3 se nepotvrdila**.

V otázce č. 4, která se respondentů tázala, kdo je při jejich praxi (při studiu) doprovázel, odpovědělo z celkového počtu 100 (tj. 100 %) 65 (tj. 60 %) respondentů, že při klinické praxi (při studiu) je doprovázela učitelka odborného výcviku či sestra z oddělení, 14 (tj. 14 %) uvádí, že to byl někdo jiný, ale neudává kdo a 21 (tj. 21 %) udává,

že byli doprovázeni mentorkou. Z těchto výsledků vyplývá, že tyto sestry jako studentky odborné praxe měly samy malou zkušenost se sestrami mentorkami.

Další otázka byla zaměřena na to, jestli si respondenti myslí, že studenti, kteří byli na praxi provázeni sestrou mentorkou, se později lépe adaptovali při vstupu do zaměstnání na roli sestry. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %) myslí celých 53 (tj. 53 %), že studenti, které na praxi doprovázely sestry mentorky, se lépe adaptují při vstupu do zaměstnání na roli sestry, 8 (tj. 8 %) si myslí, že se neadaptují lépe a 39 (tj. 39%) na toto téma nemá jednoznačný názor, tudíž odpověděli, že neví. Tímto tématem se zabývá ve své práci i Mašín, který zdůrazňuje, že adaptace nově přijatých zaměstnanců má stejně velký význam jako jejich pečlivý výběr. Výzkum na téma adaptace sester prováděla roce 2012 Mrázová, která došla k výsledkům, že adaptačním procesem byli spokojenější sestry, které byly vedeny mentorkou. Z jejich výsledků dále vyplývá, že, co do délky adaptačního procesu na tom byly stejně sestry, které byly pod vedením mentorky i sestry, které vedl někdo jiný. Z toho usuzují, že sestry se sice domnívají, že sestry se pod vedením mentorky lépe a rychleji adaptují, ve skutečnosti tomu tak ale není (Mašín, 2011, Mrázová, 2012).

Následující otázka hodnotila, kdo se studentům věnuje při jejich praxi na daném oddělení. Z celkového počtu 100 (tj. 100 %) odpovědělo 31 (tj. 31 %), že studenti mají své odborné učitelky, 30 (tj. 30 %) odpovědělo, že se o studenty stará všeobecná sestra s mentorským kurzem, 20 (tj. 20 %) odpovědělo, že se o studenty stará všeobecná sestra, která má zrovna směnu a čas a 19 (tj. 19 %) odpovědělo, že výuka studentů na jejich oddělení spadá do kompetencí staniční sestry. Z těchto výsledků se domnívám, že stále ještě není dostatek sester mentorek, které by pokryly potřeby přicházejících studentů či nových zaměstnanců. Obdobným problémem se ve svém výzkumu potýkala i Salcburgerová a Čížková, kde řešily z pohledu studentů, zda jsou mentorky při jejich praxi přínosem či nikoli. Ze závěru jejich výzkumu vyplývá, že studenti vidí v mentorkách přínos pro praxi, ale rozdíl mezi praktickou výukou vedenou sestrou nebo mentorkou nevidí. Klady vidí studenti hlavně ve vstřícném a příjemném prostředí na pracovišti, které umí sestry vytvořit a odkud si pak studenti odnášejí cenné zkušenosti. Nezáleží na tom, jestli byla výuka vedená sestrou na oddělení nebo mentorkou. Záleží spíše na vlastním osobním přístupu každé z nich ve vztahu ke studentům, motivaci pro práci a připravenosti (Salcburgerová, Čížková, 2009).

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala problematikou vzdělávání všeobecných sester a celoživotním vzděláváním dospělých jako takovým. Chtěla jsem přiblížit činnost sester-mentorek a zmapovat jejich vliv na studenty klinické praxe. Domnívala jsem se, že v ústeckém kraji je sester mentorek nedostatek a to zejména z důvodů nedostatečné nabídky mentorských kurzů.

Díky svému výzkumnému šetření jsem dospěla k názoru, že nedostatek sester, které absolvovaly mentorský kurz, částečně vyplývá i z nezájmu nebo snad neprůbojnosti našich sester. Částečný podíl na této situaci vidím i v nedostatečné angažovanosti organizace na výuce sester-mentorek. Na druhou stranu bych chtěla vyzdvihnout cíl sester, s kterým k mentorství přistupují, a to je ve velké míře hlavně chuť podílet se na zlepšování ošetrovatelské péče jako takové prostřednictvím mentorství a s ním spojené doprovázení studentů na klinické praxi, tedy budoucích kolegů a kolegyň. Potvrdilo se mi, že sestry s vyšším a vysokoškolským typem vzdělání znají náplň sester-mentorek a upřednostňují je ve spolupráci se studenty.

Zlepšení této situace, která vyplynula z mého průzkumného šetření, vidím v propagaci mentorství a mentorských kurzů jako takových prostřednictvím seminářů v daných organizacích. Tyto semináře by podle mého názoru zmapovaly skutečný zájem o mentorské kurzy. Samozřejmě pouze v případě, že sama organizace stojí o rozšiřování řad sester mentorek. Pokud by byl zájem ze strany organizací, jsem ochotná pomoci při prezentování celoživotního vzdělávání a propagaci mentorských kurzů na každoroční červnové konferenci. S důrazem na to, že mentorku mentorkou nedělá jen absolvování kurzů a školení ale hlavně její osobní kvality, schopnosti, empatie a chuť pomáhat při učení ostatním lidem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANASTASSIADOU, Hana. Mentorská činnost v klinické praxi. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství I: Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. Vydání 1. Opava: Slezská univerzita, 2006. 122 s. ISBN 80-7248-38-9.

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valerie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vydání 1. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416X.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. doplněné vydání. Brno: IDVPZ, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7.

BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 1. vydání. Praha 1: Eurolex Bohemia, 2003. 216 s. ISBN 80-86432-23-8.

BEŇUŠOVÁ, Kvetoslava. *Průručka manažera vzdělávání zdravotnických pracovníků*. Vydání 1. Bratislava: RAABE, 2011. 218 s. ISBN 978-80-89182-96-1.

BROUMOVSKÁ, Tereza a SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, Gabriela. *Mentoring: výchova k profesionálnímu dobrovolnictví*. Vydání 1. Praha: Portál, 2010, 152s. ISBN 978-80-7367-772-5.

České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů. Vydání 1. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-270-1.

EGER, Ludvík. *Techologie vzdělávání dospělých*. 1. Vydání. Plzeň: Západočeská univerzita, 2005. 172 s. ISBN 80-7043-347-7.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *História ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2010. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.

KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Vydání 1. Praha: Grada, 2009. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

KOLÁŘ, Zdeněk a ŠIKULOVÁ, Renata. *Vyučování jako dialog*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. 132 s. ISBN 978-80-247-1541-4.

MARKOVÁ, Marie. *Role sestry specialistky*. Vydání 1. Brno: NCO NZO, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-484-9.

MAŠÍN, Petr. Úloha mentora v adaptačním procesu nemocnice. *Andragogika*. Praha: DAHA, 2011, ročník 15, č. 2. Strana 9. ISSN 1211-6378.

Memorandum o celoživotním učení: *pracovní materiál Evropské komise listopad 2000*. In: Praha: MŠMT, 2001, 55 s.

MELLANOVÁ, Alena. Vysokoškolské studium sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 1999, ročník 9, č. 6, str. 21. ISSN 1210-0404.

MESÁROŠOVÁ, Jozefína a KRIŠTOFOVÁ, Erika. Súčasnosc' a perspektiva vzdelávania sestier na Slovensku po vstupe do EÚ. In: *Od Florence Nightingaleové k súčasnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří: Sborník přednášek konference I. Mostecké dny sester*. Most: nemocnice Most, 2006, s. 64-69. ISBN 80-239-6603-0.

MRÁZOVÁ, Miluše. *Úloha sestry školitelky v adaptačním procesu nově nastupujících sester*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zlata Kožíšková.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vydání 1. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. Druhé přepracované vydání. Praha: ASPI, 2004. 148 s. ISBN 80-7357-045-9.

MUŽÍK, Jaroslav. *Profesní vzdělávání dospělých*. Vydání 1. Praha: Wolters Kluver, 2012. 263 s. ISBN 978-80-7357-738-4.

NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Vydání 1. Praha: Grada, 2005. 172 s. ISBN 80-247-0738-1.

PLAMÍNEK, Jiří. *Vedení lidí, týmů a firem*. Praha: Grada, 2002. 156 s. ISBN 80-247-0403-X.

PLAMÍNEK, Jiří. *Vzdělávání dospělých*. Vydání 1. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3235-0.

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství I*. Vydání 1. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Vyd., 2. přepracované. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. České ošetřovatelství 1. ISBN 80-7013-420-8.

POKORNÁ, Andrea a KYASOVÁ, Miroslava. Posílení profesionalizace sester prostřednictvím mentorství. *Ošetřovatelská péče*. Brno: Siviliania, 2011, ročník 2, č. 1. Strana 33. ISSN 1213-2330.

SALCBURGEROVÁ, Lenka a ČÍŽKOVÁ, Lenka. *Sestra: Vliv sestry na kvalitu a úroveň praktické výuky studentů*. Praha: Strategie, 2009, ročník 19, č. 7-8. Strany 20-21. ISSN 1210-0404.

SLOUPOVÁ BÜRGEROVÁ, Hana a HUDÁČKOVÁ, Andrea. Význam školících sester /mentorek pro zajištění kvality výuky na klinických pracovištích. *Vědecký časopis zdravotně sociální fakulty jihočeské univerzity*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta jihočeské univerzity, 2005, ročník 7, č. 1-2. ISSN 1212-4117.

ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetřovatelský management*. Vydání 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

VACÍNOVÁ, Tereza. *Dějiny vzdělávání od antiky po Komenského*. Vydání 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. 240 s. ISBN 978-80-86723-74-7.

VONDRÁČEK, Lubomír a LUDVÍK, Miloslav. *Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II. Sestra a pacient*. Vyd. 1. Brno: NCO NZO, 2005. 74 s. České ošetřovatelství 13. ISBN 80-7013-376-7.

WOLF, Josef. *Jan Amos Komenský - osobnost dneška*. Praha: Unitaria, 1992. 62 s. ISBN 80-900305-6-4.

ZUZÁKOVÁ, Eva. Mentor a kvalita mentorské činnosti. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: Promediamotion, 2008, ročník 4, č. 7. Strana 31. ISSN 1801-1349.

Desatero dobré sestry. [online]. Dostupné

z: http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/desatero_dobre_sestry

[online]. [cit. 2012-11-17].

SEZNAM ZKRATEK

%	procenta
a.s.	akciová společnost
ASPI	automatizovaný systém právních informací
atd.	a tak dále
Bc.	Bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
DAHA	Dagmar Hartmanová
dg.	diagnóza
event.	eventuelně
Grada	Grada Publishing
IDVPZ	Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
Mgr.	Magister
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development- Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
PSS	pomaturitní specializační studium
SŠ	Střední škola
SZŠ	Střední zdravotnická škola

T.G.Masarygue	Tomáš Garygue Masarygue
th.	therapie
tj.	to jest
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural organization- Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
ZČU	Západočeská univerzita

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Práva pacientů

Příloha č. 2 – Desatero dobré sestry

Příloha č. 3 – Dotazník rozdáváný při dotazníkovém šetření

Příloha č. 1 – práva pacientů

Jsou definována v etickém kodexu práv pacientů 25. 2. 1992.

1. Právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči - odborníky
2. Právo znát jméno lékaře a ostatního zdravotnického personálu, soukromí, možnost denního styku s rodinou, přáteli atd. Omezení pouze ze závažných důvodů.
3. Právo na rozhodování v dg. postupech i terapii. Právo na informace.
4. Právo na odmítnutí léčby a informace důsledcích svého rozhodnutí
5. Právo na soukromí, stud, diskrétnost. Přítomnost dalších osob nezúčastněných na léčbě může odmítnout.
6. Právo na ochranu informací- důvěrné. I údaje v počítačích.
7. Právo na léčbu a péči LEGE ARTIS, event. dg.a th. postupy v jiném zařízení.
8. Právo na kontinuitu v péči. Následná péče, informace o další péči.
9. Právo na podrobné a srozumitelné vysvětlení v případě experimentu či nestandardního postupu. Souhlas písemný, možnost odstoupit kdykoliv.
10. V závěru života právo na kvalitní a citlivou péči.
11. Právo i povinnost se řídit nemocničním řádem, právo kontroly svého účtu.

PACIENT MÁ NEJEN SVÁ PRÁVA, ALE I POVINNOSTI /pohled sociologa/

1. právo - každý člověk má právo být nemocný
2. právo - každý nemocný má právo se chovat během nemoci jinak, než ve zdraví
1. povinnost - vyhledat včas lékaře a léčit se
2. povinnost - spolupracovat při péči a léčbě

(Munzarová, 2005)

PŘÍLOHA č. 2 – DESÁTERO DOBRÉ SESTRY

1. Nebuďte anonymní! Při prvním setkání s nemocným se představte plným jménem. Noste trvale jmenovku.
2. Dohodněte se s nemocným předem, jak se budete oslovovat. Nezapomeňte, že každý člověk má své příjmení- nikdo není bezejmenný, ale ani pro vás není děda, babička či Frantík či Andulka (s výjimkou dětí) a to bez ohledu na věk, nemoc či postižení. Teprve vzájemná dohoda vám umožňuje jiné oslovení! Oslovujte nemocné často, čekají na projev vašeho zájmu.
3. V kontaktu s dospělým člověkem vždy vykejte. Ani vy si nenechejte tykat.
4. Chovejte se vždy kultivovaně. Nepokřikujte, nebuďte vulgární. Pacient i veřejnost vás slyší, i když si to neuvědomujete. Buďte kolegiální. Nepomlouvejte ani neverbálně nedevalvujte své spolupracovníky.
5. Důvěryhodnost podporují i vaše neverbální projevy. Využívejte pozitivně všech forem neverbální komunikace. Nezapomeňte, že mnoho sdělujete fyzickým postojem, (“Nestojím často nad nemocným či spolupracovníci s rukama v bok, rozkročeně, s rukama v kapsách apod.?), gestikulací („Nehrozím často či nevyhrožuji?“), proxemikou (“Na jakou vzdálenost komunikuji?“) haptikou (“Pokládám občas laskavě ruku na pacienta? Podtrhuji svůj pokyn dotekem?“) mimikou (“Mám ve tváři výraz vstřícnosti a porozumění?“) Mluvte co nejčastěji očima. Nikdo nemůže chtít, abyste měla stále na tváři úsměv. Ale vaše oči mohou být pozorné, laskavé a vstřícné vždycky. Pamatujte, že důležitou vizitkou důvěryhodnosti zdravotníka jsou jeho ruce.
6. Ošetřeným, přiměřeně dlouhým a čistým nehtům nevádí jemná barva laku. Tmavé dlouhé nehty, ale i zanedbané ruce důvěru nebudí.
7. Ve službě buďte vždy čistá a upravená. Přiměřená délka sukně mírně nad kolena působí seriózně. Nedoplňujte služební oděv obnošenými věcmi (svetry, triky, pantoflem). Neklapou zbytečně vaše boty?
8. Jen lehké nalíčení vás zkrášlí a vyvolá pocit důvěry.
9. Přiměřenost patří i k nošení šperků. Malé náušnice zpravidla nevádí, kroužky v nose a uchu vadí, stejně jako řetězy na krku a velké prsteny.
10. Před nástupem do služby se podívejte do zrcadla a po službě si položte otázku: „Vypadám a chovala jsem se tak, že kdybych byla pacientem, měla bych k této sestře důvěru?“

Desatero dobré sestry. [online]. Dostupné

z:http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/desatero_dobre_sestry

[online]. [cit. 2012-11-17].

Příloha č. 3 – DOTAZNÍK

Dobrý den vážené kolegyně-kolegové,

jmenuji se Markéta Němcová a jsem studentkou kombinované formy studia na ZČU v Plzni, katedry ošetrovatelství a porodní asistence, obor ošetrovatelství. Nyní píši svoji bakalářskou práci a velmi by mi pomohlo, když byste vyplnili následující dotazník, který má jen 11 otázek. Tento dotazník je zcela anonymní a data v něm získaná použiji pouze ve své práci. Zakroužkuje, prosím vždy jen jednu odpověď. Nezapomeňte prosím odpovědět na všechny otázky.

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SŠ (střední zdravotnická škola s maturitou)
- b) SŠ +PSS (střední zdravotnická škola s maturitou + pomaturitní specializační studium)
- c) VOŠ (vyšší odborná škola, zdravotního zaměření)
- d) VOŠ+PSS (vyšší odborná škola + pomaturitní specializační studium)
- e) VŠ-Bc. (vysoká škola ukončená bakalářským titulem)
- f) VŠ- Mgr. (vysoká škola ukončená magisterským titulem)
- g) jiné jaké.....

2. Víte, kdo je mentor-ka?

- a) ano b) ne

3. Kolik je vám let?

- a) 21-30 b) 31-40 c) 41-50 d) 51-60 e) 61 a více

4. Při vaší praxi (při studiu) vás doprovázela:

- a) učitelka odborného výcviku či sestra z oddělení
- b) mentorka
- c) někdo jiný kdo.....

5. Máte vy sám-sama mentorský kurz?

- a) ano, mám
- b) ne, nemám a nemám o něj zájem
- c) ne, nemám ale měl-a bych o něj zájem

6. Sestra mentorka je:

- a) staniční sestra
- b) sestra s pedagogickým vzděláním, která pomáhá studentům při jejich klinické praxi
- c) učitelka odborného výcviku na zdravotních školách

7. Co podle Vás motivuje k funkci mentorky (mentorství)?

- a) nařízení shora
- b) finanční odměna
- c) pomoc při přípravě budoucích kolegů
- d) mentor-ka nejsem-nevím

8. Pořádá vaše nemocnice mentorské kurzy?

- a) ano
- b) nevím, nezjišťoval-a jsem
- c) ne

9. Kdo se na vašem odd. stará o studenty na jejich praxi?

- a) staniční sestra
- b) mají své odborné učitelky
- c) sestra, která má zrovna směnu a čas
- d) sestra - mentorka

10. Myslíte si, že studenti, které na praxi provázel-a mentor-ka se později lépe adaptují při vstupu do zaměstnání na roli sestry?

a) ano b) ne c) nevím

11. Znáte náplň sestry mentorky?

a) ano b) ne c) nejsem si jist-a

Nyní si prosím překontrolujte, zda jste odpověděli na všechny otázky. Děkuji Vám za strávený čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

S přáním hezkého dne Němcová Markéta.