

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství (N5341)

Bc. Tereza Chrástová

Studijní obor: Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech (MVCH)

**ROZPOR TEORIE A PRAXE POHLEDEM SESTRY
ABSOLVENTKY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza CHRÁSTOVÁ**
Osobní číslo: **Z19N0020K**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech**
Téma práce: **Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- AJANI, K., MOEZ, S. Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2011, 15, 3927-3931. ISSN 18770428.
- GURKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ, R. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-271-0583-0.
- KOŘÍNKOVÁ, R. *Adaptace absolventů na odděleních JIP ve FN Motol. Cesta k modernímu ošetrovatelství*. 2010, 107-111. ISBN 9788087347034.
- SEHNALOVÁ, J. *Akceptování kompetencí sester v praxi*. [online]. *Zdravotnictví a medicína*, 28. 1. 2015. Dostupné z: <https://www.zdravi.euro.cz/clanek/akceptovani-kompetenci-sester-v-praxi-477882>.
- VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. 159 s. ISBN: 978-80-247-4732-3.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Plzni dne 31. 3. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Chrástová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Počet stran – číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 35

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 85

Klíčová slova: Rozpor teorie a praxe – Sestra absolventka – Profesionální adaptace – Kompetence

Souhrn:

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi. První část je zaměřena na definice základních pojmů, příčiny a hlavní problémy rozporu teorie a praxe. Druhá část se zabývá požadovanou kvalifikační úrovní, studijním programem a odbornou ošetrovatelskou praxí absolventů studijního programu ošetrovatelství oboru všeobecná sestra a dále kompetencemi kvalifikované sestry. Poslední, třetí teoretická část pojednává o problematice adaptačního procesu včetně profesní socializace a identifikace s rolí sestry. Praktická část diplomové práce je realizována jako kvalitativní výzkumné šetření. Data byla získána na základě realizace polostrukturovaných rozhovorů od šesti sester absolventek pracujících v klinické ošetrovatelské praxi a mající osobní zkušenost s rozporem teorie a praxe. Data byla podrobena obsahové analýze a kódována v souladu s postupy dle Strause a Corbinové (1999).

Výsledkem práce je zmapování a popsání příčin a důsledků včetně identifikování nejčastějších oblastí rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi, dále jsou popsány strategie sester absolventek, které nejčastěji volí při odhalení rozporu teorie a praxe. Doporučení pro praxi obsahuje mimo jiné schéma se shrnutím všech získaných poznatků.

Abstract

Surname and name: Chrástová Tereza

Department: Nursing Care and Midwifery

Title of thesis: Theory-Practice Gap in View of a New Graduate Nurse

Consultant: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Number of pages – numbered: 72

Number of pages – unnumbered: 35

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 85

Keywords: Theory-Practice Gap – Graduate Nurse – Professional Adaptation – Competence

Summary:

The theoretical part of the diploma thesis deals with the issue of theory-practice gap in clinical nursing practice. The first part focuses on the definitions of basic concepts, causes and main problems of theory-practice gap. The second part covers the required qualification level, the study program and the professional nursing practice of graduates of the nursing study program in the field of general nursing, as well as the competencies of a qualified nurse. The last, third theoretical part focuses on the issue of the adaptation process, including professional socialization and identification with the role of the nurse. The practical part of the diploma thesis is realized as a qualitative research. The data were obtained on the basis of the implementation of semi-structured interviews from six nursing graduates working in the clinical nursing practice and having personal experiences with the theory-practice gap. The data were subjected to the content analysis and coded according to the procedures of Straus and Corbin (1999).

The result is a mapping and description of causes and consequences, including the identification of the most common areas of theory practice gap in clinical nursing practice. Furthermore, the strategies of nursing graduates, which they choose most often when revealing the theory-practice gap, are described. The recommendation for practice contains, among other things, a diagram summarizing all the findings.

Předmluva

Důvodem pro výběr tématu *Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky* je především osobní zájem a blízká vlastní zkušenost s touto problematikou. S rozparem teorie a praxe jsem se setkala již jako studentka ošetrovatelství a tehdy mě tato skutečnost hluboce zasáhla. I přesto jsem do zaměstnání vstoupila jako sestra absolventka s ideály a jistými očekáváními, které však nebyly naplněny. Vzhledem k tomu, že stále vnímám své zaměstnání jako poslání a pacienti, kteří jsou rozparem teorie a praxe ohroženi, jsou pro mě za každou cenu na prvním místě, začala jsem se o tuto problematiku intenzivněji zajímat. Ve chvíli, kdy se mi naskytla příležitost psát diplomovou práci na toto téma, neváhala jsem a přijala tuto výzvu s cílem zvýšit povědomí o tomto zásadním a všudypřítomném problému v současné klinické ošetrovatelské praxi.

Cílem předkládané diplomové práce je tedy zmapovat a popsat problematiku výskytu fenoménu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi, identifikovat očekávání a potřeby sester absolventek v souvislosti s výskytem rozporu teorie a praxe a definovat základní problémové oblasti výskytu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi.

Poděkování

V první řadě děkuji Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a četných materiálních podkladů. Paní doktorce děkuji za veškerý čas, který diplomové práci věnovala, za její nekonečnou trpělivost a za všechny připomínky a podněty, kterých si velmi vážím.

Dále děkuji své švagrové a skvělé kamarádce za odbornou pomoc při překladu cizojazyčné literatury k teoretické části diplomové práce.

Velké díky patří i všem sestrám absolventkám, které se ochotně podílely na empirické části diplomové práce. Velmi si cením jejich názorů, které se mnou sdílely a času, který si pro rozhovory našly i v této nelehké době, kdy je jejich čas více než vzácný.

V neposlední řadě děkuji také svému manželovi a svým i manželovým rodičům za velkou podporu nejen při psaní diplomové práce, ale i během celého studia.

DĚKUJI VÁM VŠEM!

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ: ROZPOR TEORIE A PRAXE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	15
1.1 Popis rešeršní strategie a přehledové review	16
1.2 Definice základních pojmů	17
1.3 Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe	19
1.4 Hlavní problémy rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství.....	23
1.4.1 Praxe neodpovídá teorii	23
1.4.2 Teorie není relevantní pro praxi	23
1.4.3 Problémy spolupráce mezi univerzitním a klinickým prostředím.....	27
2 ABSOLVENTI STUDIJNÍHO PROGRAMU OŠETŘOVATELSTVÍ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJICH POŽADOVANÁ KVALIFIKAČNÍ ÚROVEŇ	29
2.1 Požadované vzdělání.....	29
2.2 Studijní program ošetrovatelství: obor všeobecná sestra.....	30
2.3 Odborná ošetrovatelská praxe.....	30
2.4 Podmínky ukončení studia.....	31
2.5 Kompetence všeobecné sestry	32
3 ADAPTAČNÍ PROCES	34
3.1 Profesionální socializace a identifikace s rolí sestry	35
3.1.1 Profesionální socializace	35
3.1.2 Identifikace s rolí sestry.....	36
3.2 Nástroje řízení adaptačního procesu	36
3.2.1 Adaptační plány	37
3.2.2 Praktický zácvik	37
3.2.3 Rotace práce	37
3.2.4 Mentorink a koučování.....	38
3.2.5 Motivačně-hodnotící pohovory	38
3.2.6 Supervize	38
3.2.7 Vzdělávací programy pro nové pracovníky.....	39
3.2.8 Informační balíček.....	39
3.3 Průběh adaptačního procesu	40

EMPIRICKÁ ČÁST	42
4 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	42
4.1 Hlavní cíl a výzkumná otázka.....	42
4.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	42
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	44
6 METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU	46
7 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47
7.1 Kategorie: Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe	49
7.2 Kategorie: Oblasti výskytu rozporu teorie a praxe	58
7.3 Kategorie: Strategie sester při odhalení rozporu teorie a praxe	65
7.4 Kategorie: Důsledky rozporu teorie a praxe	70
7.5 Shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů.....	75
DISKUZE	77
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	83
ZÁVĚR.....	85
SEZNAM LITERATURY	86
SEZNAM PŘÍLOH	96
PŘÍLOHY	97

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Postup řešeršší strategie.....	17
Obrázek 2 Model ošetrovatelské péče	22
Obrázek 3 Schématické znázornění koncepční analýzy RTaP.....	23
Obrázek 4 Schéma využití nástrojů adaptačního procesu	39
Obrázek 5 Myšlenková mapa	48
Obrázek 6 Schéma příčin vzniku RTaP.....	49
Obrázek 7 Schéma oblastí výskytu RTaP.....	58
Obrázek 8 Schéma strategií sester při odhalení RTaP.....	66
Obrázek 9 Schéma důsledků RTaP	70
Obrázek 10 Schéma doporučení pro praxi	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Obecná identifikační data respondentů	45
Tabulka 2 Příčiny vzniku RTaP – Organizační aspekty.....	50
Tabulka 3 Příčiny vzniku RTaP – Ekonomické aspekty	51
Tabulka 4 Příčiny vzniku RTaP – Osobnost sestry	52
Tabulka 5 Příčiny vzniku RTaP – Rituální praxe.....	53
Tabulka 6 Příčiny vzniku RTaP – Profit pacienta	54
Tabulka 7 Příčiny vzniku RTaP – Nelegitimní navyšování kompetencí	55
Tabulka 8 Příčiny vzniku RTaP – Vzdělávání sester a získávání dovedností.....	57
Tabulka 9 Oblasti RTaP – Konkrétní ošetrovatelské postupy.....	59
Tabulka 10 Oblasti RTaP – Vedení ošetrovatelské dokumentace.....	60
Tabulka 11 Oblasti RTaP – Etické aspekty péče.....	62
Tabulka 12 Oblasti RTaP – Management kvality péče	62
Tabulka 13 Oblasti RTaP – Hygienický a epidemiologický režim	63
Tabulka 14 Oblasti RTaP – Komunikace s pacientem a jeho rodinou.....	64
Tabulka 15 Oblasti RTaP – Profesní rozvoj.....	65
Tabulka 16 Strategie sester při odhalení RTaP – Přizpůsobení se	67
Tabulka 17 Strategie sester při odhalení RTaP – Přecházení.....	68
Tabulka 18 Strategie sester při odhalení RTaP – Nahlášení	68
Tabulka 19 Strategie sester při odhalení RTaP – Komunikace	69
Tabulka 20 Důsledky RTaP – Zdravotní důsledky pro pacienta.....	71
Tabulka 21 Důsledky RTaP – Zdravotní důsledky pro personál.....	71
Tabulka 22 Důsledky RTaP – Morální distres sester	72
Tabulka 23 Důsledky RTaP – Nesoulad ve spolupráci	73

SEZNAM ZKRATEK

AP	adaptační proces
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	antibiotika
Bc.	bakalář (titul absolventa vysoké školy v bakalářském studijním programu)
Dis.	diplomovaný specialista (titul absolventa vyšší odborné školy)
DP	diplomová práce
EBN	Evidence-Based Nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)
EBP	Evidence-Based Practice (praxe založená na důkazech)
JIP	jednotka intenzivní péče
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	magistr (titul absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)
MZ ČR	ministerstvo zdravotnictví České republiky
RTaP	rozpor teorie a praxe
SZŠ	střední zdravotnická škola
UPV	umělá plicní ventilace
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

MOTTO:

*„Každý, kdo má to štěstí a smí přinášet pomoc a dobro,
by měl pochopit, že se mu tím dostává velké milosti.“*

Florence Nightingale

Rozpor teorie a praxe v ošetrovatelství (z angl. Theory-Practice Gap) je „*mezera mezi tím, co by podle výzkumu a teorie mělo v ideálním případě probíhat, a tím, co se skutečně děje v „nedokonalém“ klinickém prostředí*“ (Rolfe, 1993, str. 173). Rozpor teorie a praxe je v současné době jeden z nejspornějších a nejzásadnějších problémů v ošetrovatelství. Situace v reálném klinickém prostředí totiž zřídka, pokud vůbec, odpovídá tomu, co je psáno v učebnicích (Rolfe, 1993) a integrace teorie do praxe nemá obvykle hladký průběh (Bendall, 2006; Lee, 1996). Zatímco v západních, zejména anglicky mluvících zemích (USA, Velká Británie, Austrálie) se jedná o intenzivně diskutované téma, které je seriózně uchopováno ošetrovatelským výzkumem již od 90. let minulého století (viz např. Carr 1986; Rolfe, 1993; Kim, 1993 či Allmark, 1995), v České republice stále zůstává mimo pozornost odborné veřejnosti. Problém s integrací teorie do praxe je uváděn nejen v souvislosti s přípravou studentů ošetrovatelství na pregraduální úrovni vzdělávání, ale také v souvislosti s přechodem sester absolventek do klinické praxe.

Předkládaná diplomová práce se v první polovině teoretické části zaměřuje na problematiku rozporu teorie a praxe v obecné rovině, zejména na základě zahraniční literatury, v druhé polovině už vymezuje požadované kvalifikační vzdělání absolventů studijního programu ošetrovatelství oboru všeobecná sestra a dále se zabývá kompetencemi kvalifikovaných sester a problematikou adaptačního procesu včetně profesní socializace a identifikace s rolí sestry. Empirická část představuje analýzu dat na základě výpovědí sester absolventek, které mají osobní zkušenost s rozporem teorie a praxe vyskytující se v klinické ošetrovatelské praxi.

K rozporu teorie a praxe dochází pravděpodobně ve všech oblastech ošetrovatelské péče a je zřejmé, že má zásadní vliv na kvalitu poskytované péče a na bezpečí a zdraví pacientů i zdravotníků. Zejména z tohoto důvodu je nutné se touto problematikou intenzivněji zabývat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ: ROZPOR TEORIE A PRAXE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Termín *Rozpor teorie a praxe* (z angl. Theory-Practice Gap) je do českého jazyka doslovně přeložen jako mezera mezi teorií a praxí a v ošetrovatelství je převážně vnímán v negativním smyslu. Rafferty a kol. (1996) však tvrdí, že teorie a praxe jsou od přírody v dynamickém napětí, které je zásadní pro to, aby v klinické praxi mohlo dojít ke změně. Toto napětí lze vidět také pozitivně, kdy může motivovat odborníky v ošetrovatelství k práci na této problematice a poskytuje prostor pro zabránění stagnace v dané profesi (Ajani & Moez, 2011).

Rozpor teorie a praxe může být také užitečný pro studenty ošetrovatelství. Ousey (Ousey & Gallagher, 2007) tvrdí, že přítomnost rozdílu mezi teorií a praxí může studenty povzbudit, aby se častěji dotazovali zkušených kvalifikovaných sester v klinické praxi. Rovněž Monaghan (2015) tvrdí, že mezera mezi teorií a praxí, která se objevuje už během pregraduálního vzdělávání, ovlivňuje schopnosti a klinické dovednosti studentů ošetrovatelství a také spolupráci mezi univerzitami, což je nezbytné pro rozvoj ošetrovatelské profese.

Rozpor mezi znalostmi získanými v učebně a ošetrovatelstvím praktikovaným v reálném klinickém prostředí je již dlouho zdrojem obav pro vzdělavatele sester, odborníky a studenty po celém světě (Ajani & Moez, 2011). Rozpor mezi teorií a praxí totiž pociťují dle Rolfeho (1993) nejvíce právě studenti ošetrovatelství a sestry absolventky, i když jsou samozřejmě zasaženy také zkušené kvalifikované sestry.

Studenti ošetrovatelství a sestry absolventky zažívají často nesoulad v očekávání ze strany svých klinických lektorů, kteří očekávají implementaci teoretických poznatků do praxe, a tlak od zkušených sester v klinické praxi, aby se chovali tak, jak jim to umožňuje reálná klinická situace (Rolfe, 1993). Tento nesoulad může mít nepříznivý dopad na jejich profesní socializaci a identifikaci s rolí sestry (Jamshidi, 2012; Maben a kol., 2006; Monaghan 2015; Wynaden a kol., 2000). Šok z přechodu (z reality) je totiž považován za hlavní příčinu nízké spokojenosti s prací a může mít za následek vysokou míru fluktuace a odchodů z profese nově kvalifikovaných sester (Al Awaisi a kol., 2015; Yang a kol., 2013).

Ajani & Moez (2011) tvrdí, že rozpor mezi teorií a praxí má důsledky také pro profesionální stav a image ošetrovatelství. Jinak řečeno, ovlivňuje vnímání a dojmy pacienta a ostatních členů zdravotnického týmu o sestřích a rovněž ovlivňuje hodnocení a profesionální růst a rozvoj sestry.

Propast mezi teorií a praxí má na ošetrovatelskou profesi také další vlivy spojené s autonomií ošetrovatelské profese. Pokud sestry nejsou teoreticky dobře vybaveny, je podporován obraz toho, že jsou pouze pomocnice podřízené lékařům. Na druhé straně, pokud nevykazují zdatné praktické dovednosti, jejich důvěryhodnost je zpochybňována, což vede k jejich frustraci a demotivaci (Ajani & Moez, 2011).

Je tedy zřejmé, že existence rozporu teorie a praxe má velký potenciál negativně ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče (Salifu a kol., 2019).

1.1 Popis rešeršní strategie a přehledové review

Pro tvorbu literárního přehledového review byla využita rešerše vyhotovená v Národní lékařské knihovně, která byla zadána v únoru 2020. Klíčová slova, která byla použita (v českém a anglickém jazyce): Rozpor teorie a praxe (Theory-Practice Gap), Sestra absolventka (Graduate Nurse), Profesionální adaptace (Professional Adaptation), Kompetence (Competence). Časově byla rešerše vymezena na roky 2010-2020. Celkem bylo nalezeno 33 článků, a to pouze v anglickém jazyce.

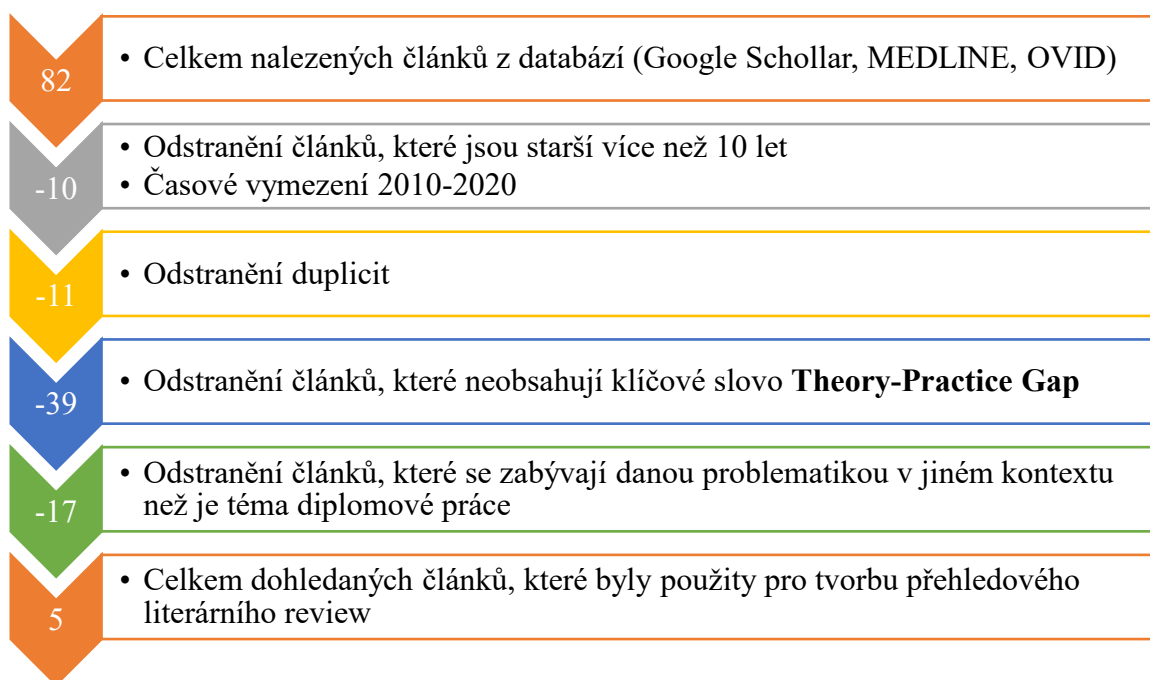
Vzhledem k nedostatečnému počtu nalezených článků bylo následně samostatně dohledáno dalších 49 relevantních zdrojů v elektronických databázích EBSCO-CINAHL, Medvik, Medline, Ovid, Pub Med, Scopus a Google Scholar, přičemž bylo upraveno časové vymezení na roky 1980-2020

Dalším krokem bylo stanovení kritérií k výběru nejrelevantnějších zdrojů. Do užšího výběru bylo zařazeno 33 článků nalezených Národní lékařskou knihovnou a 49 článků nalezených samostatně v elektronických databázích uvedených výše. Celkem tedy bylo k posouzení 82 odborných článků pouze v anglickém jazyce. Výběrová kritéria: vyřazení článků, které byly starší více než 10 let¹ (časové vymezení 2010-2020), vyřazení duplicit, vyřazení článků, které neobsahovaly klíčové slovo „Theory-Practice Gap“, vyřazení článků, které se

¹ Pro tvorbu teoretické části diplomové práce byly však použity i zdroje starší 10 ti let, vzhledem k jejich relevantnosti (problematika rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství byla hojně diskutována zahraničními autory již v 90. letech minulého století).

zabývaly danou problematikou v jiném kontextu, než je téma diplomové práce. Celkem bylo pro tvorbu literárního review použito 5 článků (Příloha č. 5). Postup řešeršní strategie je uveden níže (Obrázek 1).

Obrázek 1 *Postup řešeršní strategie (Vlastní zpracování)*



1.2 Definice základních pojmů

Rozpor teorie a praxe (z angl. Theory-Practice Gap) je do českého jazyka doslovně přeložen jako mezera mezi teorií a praxí. V ošetrovatelské literatuře je tento pojem široce užíván bez sdílené, konsenzuální definice či popisu jejího vymezení a definování obsahu konceptu. Definice je však důležitá, protože rozpor mezi teorií a praxí je abstraktní pojem a představuje tak metaforickou prázdnotu, která je pociťována nebo prožívána, ale není snadno měřitelná nebo kvantifikovatelná (Greenway, 2018).

Dle Rolfeho (1993, str. 173) je rozpor mezi teorií a praxí „*mezera mezi tím, co by podle výzkumu a teorie mělo v ideálním případě probíhat, a tím, co se skutečně děje v „nedokonalém“ klinickém prostředí.*“ Wall (2014, str. 127) říká, že „*mezera mezi teorií a praxí je zásadní problém, který představuje velké dilema pro studenty ošetrovatelství a jejich mentory, neboť teorie se často zdá být velmi vzdálená od praxe.*“ Dle Greenway (2018, str. 2) lze pojem definovat jako „*základní negativum s nepříznivými důsledky pro ošetrovatelství*“.

Vzhledem k tomu, že slovní spojení „rozpor teorie a praxe“ v sobě zahrnuje pojmy „teorie“ a „praxe“, je užitečné objasnit a blíže definovat také každý jeden z nich samostatně, a to nejen v rovině obecné, ale později v textu také v kontextu ošetrovatelské teorie a praxe.

Teorie je Novým slovníkem cizích slov pro 21. století (2018, str. 335) definována jako: „*Vnitřně konzistentní soubor tvrzení, která nejsou v rozporu s dosavadními zkušenostmi a která popisují zákonitosti, které platí pro určitou oblast skutečnosti.*“.

Praxe je vymezena jako: „*Zavedený způsob chování, jednání nebo nějakého společenského postupu. Jinak také zácvik, zaučení, provádění činnosti za účelem získání zručnosti nebo provozování činnosti v určitém oboru.*“ (Nový slovník cizích slov pro 21. století, 2018, str. 273). S vymezením pojmu „praxe“ úzce souvisí také pojem „empirie“. Podle nového slovníku cizích slov pro 21. století je **empirie** vymezena jako „*Zkušenost získaná pozorováním nebo experimentem.*“. Empirické vědy jsou tedy takové, které jsou založené na opakovatelných a ověřitelných pokusech a postupech. Ve výkladu Sociologické encyklopedie je pojem empirie vykládán v jeho původním významu jako „*Zkušenost či zkušenostní poznání, tj. prožitek, z nějž díky paměti vznikají dále využitelné poznatky.*“ Všechny společenské vědy se opírají o empirii. Ošetrovatelství, jakožto vědu zaměřenou svým předmětem na člověka, řadíme tedy mezi vědy sociální. Cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka jako na celek se všemi jeho potřebami a problémy. Dílčí cíle ošetrovatelství jsou: podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení pacienta, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Koncepte ošetrovatelství, 2014, s 2). Plevová a kol. (2011, str. 60) definuje **ošetrovatelství** jako „*Samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví*“.

Současné ošetrovatelství v České republice je vědní disciplína, která je založena na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři i ostatními odborníky (Plevová a kol., 2011). Od sestry se očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení (Staňková, 2002). Ošetrovatelství je multidisciplinární obor, který staví na nových teoretických poznatech, jenž jsou neustále ověřovány a uplatňovány v praxi. Má svou vlastní teoretickou základnu s praktickou aplikací (Plevová a kol., 2011). Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, která je pokládána za reálnou a humanitní vědu z hlediska předmětu zkoumání a rovněž za vědu aplikovanou z hlediska svého cíle (Žiakova a kol.,

2009). Předmět ošetřovatelství jako vědy je vymezen prostřednictvím těchto metaparadigmatických pojmů a vztahem mezi nimi – osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelská péče (Plevová a kol., 2011). Hlavním cílem ošetřovatelství je *„systematicky a komplexně uspokojit potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání* (Koncepte ošetřovatelství, 2014, s 2).

Současné ošetřovatelství má svoji vlastní koncepci, která zajišťuje jednotné postupy při poskytování ošetřovatelské péče, ať už je poskytována v ambulantním či lůžkovém zdravotnickém zařízení, v sociálních zařízeních i ve vlastním prostředí pacientů a jejich rodin. Ošetřovatelství je realizováno formou ošetřovatelského procesu a vychází z vědeckých poznatků (Plevová a kol., 2011).

1.3 Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe

Dle Rolfeho (1993) je rozpor teorie a praxe založen na mylné představě o povaze ošetřovatelské teorie a vztahu teorie k praxi. Je to logická mezera předurčená teorií, která nikdy nemůže být zcela relevantní ve vztahu k tomu, co řeší praxe.

Může se zdát, že teorie je opakem praxe, dle Carra & Kemmise (2003) však praxe není nějaké bezmyšlenkovité, zkušenostní chování, které existuje odděleně od teorie a na které lze teorii aplikovat. Faktem dle nich ale zůstává, že celá „teorie“ je nepraktická a celá „praxe“ je neteoretická. K této myšlence se připojují také Ajani & Moez (2011), kteří tvrdí, že ačkoliv jsou oba pojmy zjevně ve vzájemném rozporu, z profesionálního hlediska je nutné povolit „aplikaci teorie do praxe“, protože ačkoliv je ošetřovatelství z podstatné části praktickou disciplínou, teorii nelze od praxe oddělit, neboť obě složky jsou důležité pro každou profesi a mají schopnost růst a vyvíjet se podle toho, jak se mění svět (Ajani, Moez, 2011).

Rolfe (1993) uvádí, že rozpor mezi teorií a praxí vzniká, neboť se snažíme v ošetřovatelství pomocí různých teorií a výzkumů napodobit exaktní vědní disciplíny jako je např. fyzika či chemie, a to ve snaze vybudovat pevný základ ošetřovatelských znalostí. Právě tato snaha ale přispívá k mezeře mezi teorií a praxí, neboť v ošetřovatelství nepracujeme s neživými předměty, ale s lidmi, přičemž každý člověk je jedinečný a nepředvídatelný. Při vytváření paradigmat v jiných oborech vědec či výzkumník provede objev a technik nebo inženýr pak rozvíjí jeho praktické využití. Když však toto aplikujeme na ošetřovatelství, teorie se stává nadřazená praxi a teoretici se oddělují od praktiků. Praktici jsou pak pouze pasivními

realizátory teorií, na jejichž vývoji se nepodíleli. Teoretik může sice vytvořit ošetrovatelský model², který se pak odborníci v klinickém prostředí pokusí zrealizovat, ale základem tohoto modelu je předpoklad, že lidé jsou předvídatelní (stejně jako neživé předměty). Rolfe (1993) tuto situaci vysvětluje na příkladu s kusem oceli. Kus oceli se totiž bude chovat stejně jako jiný kus oceli za stejných podmínek, a to ať už v laboratoři nebo jako součást mostu v reálném prostředí. U lidí však takto předpovídat nemůžeme, můžeme jediné provádět statistické předpovědi na základě zákonů pravděpodobnosti, ale ošetrovatelská teorie nemůže nikdy předpovědět absolutní jistotu toho, co se v praxi stane u jednotlivých pacientů. Můžeme tedy pouze konstatovat, že na základě výzkumu bude pravděpodobně nějaká metoda fungovat na 90 %, ale nikdy nemůžeme tvrdit, že bude účinná na 100 % pro všechny pacienty a ve všech situacích. Z tohoto důvodu je aplikace teorie do praxe problematická – nikdy si nemůžeme být jisti, že jak tvrdí teorie, že by se něco mělo stát, se tak skutečně stane.

Rolfe (1993) uvádí také modelový případ, kdy zdravotní sestra čelí otázce od pacienta v terminálním stádiu, zda umírá. Podle teorie by mohla pečlivě projít učebnice psychologie, komunikace a poradenství, prostudovat filozofické teorie etikety a veškeré ošetrovatelské výzkumné studie o poskytování informací pacientům, nemůže si být však nikdy jistá, že teorie, pro kterou se rozhodla, bude nejlepší pro tohoto konkrétního pacienta. Dále uvádí, že další příčinou rozporu mezi teorií a praxí je neschopnost ošetrovatelské teorie adekvátně vysvětlit, co se děje v reálném životě v klinické praxi, přičemž tato neschopnost vyplývá z umístění ošetrovatelství v tradičním vědeckém paradigmatu, ve kterém teorie určuje praxi.

Dle Rolfeho (1993) je pro překlenutí mezery mezi teorií a praxí potřeba objevit nové způsoby konceptualizace toho, co se děje v praxi, způsoby, které s praxí více souvisí. Je proto třeba nahradit vědeckou představu o teorii (jak byla definována dříve) s takovou, která přesněji odráží realitu klinického světa. To je však obtížné, protože, jak je již zmíněno výše, teorie se často používá k označení opaku praxe. Benner (1984) definovala rozdíl mezi termíny „vědět co“ (knowing that)³ a „vědět jak“ (knowing how)⁴ a tvrdí, že „vědět jak“ něco dělat nemusí vždy vyžadovat teoretické vědomosti⁵. Stát se odborníkem v praxi vyžaduje

² Teorie vychází z koncepcí a předpokladů stejně jako konceptuální model, jednotlivými jevy se však zabývá více specificky a podrobněji (Kozierová a kol., 1995). Teorie popisuje konkrétní jevy, zabývá se vztahy mezi nimi či jejich vzájemnými vlivy a vyvíjí se prostřednictvím ošetrovatelského výzkumu (Plevová a kol., 2011).

³ **Deklarativní znalosti** zachycují, co platí (statistické pravdy)

⁴ **Procedurální znalosti** zachycují, jak postupovat při provádění nějakých akcí (usuzování)

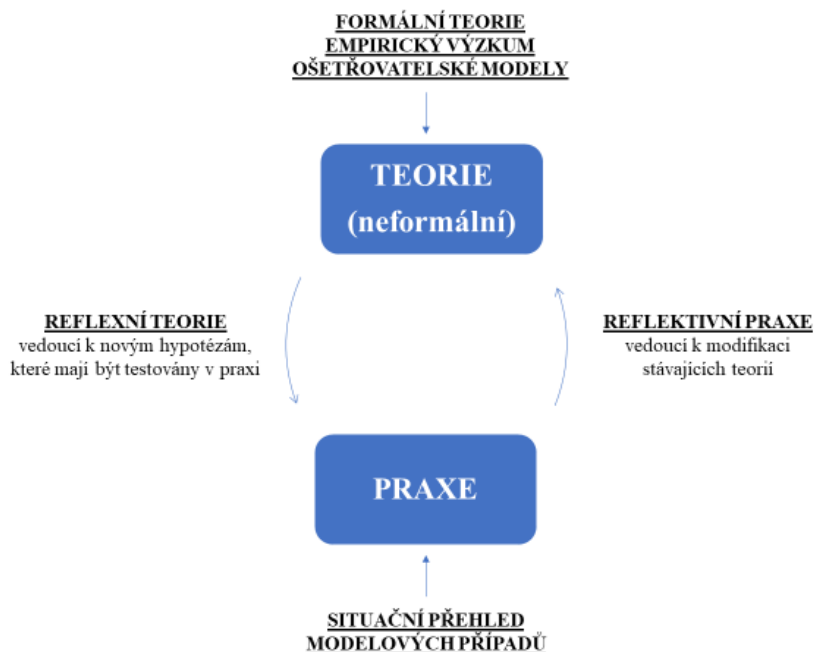
⁵ **Vědomost** je učením osvojený poznatek, tj. zapamatování informace včetně pochopení vztahů mezi nimi (v podobě pojmů, pravidel, zákonů, vzorců atd.). Jedná se tedy o výsledek pamětního nebo pojmového učení, je součástí statické struktury chování a prožívání (často teoreticky víme, jak co dělat, ale v praxi to udělat nedokážeme). Vědomost je základem rozumových operací a rovněž základem myšlení.

rozvoj „vědět jak“ teoretické vědomosti vložit do praktických dovedností⁶. Carr (1986, 2006) tvrdí, že praxe je záměrná činnost umístěná v koncepčních rámcích a jako taková obsahuje svou vlastní vnitřní teorii. Tento druh teorie není něco, co se používá v praxi, ale spíše teorie je k praxi implicitní, protože bez ní se praxe zvrhne v náhodné a nesmyslné chování. Usher & Bryant (1989) to označili jako „neformální teorii“ a na rozdíl od „formální teorie“ umožňuje odborníkům pracovat v situacích, ve kterých nacházejí sami sebe a spojují své činnosti s tím, co je žádoucí a co je v těchto situacích možné, přičemž hodnotí výsledky své činnosti s ohledem na tyto úvahy. Dále tato „neformální teorie“ není „vědecká“ (ve smyslu abstraktním a dekontextualizovaném), ale trpí tím, že je nesystematická a intuitivní. Vztah mezi teorií a praxí je tedy obrácen. Teorie neurčuje praxi, ale je generována z praxe. Ve skutečnosti je proces kruhový, s teorií se generuje praxe, praxí se modifikuje teorie a generuje novou teorii (Rolfe, 1993). Schön (1983) tvrdí, že každý odborník vytváří situační repertoár, který se rozšiřuje a upravuje na nové situace. Častý přechod od teorie k praxi způsobuje, že se může zdát, že jde o integrovaný proces (Rolfe, 1993). Schön (1983) tento proces označil jako reflexe v akci, který je ústřední pro odborníky, jež řeší situace nejistoty, nestability, konfliktu a jedinečnosti. Ne vždy při péči o konkrétního pacienta můžeme uplatňovat univerzální postupy, neboť každý pacient je jedinečný a vyžaduje individuální přístup (Rolfe, 1993). Tento přístup je podobný tomu, který popsala Benner (1984) a ve kterém kvalifikované sestry přistupovaly k jednotlivým pacientům s využitím minulých situací.

Na základě těchto znalostí Rolfe navrhl následující model ošetrovatelské praxe (Obrázek 2) a tvrdí, že „neformální teorii“ ošetrovatelství nelze zobecnit stejným způsobem jako „formální vědeckou teorii“, nicméně zobecnitelná je a může být použita k úpravě budoucí praxe. Vztah mezi teorií a praxí podle něj není deterministický nebo kauzální, ale vzájemně se ovlivňující. Teorie a praxe jsou spojeny v neoddělitelný celek, reflektivní praxe vytváří neformální teorii a reflexivní teorie modifikuje a rozvíjí praxi. Neformální teorie je v praxi obsažena, protože bez ní je praxe pouze náhodnou a nekoordinovanou činností. Podobně neformální teorie je generovaná z praxe procesem „reflexe v akci“. Ošetrovatelská praxe je tedy spojením teorie a praxe, která zahrnuje neustálý proces vytváření hypotéz a testování nových podnětů a úpravy praxe podle získaných výsledků (Rolfe, 1993).

⁶ **Dovednost** je učením získaná dispozice ke správnému, rychlému a úspornému vykonávání určité činnosti vhodnou metodou.

Obrázek 2 Model ošetrovatelské péče (Rolfe, 1993, str. 176)

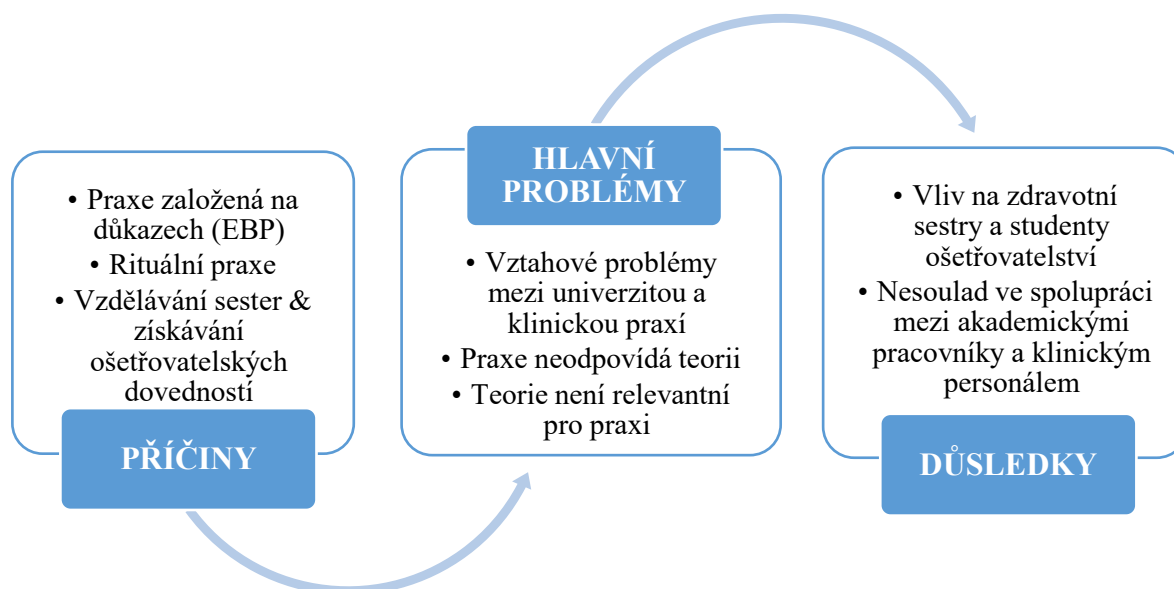


Ajani & Moez (2011) vidí problém v tom, že ideálně by všechny sestry měly mít perfektní teoretické znalosti i praktické dovednosti, ale většina sester si je jista pouze v jedné z oblastí. Dle nich existují důkazy, které nasvědčují tomu, že sestry, které jsou teoreticky zdatné (umí psát plány ošetrovatelské péče a perfektně znají patofyziologii onemocnění, jejich léčbu atd.), tápou v klinické praxi. Na druhé straně sestry, které vykazují silné praktické dovednosti v klinické praxi, často mají potíž s teorií, nedokážou dobře pracovat s ošetrovatelskou dokumentací a jejich znalosti v oblastech patofyziologie či farmakologie jsou slabé.

Greenway (2018) navrhuje jako příčiny vzniku rozporu teorie a praxe Evidence-Based Practice⁷, rituální praxi a vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností. Na základě těchto příčin a identifikovaných hlavních problémů (viz níže) navrhla koncepční analýzu rozporu teorie a praxe podle Rogersova evolučního modelu (Obrázek 3).

⁷ **Evidence-Based Practice**, tzn. praxe založená na důkazech či ošetrovatelství založené na důkazech (z angl. Evidence-Based Nursing) je *proces spojující nejlepší praxi (důkaz z výzkumu) s odbornou zkušeností sestry a potřebami pacienta.*“ (Jarošová, Zeleníková, 2014, str. 11).

Obrázek 3 Schématické znázornění koncepční analýzy RTaP (Greenway, 2018, str. 7)



1.4 Hlavní problémy rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství

1.4.1 Praxe neodpovídá teorii

Sestry by měly využívat spíše praxi založenou na důkazech, než provádět rituální a zautomatizované postupy svých dovedností (Ajani & Moez, 2011). Haigh (2008) naznačuje, že klinická pracoviště nejsou často ochotna nebo schopna změnit stávající praxi a přijmout nové myšlenky a metody. Pozitivní motivace pro podporu změn a zmenšení mezery mezi teorií a praxí je částečně dosaženo profesionální socializací a efektivním modelováním profesních rolí (Greenway, 2018).

1.4.2 Teorie není relevantní pro praxi

To, co je vyučováno v idealistickém prostředí učebny, nemusí být vždy použitelné v reálné praktické situaci v klinickém prostředí (Ajani & Moez, 2011). Maben a kol. (2006) a Ousey & Gallagher (2007) tvrdí, že chyba spočívá v nedostatečné integraci teorie do klinického prostředí a v neschopnosti integrovat výzkum do prostředí klinické praxe. Je také zřejmá dynamická a vyvíjející se povaha ošetrovatelství – staré teorie se stanou irelevantními, zatímco nové teorie budou vyžadovat testování a hodnocení (Haigh, 2008). Vzhledem k tomu, že výuka sester je rozdělena mezi klinickou praxi a univerzitní prostředí, je třeba upřednostnit aplikaci teorie v kontextu konkrétních a proveditelných způsobů. Je žádoucí

také využití simulační výuky a modelů lidských pacientů, čímž by bylo dosaženo realističtějšího, ale přesto kontrolovaného učebního prostředí (Greenway, 2018).

Dalším problémem je, že vysokoškolští pedagogové (odborní asistenti) často nejsou v kontaktu s realitou, nejsou klinicky věrohodní a teorie, které zastávají, neodráží klinickou praxi (Greenway, 2018). Ousey & Gallagher (2007) říkají, že je důležité zaměřit se na partnerství mezi akademickou obcí a klinickou praxí a v praxi se zaměřit na podporu studentů a absolventů zdatným mentorem. Myall a kol. (2008) také tvrdí, že efektivní mentorink je klíčový pro relevantní klinické zkušenosti studentů a absolventů, neboť mentoři poskytují souhrnné hodnocení klinické praxe. Proto je velmi důležité, aby byl mentor kompetentní, klinicky důvěryhodný a orientovaný v oblasti výzkumu.

Maben a kol. (2006) si ve své studii všimli toho, jak sestry absolventky přichází na oddělení s ideály, které byly do značné míry zmařeny praxí. K tomu dochází v důsledku „organizační sabotáže“, přičemž faktory, jako je nedostatek zaměstnanců, pracovní vytížení, časový tlak či vysoký obrat pacientů vedou k nemožnosti sester, aby se staraly o pacienty tak, jak jim ukládá teorie, což přispívá k rozporu mezi teorií a praxí (Maben a kol., 2006; Sharif & Masoumi, 2005). Studie Maben a kol. (2006) popisuje význam profesních vzorů v osobě mentorů, jakožto zprostředkovatele socializace. Profesní vzory usnadňují pozitivní a konstruktivní socializaci sester absolventek do ošetrovatelské praxe a umožňují teorii naučenou na univerzitě transformovat do (praxe) klinického prostředí (Maben a kol., 2006).

Vzdělavatel sester (vysokoškolský pedagog / odborný asistent) hraje klíčovou roli při získávání dovedností a procesu odstraňování mezery mezi teorií a praxí (Landmark a kol., 2003). Mezi role klinického pedagoga (mentora) patří identifikace s profesní rolí a předávání profesionálního chování, socializace s kulturou klinického prostředí a asistence při navazování vztahů na pracovišti (Baltimore, 2004). Landmark a kol. (2003) tvrdí, že klinická supervize byla v minulosti často prováděna spíše jako forma manažerského dohledu než jako cenný učební nástroj. Tito autoři naznačují, že klinická supervize by neměla být pouhým modelem učení, ale měla by představovat podporu učení prostřednictvím reflexe (Landmark a kol., 2003). Klinická praxe je místo, kde student získá nejcennější zpětnou vazbu, dochází k tomu souběžně s hmatatelným procesem učení (Baillie, 2014; Martin & Mitchell, 2001). Bylo dokázáno, že sestry integrují znalosti a rozvíjejí své kompetence reflektováním praxe během klinické supervize (Landmark a kol., 2003; Corlett a kol., 2003). Poučení ze zkušeností a reflexe, je odpovědností studenta, ale mělo by být iniciováno klinickým pedagogem

(mentorem) – co následuje a co se student naučí, je pak vloženo do jeho rukou. Část role klinického mentora spočívá v upevnění ošetrovatelských dovedností, zároveň studentům pomáhá aplikovat do praxe jejich existující teoretické znalosti. Není pochyb o tom, že dobrý vztah s a mentorem usnadňuje integraci a pochopení teoretických znalostí do klinické praxe a ovlivňuje reflexi v akci (Scully, 2011).

Baillie (2014) tvrdí, že naučit se psychomotorickým dovednostem ve skutečnosti vyžaduje kromě studia teorie i praxi; s touto praxí se dovednost při jejím provádění stane sofistikovaná a koordinovaná. Rozsah požadované praxe se bude lišit podle úrovně motivace, fyzické zdatnosti a koordinace studenta (Baillie, 2014).

Není pochyb o tom, že vzdělavatelé sester mají neocenitelnou roli, ale nakonec sám svědomitý student musí identifikovat a přijmout své vlastní slabé stránky či nedostatky a využít prostředky k jejich nápravě, a tak zlepšit své praktické dovednosti na optimální úroveň. Tyto kroky následně vedou k rozvoji kompetencí sester a zajištění optimální péče o pacienta (Scully, 2011).

Studenti ve studii Sharif a kol. (2005), vyjádřili stres z nedostatku klinické praxe během svých ošetrovatelských studií. Baillie (2014) identifikovala teorii, podle níž se místo učení dovedností v prostředí učebny upřednostňuje model on-the-job (v práci). Výsledek této teorie odpovídal osobním zkušenostem Scully (2011) a odrážel také zkušenosti studentů dotazovaných ve studii Sharif a kol. (2005); bez nácviku praktických dovedností v učebně studenti uvádějí, že se cítí nepřipraveni a mají nedostatek sebedůvěry. Adekvátní výuka v učebně tímto způsobem může minimalizovat mezeru mezi teorií a praxí. Student je schopen srovnávat filozofii a výzkum a naučit se, proč se něco konkrétně děje (Scully, 2011). Bylo zjištěno, že tento způsob výuky sníží úroveň úzkosti, zvýší pocit sebedůvěry a zvýší bezpečnost pacientů (Baillie, 2014; Pender & Looy, 2004; Sharif a kol., 2005).

Vzhledem k tomu, že zvládnutí dovedností v učebně může pomoci usnadnit překlenutí mezery mezi teorií a praxí při aplikaci dovedností do klinického prostředí, je nezbytné adekvátně uzpůsobit dobu praxe v kontrolovaném prostředí v univerzitních učebnách. Kromě zajištění přiměřené doby praxe je třeba vzít v úvahu také strategie pro výuku (Scully, 2011). Mnoho autorů tvrdí, že by možná bylo vhodnější zaměřit na menší části, jako např. pamatovat si jednotlivé systémy těla a procházet pak každý systém zvlášť pomalým tempem (Bradley & Postlethwaite, 2003; Jerlock a kol., 2003; Pender & Looy, 2004; Rolfe, 1993).

Dále je důležité zaměřit se na intenzivnější nácvik a vykonávání praktických dovedností, tím se totiž studenti brzy stanou obeznámeni s procesem zapojení do úkolu, stanou se více sebevědomí, méně úzkostliví a jsou schopni pracovat s větší odborností (Jerlock a kol., 2003; Pender & Looy, 2004). To se označuje jako „výkonově orientovaná péče“ (přístup k péči o pacienta zaměřený na úkoly / výkony). Rovněž umožňuje zvládnutí dovedností a budování sebedůvěry, čímž lze pak dále rozvíjet dovednosti a koordinovat celkovou péči o pacienta (Bradley & Postlethwaite, 2003; Jerlock a kol., 2003; Pender & Looy, 2004).

Landers (2000) tvrdí, že klíčovou roli pro studenty při transformaci teorie do praxe hraje charakter klinického prostředí. Klinické učení totiž nepodporuje vysoké pracovní vytížení personálu, rutinní přístup k péči a napjaté pracovní prostředí, což může mařit iniciativu a kreativitu studentů (Craddock, 1993). Maben a kol. (2006) popsali dopad klimatu organizace na realizaci ideálů a hodnot studentů, které jsou vyučovány ve vzdělávacích programech v ošetrovatelství, jako profesně-byrokratický pracovní konflikt. I když je zřejmé, že podpora pro studenty a sestry absolventky v klinickém prostředí je předpokladem integrace teorie do praxe (Killam & Heerschap, 2013; Monaghan 2015), zdá se, že neexistuje žádný široce uznávaný přístup k podpoře učení studentů v klinickém prostředí.

Odborníci v klinické praxi často uplatňují postupy a činnosti, které nejsou v souladu s tím, co se studenti teoreticky učí. Za tento nesoulad pravděpodobně může slepé přijímání postupů z jiných kultur a prostředí, bez jakékoliv adaptace, která by vyhovovala potřebám konkrétního pacienta. Dotázaní studenti dále popisují, že klinické aktivity byly rutinní a monotónní, bez jakéhokoliv přizpůsobení individuálním potřebám a zvláštnostem jednotlivých pacientů, což bylo pro studenty nezajímavé a frustrující. Dalším problémem pro studenty jsou vysoká očekávání, která vůči nim mají pracovníci v klinickém prostředí. Posledním, avšak neméně důležitým problémem byla rivalita a soupeření mezi vysokoškolskými studenty a absolventy tradičního vzdělávání⁸, jenž tvoří většinové zastoupení sester v klinickém prostředí. Sestry, které neměly vystudovanou vysokou školu, devalvovaly vysokoškolské

⁸ Od roku 1989 prošlo vzdělávání v ošetrovatelství v ČR zásadními změnami. Tradiční vzdělávání sester na středních zdravotnických školách nahradilo vzdělávání na terciální úrovni, které je rozděleno na bakalářskou a magisterskou úroveň, na kterou je pak navíc možné navázat dříve neexistujícím doktorandským studiem. O terciálním vzdělávání se hovoří nejen v případě tradičních univerzit, ale také v případě neuniverzitních vysokých škol a vyšších odborných škol (některé z nich mohou být soukromé). Velkou změnou byl také nárůst počtu studujících, což pro vyučující znamenalo zvýšení nároků na pedagogické působení a řadu z nich pak tyto nároky dovedly ke stížnostem na klesající kvalitu studia (Prudký a kol., 2010).

studium a studenty označovaly za prakticky nešikovné a arogantní a byly velmi neochotné jim pomáhat při jejich klinickém učení. (Salifu a kol., 2019)

Také Bendall (1976) upozorňuje na to, že to, co se sestry učí teoreticky, je značně odlišné od toho, co vykonávají skutečně v klinické praxi. Pokud nebude minimalizována mezera mezi teorií a praxí, může to způsobit potíže, protože principy stanovené v učebních osnovách nejsou sladěny s principy, které reálně fungují v klinické praxi. To může být pro čerstvého absolventa problematické a může způsobit i předčasné opuštění povolání.

Rovněž načasování realizace odborné praxe studentů v klinickém prostředí není vždy optimálně organizováno a není synchronní s teoretickými aktivitami v učebně. Studenti jsou často rozmístřováni podle potřeb a „poptávky“ jednotlivých klinických pracovišť, která však svým zaměřením nejsou tematicky provázána s osnovami výuky praktických cvičení studentů (Salifu a kol., 2019).

1.4.3 Problémy spolupráce mezi univerzitním a klinickým prostředím

Dle Greenway (2018) se tento problém časově datuje do období přesunu vzdělávání studentů ošetrovatelství z tradičních vzdělávacích programů na úroveň vysokoškolského vzdělávání sester.

Corlett a kol. (2003) zdůrazňují potřebu úzkého partnerství a spolupráce s akademickými pracovníky a tvrdí, že smysluplná vzájemná spolupráce by měla za následek reflektování výuky klinického prostředí a zlepšení pohledu na výuku týkající se znalostí a potřeb studentů. Dostupná literatura zdůrazňuje přínos úzké spolupráce mezi nácvikem praktických dovedností v rámci předmětu ošetrovatelské postupy a realizací odborné klinické praxe jako metodu překlenutí mezery mezi teorií a praxí a také strategii ke zmírnění úzkosti studentů (Baltimore, 2004; Corlett a kol., 2003; Jerlock a kol., 2003; Spouse, 2001). Výzvou pro pedagogy (akademické pracovníky) je vychovávat studenty, kteří dokážou využít své formální všeobecné znalosti k řešení konkrétních problémů v klinickém prostředí a rozvíjí své kritické myšlení a dovednosti pro praktické řešení problémů (Jerlock a kol., 2003; Martin & Mitchell, 2001; Pender & Looy, 2004; Scherer & Scherer, 2007; Spouse, 2001). Bez této úpravy dojde podle Spouse (2001) k dalšímu prohlubování mezery mezi teorií a praxí u sester absolventek. Výuka formálních, obecných znalostí v učebně při přípravě na praxi je úlohou univerzity,

proces osvojování⁹ si psychomotorických dovedností a jejich aplikace do praxe je pak do-
ménou klinického pedagoga (mentora). Vztah mezi oběma stranami je nevyhnutelně propo-
jen a je nanejvýš důležitý pro rozvoj vzdělávacích strategií¹⁰ (Scully, 2011).

Někteří odborníci z klinické praxe vyjádřili obavy ohledně klinických zkušeností a
tzv. akademizace odborného vzdělávání akademických pracovníků, které naznačují, že vět-
šina z nich byla buď nezkušených, nebo ztratili kontakt s realitou ošetrovatelské praxe kvůli
jejich dlouhodobé nepřítomnosti v klinickém prostředí. Pedagogické přístupy používané ně-
kterými akademickými pracovníky postrádaly inovace a dovednosti v oblasti kritického
myšlení a řešení problémů. (Salifu a kol., 2019)

Gerrish (1992) tvrdí, že existence mezery mezi teorií a praxí souvisí s neschopností
akademických pracovníků převzít ústřední roli ve výuce klinické praxe, rovněž je dle něj
problémem posun tradičního ošetrovatelského vzdělávání, jak tomu bylo dříve, k vysoko-
školskému vzdělávání studentů ošetrovatelství.

⁹ **Osvojování** je proces vzniku a vytváření praktických dovedností probíhající obvykle podle řetězce: nácvik
jednotlivých pohybů – jejich spojování v celky – odstranění zbytečných pohybů – upřesňování a automatizace
pohybů – snižování únavy.

¹⁰ **Vzdělávací strategie** jsou postupy, které jsou uplatňovány ve výuce i mimo ni, jimiž vzdělávací instituce
cíleně vytváří a rozvíjí klíčové kompetence studentů. Přispívají k větší efektivitě a kvalitě vyučovacího pro-
cesu.

2 ABSOLVENTI STUDIJNÍHO PROGRAMU OŠETŘOVATELSTVÍ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA A JEJICH POŽADOVANÁ KVALIFIKAČNÍ ÚROVEŇ

Celosvětově je cílem vzdělávání sester zajistit profesionalitu v rámci klinických kompetencí a zlepšit poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče (Salifu, 2019). Ošetrovatelství jako praktická disciplína zahrnuje nejen teoretickou část diskutovanou na akademické půdě v rámci teoretické výuky, ale také vyžaduje dostatečnou realizaci výuky odborné praxe v klinickém prostředí umožňující rozvoj dovedností a uplatnění teoretických znalostí v praxi (Lauder a kol., 2004).

Jerlock a kol. (2003) tvrdí, že zamýšleným cílem vzdělávání v ošetrovatelství je výchova sebevědomého studenta – sestry absolventky, která je schopna samostatného rozhodování a realizace ošetrovatelských činností směrem k pacientovi, jeho příbuzným i dalším zdravotníkům.

Ošetrovatelství je definováno jako péče o osoby v rozličných zdravotních a životních situacích. Tato péče však zahrnuje mimo jiné také neustálé vzdělávání sester v různých oblastech (sestry musí být informovány nejen o nových teoretických poznatcích, ale také o novinkách, týkající se praktických metod používaných v jejich oboru). Právě kvalifikované zdravotní sestry totiž hrají v ošetrovatelství klíčovou roli (Ajani & Moez, 2011).

2.1 Požadované vzdělání

Vzdělávací program vyšší odborné školy i studijní program bakalářského studia musí splňovat požadavky na kvalifikační přípravu všeobecné sestry vyplývající ze Směrnice Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznávání odborných kvalifikací, zákona 18/2004 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb.

Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb.) stanovuje, že zdravotní péči mohou poskytovat pouze poskytovatelé zdravotnických služeb, ve zdravotnických zařízeních a prostřednictvím kvalifikovaných zdravotnických pracovníků. Povolání sestry je regulováno specificky zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon č. 201/2017 Sb., platný od 1. 9. 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů).

Kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra lze dosáhnout dvěma způsoby¹¹:

- 1) v nejméně tříletém akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním programu (všeobecné ošetřovatelství, bakalářský studijní program);
- 2) v nejméně tříletém studiu v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole (diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro vyšší odborné školy)

Standardní doba studia je nejméně 3 roky, student musí absolvovat minimálně 4600 hodin teoretické výuky, z toho minimálně 2300 hodin praktické výuky (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

2.2 Studijní program ošetřovatelství: obor všeobecná sestra

Každá vzdělávací instituce, podílející se na pregraduální přípravě sester, musí splnit požadavky kvalifikačního standardu na výkon zdravotnické profese všeobecná sestra, tzn. předepsaný minimální počet hodin a povinné předměty (základní i oborové) kategorie A (Příloha č. 1 a 2). Do kategorie B spadají povinně volitelné předměty, které rozšiřují předměty povinné. Mohou být stanoveny podle nabídky předmětů jednotlivých škol. Kategorii C pak tvoří volitelné předměty, které doplňují povinné a povinně volitelné předměty a rovněž závisí na nabídce jednotlivých škol.

2.3 Odborná ošetřovatelská praxe

Odborná ošetřovatelská praxe je koncipována jako praktický předmět, který integruje poznatky studentů získané v odborných teoretických a teoreticko-praktických předmětech (např. ošetřovatelské postupy či první pomoc) a umožňuje jim aplikaci těchto poznatků do klinické praxe. Dále poskytuje získávání komplexních schopností a nácvik dovedností nutných pro vykonávání profese všeobecné sestry. Studenti mají možnost naučit se pacientům poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči dle zásad ošetřovatelského procesu. Také poskytuje prostor pro zdokonalování zručnosti, dovedností a návyků, vede studenty k samostatnosti, odpovědnosti a týmové spolupráci. Uskutečňuje se formou přímé či nepřímé péče

¹¹ **Novela zákona č. 96/2004 Sb.** (o nelékařských zdravotnických povolání) zavádí systém 4+1, což je nový způsob získání kvalifikace všeobecné sestry studiem SZŠ v oboru praktická sestra (dříve zdr. asistent) a dále minimálně ročním studiem na VOŠ v oboru všeobecná sestra se standardním ukončením studia absolutoriem – absolvent ročního studia získává neakademický titul DiS., stejně jako absolventi klasického tříletého studia.

o pacienty, v souladu s platnou legislativou a podle plánu praktické výuky na zdravotnických pracovištích. Klinická pracoviště pro výkon odborné praxe jsou vybírána na základě stanovených standardů a kritérií. Rozsah a obsah praxe je vymezen studijním plánem a charakterem konkrétní odborné praxe.

Student má povinnost zaznamenávat výkony a činnosti provedené během odborné praxe do LOOGBOOKu (jinak také deníku či záznamníku odborné praxe), který následně podléhá kontrole akademickým pracovníkům VŠ nebo pedagogickým pracovníkům VOŠ. LOOGBOOK obsahuje mimo jiné informace o přípravě a průběhu praktické výuky, sleduje jednotlivé kompetence a ošetrovatelské intervence, kterých má student dosáhnout v rámci studijního plánu. Zdravotnická pracoviště pro výuku odborné ošetrovatelské praxe splňují legislativní požadavky, jejichž platnost a dodržování je smluvně zajištěno.

Odborná ošetrovatelská praxe probíhá pod vedením sestry mentorky zpravidla v osmihodinových směnách na přiřazených odděleních vybraného zdravotnického zařízení.

Praxe probíhá formou bloků, přičemž jeden blok trvá vždy nejméně 1 týden. Pro každý ročník je stanoven minimální počet hodin¹² a doporučená pracoviště (Příloha č. 3) pro výkon odborné ošetrovatelské praxe:

2.4 Podmínky ukončení studia

Způsob a podmínky ukončení studia na vysoké škole vymezuje zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, po novele č. 168/2018 Sb, studijní program, studijní plán, studijní a zkušební řád vysoké školy, na vyšší odborné škole pak vzdělávací program, učební plán a školní řád vyšší odborné školy.

Podmínkou ukončení studia je splnění požadavků studijního programu¹³, získání předepsaného počtu kreditů a splnění studijních povinností do doby dané maximální možnou délkou studia.

¹² 1. ročník – 280 hodin; 2. ročník – 560 hodin; 3 ročník – 520 hodin. Celkem tedy 1360 hodin odborné ošetrovatelské praxe, zbývající počet hodin (940) fakulta rozdělí dle svého uvážení (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

¹³ Vyšší odborné vzdělávání je řádně ukončeno absolutoriem, které se skládá z obhajoby absolventské práce a ústní zkoušky z těchto předmětů: Ošetrovatelství (teorie ošetrovatelství, ošetrovatelský proces a potřeby člověka, transkulturní ošetrovatelství, výzkum v ošetrovatelství), Ošetrovatelství v klinických oborech, Humanitních věd (psychologie, pedagogika, právo a etika v ošetrovatelství) a Cizí jazyk (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

Vysokoškolské studium je řádně ukončeno praktickou zkouškou vykonanou v klinickém prostředí a státní závěrečnou zkouškou, která se skládá z obhajoby bakalářské práce a ústní zkoušky z těchto předmětů: Ošetřovatelství (teorie ošetřovatelství, ošetřovatelský proces a potřeby člověka, multikulturní ošetřovatelství, výzkum v ošetřovatelství), Ošetřovatelství v klinických oborech, Humanitní vědy (psychologie, pedagogika, právo a etika v ošetřovatelství).

Kvalifikovaná všeobecná sestra má v praxi povinnost plnit níže uvedené kompetence v souladu s platnými právními předpisy, etickými normami a profesními standardy (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

2.5 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje a zajišťuje základní i specializovanou ošetřovatelskou péči v souladu s právními předpisy, etickými normami a profesními standardy (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

Kompetence¹⁴ všeobecné sestry (Příloha č. 4) jsou následující:

- **Autonomní kompetence** – sestra uspokojuje potřeby vzniklé v souvislosti s onemocněním, podílí se na podpoře zdraví a na prevenci vzniku onemocnění, podílí se na zdravotní výchově a poskytování informací (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018)
- **Kooperativní kompetence** – sestra při koordinaci a plnění odborných úkolů v multidisciplinárním týmu respektuje role ostatních profesionálů, posiluje vzájemný partnerský vztah, vyšetření a léčebná opatření provádí na základě indikace lékaře, zná a dodržuje hranice svých rolí a kompetencí (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018)
- **Kompetence ve výzkumu a vývoji v ošetřovatelství** – ve své každodenní praxi sestra využívá výsledky výzkumu, podílí se na výzkumné práci v oblasti ošetřovatelství a získává tím nové vědomosti, či sama výzkum provádí a k tomu používá všechny dostupné informační zdroje, podílí se na programech

¹⁴ **Kompetence** je souhrn vědomostí, dovedností a pravomocí, které umožňují kvalifikovaně vykonávat určitou činnost (Nový slovník cizích slov, 2018).

zajišťování kvality celkové péče a usiluje o svůj další odborný růst (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018)

- **Manažerské kompetence** – sestra provádí nezbytná opatření k zamezení působení rizik a rozezná rizika pro zdraví, která spadají do oblasti ošetrovatelské péče, kontroluje pracovní tým, spolupracuje s jinými odborníky a pracuje ve skupinách, vzdělává se, provádí hodnocení pracovníků, sleduje efektivitu prováděných činností, ovládá informační a komunikační technologie, účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení v oblasti ošetrovatelství (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018)

Vnitřní kompetence jsou odborné činnosti, které realizují jednotliví členové ošetrovatelského týmu a ke kterým získali předpoklady v rámci svého vzdělávání (Mikšová a kol., 2014).

Vnější kompetence jsou odborné činnosti, ke kterým členové ošetrovatelského týmu získali oprávnění na základě ustanovení příslušných právních norem a vymezení zaměstnavatele (Mikšová a kol., 2014).

3 ADAPTAČNÍ PROCES

Sestra absolventka je bývalá studentka, která předepsaným způsobem úspěšně dokončila vysokou či vyšší odbornou školu oboru ošetrovatelství (Petrušek a kol., 1996). Podle zákoníku práce je absolventem „*zaměstnanec vstupující do zaměstnání na práci odpovídající jeho kvalifikaci, jestliže celková doba jeho odborné praxe nedosáhla po řádném (úspěšném) ukončení studia (přípravy) 2 let, přičemž se do této doby nezapočítává doba mateřské nebo rodičovské dovolené.*“ (Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 229, odst. 2)

Pro sestry absolventky je proces přechodu ze vzdělávací instituce do klinické praxe v rámci prvního zaměstnání velmi důležitý, neboť období pracovní adaptace¹⁵ je krizovým obdobím. Je to období, kdy se sestry absolventky v plné míře setkávají s realitou klinického prostředí (těžké úrazy, strádání, bolest, umírání, smrt) a vyrovnávají se s náročností a složitostí práce ve zdravotnictví (Mellanová a kol., 2014). Na základě mnoha faktorů (např. nevhodně zvolený školitel, šikana ze strany spolupracovníků (mobbing) či nadřízených (bossing), psychická i fyzická pracovní zátěž, finanční ohodnocení) může během adaptačního období u sester absolventek dojít až k opuštění povolání. Adaptační proces (AP) tedy může rozhodnout o budoucímu postoji sester absolventek k jejich povolání a ke zdravotnictví obecně, má neoddiskutovatelný význam pro profesní socializaci sestry absolventky a její identifikaci s rolí sestry.

Adaptační proces zpravidla trvá 6-12 měsíců, dle zvyklosti konkrétního pracoviště. Po celou dobu by měla sestra absolventka pracovat pod dohledem školitele či školitelky, kteří bývají přiděleni vrchní sestrou.

Adaptace probíhá v několika fázích: přípravná fáze – fáze globální orientace – fáze zvládnutí – fáze rezignace (Nový & Surynek, 2006). Cílem adaptačního procesu je fáze zvládnutí, která může být dočasná nebo trvalá. Velmi důležité je se zaměřit na přípravnou fázi, ve které si sestry absolventky vytváří nejrůznější představy a očekávání a které mohou, po setkání s realitou klinického prostředí, významně adaptaci ovlivnit. S těmito představami a očekáváním je vhodné aktivně pracovat a vhodně je komunikovat (Zítková a kol., 2015).

¹⁵ **Adaptace** je „proces, kdy se nový zaměstnanec vyrovnává s prostředím, ve kterém plní pracovní úkoly. S tím souvisí adaptace pracovní, kdy jde o přiměřené zvládnutí pracovních úkolů a dosažení daného výkonového standardu; a adaptace sociální, což je proces přiměřeného zařazení pracovníka do interpersonálních vztahů příslušné skupiny.“ (Bucháčková, 2003, s. 38)

V rámci adaptačního procesu je důležité se soustředit především na rozvoj dovedností (schopnosti praktického provádění úkolů a rozvoj znalostí), vlastnosti jako inteligence či osobní tempo sestry absolventky jsou vrozené a docílit u nich změny je téměř nemožné (Bělohávek, 2010).

3.1 Profesionální socializace a identifikace s rolí sestry

3.1.1 Profesionální socializace

Proces socializace na pracovišti výrazně ovlivňuje rozvoj profesní identity u studentů a sester absolventek (Gurková, Zeleníková, 2017). Důležitou součástí je také problematika „nadpočetného stavu“ (z angl. Supernumerary Status). Jedná se o vžití vnímání studenta jako někoho, kdo je „navíc“, kdo „překáží“ a kdo je přítěží. Jde tedy o stav, kdy student v rámci své profesní přípravy nemůže být zaměstnaný na daném klinickém pracovišti, ale má se prostřednictvím supervidované participace podílet na péči o pacienty (Allan a kol., 2011). Proto z pozice studenta, či následně z pozice sestry absolventky, mohou ve vztahu k personálu daného oddělení vyplývat specifické problémy jejich socializace. Na jedné straně jsou studenti a sestry absolventky, kteří očekávají vstřícnost personálu a akceptaci, snaží se začlenit do kolektivu, získat nové zkušenosti a praktické dovednosti. Na druhé straně je zdravotnický personál, který však řeší svůj vlastní pracovní život, časové dodržování pracovního harmonogramu, nedostatek personálu na jejich oddělení, vlastní zodpovědnost a různorodé aspekty pracovních vztahů a interpersonální spolupráci, včetně její problematičké podoby – konflikty na pracovišti (Gurková, Zeleníková, 2017). V jedné ze studií studenti uváděli, že proces začlenění se do kolektivu na daném klinickém pracovišti pro ně byl nejnáročnějším úkolem, tedy mnohem náročnějším než samotné učení (Nolan, 1998). Rovněž další autoři potvrzují, že vztahy se sestrami a lékaři na pracovišti jsou studenty hodnoceny jako velmi stresující (Kim, 2014; Melincavage, 2011; Mlek, 2010). Dalšími problémy jsou pak zejména nereálná očekávání personálu od studentů, problém v komunikaci mezi studenty a klinickým personálem, neochota a ignorování sester či nezohlednění nedostatku zkušeností studentů sestrami, což vede u studentů k pocitu nedostatečnosti či selhání (Melincavage, 2011; Mlek, 2010). Sestry na klinickém pracovišti nevyzdvihují přednosti studentů, ale spíše je kritizují a poukazují na jejich slabé stránky a chyby (Gibbons a kol. 2008). Na základě několika dalších studií však bylo zjištěno, že pokud jsou studenti klinickým personálem akceptováni, podporováni a respektováni, vede to k jejich vyšší motivaci ve studiu i profesi, větší spokojenosti, vyšší sebedůvěře a lepšímu zapojení do péče o pacienta (Ches-

ser-Smyth, 2005; Levett-Jones a kol., 2009). V souvislosti s klinickou výukou jsou největším problémem autoritativní metody výuky, které nepodporují iniciativu ani samostatnost studentů, ale vedou je spíše k pasivnímu plnění úkolů (Gurková, Zeleníková, 2017).

3.1.2 Identifikace s rolí sestry

Role je očekávané chování, které souvisí s postavením člověka v dané společnosti a které se odehrává v párech, neboť roli hraje každý člověk ve vztahu k druhé osobě. Role sestry se tedy liší na základě toho, s kým je sestra právě v kontaktu, zda je to s lékařem, s pacientem či s jinou sestrou (Plevová, 2011).

Předpokladem pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry je především kolektivní orientace (sestra při své práci nevychází ze svých potřeb, ale zásadně z potřeb pacienta), univerzalismus (sestra je schopna zaujmout svou roli vůči všem pacientům bez rozdílu) a emocionální neutralita (sestra je schopna svou emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole). Emocionální neutralita umožňuje sestře vykonávat profesi bez vnitřních i vnějších konfliktů, ale neznamená to, že se sestrám zakazují jakékoliv prožitky. Emocionální neutralita se vztahuje pouze na takové situace, kdy sestra musí zachovat klid a nepropadnout panice, jedná se o pozici, která vytváří u sester základ pro profesionální, ale zároveň humánní chování (Mellanová a kol., 2014).

Sestra se může se svou pracovní rolí ztotožnit až ve chvíli, kdy vykazuje většinu charakteristik sociálně zralé osobnosti (kolektivní orientace, tolerance, přizpůsobivost, autonomie, přiměřené sebehodnocení, kooperace, tvořivost, spontánnost, laskavost, schopnost nést odpovědnost za druhé). Pokud tomu tak není, znamená pro sestru její práce stres a neúnosnou zátěž a často tento stav vede k opuštění zaměstnání (Mellanová a kol., 2014).

3.2 Nástroje řízení adaptačního procesu

Během adaptačního procesu by mělo dojít k souladu mezi odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi sestry absolventky a specifickými pracovními podmínkami daného zdravotnického zařízení, konkrétní ošetrovatelské jednotky, pracoviště (Zítková a kol., 2015).

V ošetrovatelství jsou vypracovány v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení standardní postupy vedení adaptačního procesu a všechna stanovená opatření odrážejí metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky (Zítková a kol., 2015).

3.2.1 Adaptační plány

Metodickým návodem pro zpracování adaptačních plánů jednotlivců je typový adaptační program. Vedoucí pracovníci jednotlivých klinik vycházejí při vedení adaptačního procesu z tohoto společného rámce, který je závazný pro všechna pracoviště zdravotnického zařízení, ale zároveň mají vedoucí pracovníci možnost doplnit specifika, týkající se jejich oboru (Zítková a kol., 2015).

Adaptační plán by měl být vytvořen v každém zdravotnickém zařízení, za jeho organizaci a průběh adaptačního procesu je zpravidla zodpovědný vedoucí pracovník daného oddělení či kliniky, který by měl sestře absolventce vysvětlit průběh a náplň adaptačního procesu a přidělit školitele či školitelku.

Adaptační plán vymezuje podmínky k ukončení adaptačního procesu, vzdělávací a podpůrné aktivity či studium požadované literatury. Tyto informace by měly být zaměstnanci sdělovány nejen ústně, ale i písemně (Zítková a kol., 2015).

3.2.2 Praktický zácvik

Během praktického zácviku jsou novému zaměstnanci předávány konkrétní postupy a informace, které jsou důležité pro plnění činností spojených s poskytováním ošetrovatelské péče, tuto roli v praxi zastává zpravidla školitel či školitelka v rámci společných směn s novým zaměstnancem (Zítková a kol., 2015).

Doporučená délka praktického zácviku je vymezena na 6-12 měsíců, ale je vhodné ji operativně upravovat podle individuální situace. Nedostatečně dlouhá doba praktického zácviku zvyšuje u zaměstnanců stres a nervozitu, čímž výrazně stoupá riziko omylů či nedostatečná kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Na druhou stranu příliš dlouhá doba praktického zácviku má negativní vliv na vytváření aktivních postojů a na motivaci k práci (Zítková a kol., 2015).

3.2.3 Rotace práce

Zaměstnanec je na určitou dobu (jeden den až několik měsíců) přesunut na jiný úsek daného pracoviště v rámci zvyšování jeho praktických dovedností a znalostí z oblasti práce, která je primárně realizována právě na tomto úseku (tzv. adaptační kolečko). Tento nástroj je efektivní nejen v rámci zvyšování dovedností, ale také umožňuje navazování osobních kontaktů a lepší orientaci v rámci pracoviště (Zítková a kol., 2015).

3.2.4 Mentorink a koučování

Mentorink je poskytování profesní, studijní i osobnostní podpory, vedení a předávání zkušeností osobě služebně mladší s cílem usnadnit ji osobností, edukativní a profesní rozvoj (Kohoutek, 2011).

V ošetrovatelství bývá mentorem sestra školitelka. Osobu mentora je velmi důležité vybrat správně, neboť mají na své svěřence zásadní vliv (Zítková a kol., 2015).

Koučování je založeno na vztahu mezi dvěma rovnocennými partnery, tedy mezi koučem a klientem a představuje dlouhodobou a specifickou péči o člověka a o jeho růst v profesním i osobním životě (Suchý & Náhlovský, 2012).

3.2.5 Motivačně-hodnotící pohovory

Motivačně-hodnotící pohovory slouží zejména ke zpětné vazbě, ale také k monitorování postupu učení u nového zaměstnance a zvládnání adaptace ve všech rovinách. Do jejich realizace jsou aktivně zapojeny všechny účastníci ze strany (školitel/ka, mentor, staniční sestra, vrchní sestra) v návaznosti na časový průběh adaptačního procesu. Nejvíce efektivní je tento nástroj právě ve chvíli, kdy ho poskytují osoby, které mají praktickou zkušenost s činnostmi, na kterou je zpětná vazba poskytována (Zítková a kol., 2015).

3.2.6 Supervize

Supervize je proces, který je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s konkrétní pracovní pozicí, jehož účastníkem mohou být týmy, skupiny pracovníků i jednotlivci (Venglářová, 2013). „*Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům*“ (Venglářová, 2013, s. 11). Supervize je v ošetrovatelství důležitá zejména v oblasti rozvoje a vzdělávání pracovníků s cílem umožnit organizovanou příležitost k reflexi vlastní ošetrovatelské praxe (Zítková a kol., 2015). Správně vedená supervize je taková, kdy je vytvořen dobrý vztah mezi supervizorem a supervidovaným, dochází k podávání nových informací a podnětů, je vytvořeno bezpečné místo podpory a přijetí a jedná se o vědomou práci s etickými normami (Venglářová, 2013). Špatně vedená supervize je taková, kdy je vytvořen špatný vztah mezi supervizorem a supervidovaným, dochází k poučováním ponižování či kritizování supervidované osoby, není dodržena hranice mezi supervizí a terapií, supervizor je nekompetentní (neznalost metod, nedodržování kontraktu, nerespektování etiky) či jsou intervence supervizora špatně načasovány (Venglářová, 2013).

3.2.7 Vzdělávací programy pro nové pracovníky

Vzdělávání pracovníků je proces, během kterého jsou získávány a rozvíjeny nové znalosti, dovednosti, schopnosti či postoje (Kocianová, 2010).

Mohou být využívány dvě různé metody vzdělávání – metody vzdělávání na pracovišti nebo metody vzdělávání mimo pracoviště (Vodák & Kucharčíková, 2011).

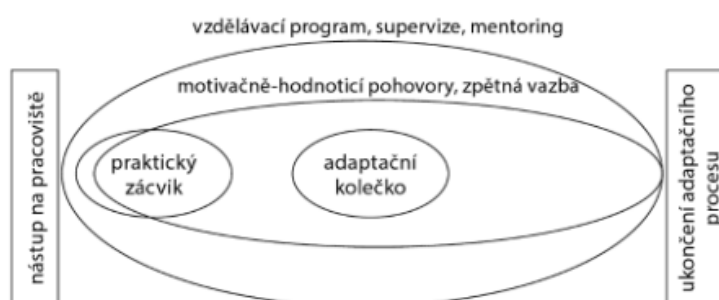
Základní typy vzdělávání jsou následující – instrumentální (motorické) vzdělávání, poznávací (kognitivní) vzdělávání a sebereflektující vzdělávání, které umožňuje formování nových vzorců myšlení či chování a v důsledku toho vytváření nových znalostí (Armstrong, 2007). Nejlepší výsledky přináší vhodná kombinace těchto typů vzdělání.

Ve zdravotnických zařízeních je často pro zvýšení efektivity vzdělávání organizována společná část vzdělávacího programu pro všechny nové zaměstnance (např. BOZP, manipulace s léky či biologickým materiálem, seznámení se základními organizačními normami), jedná se o tzv. formální informační kurzy pro nové zaměstnance. Dále jsou hojně využívány různé e-learningové kurzy. Velmi důležitou součástí je však také samostudium nových zaměstnanců, které nesmí být opomíjeno (Zítková a kol., 2015).

3.2.8 Informační balíček

Jedná se o zaměstnavatelem připravený materiál pro nově příchozí zaměstnance, který shrnuje základní informace důležité pro adaptaci, materiál může být připraven jak v tištěné podobě, tak v elektronické. Hlavním přínosem je především komplexnost a jednotnost informací, ke kterým je možné se opakovaně vracet. Informační balíček má dvě části, část obecnou, která je společná pro všechny zdravotnické obory v rámci zdravotnického zařízení a část specifickou, která odráží specifika jednotlivých oddělení (Zítková a kol., 2015).

Obrázek 4 Schéma využití nástrojů adaptačního procesu (Zítková a kol., 2015, s. 23)



3.3 Průběh adaptačního procesu

Optimální průběh adaptačního procesu je takový, kdy dochází ke zvládnutí těchto tří období – etapa zařazení pracovníka na pracoviště – etapa orientace v novém prostředí – etapa vytváření iniciativního a aktivního přístupu k práci (Nový & Surynek, 2006).

První fáze

Hlavním cílem první fáze je uvedení nového zaměstnance na pracoviště a seznámení s pracovním prostředím, pracovními podmínkami, s kolegy i nadřízenými (Zítková a kol., 2015). Poskytuje tak základní informace o pracovních podmínkách a zvyklostech, o realizaci a normách pracovního výkonu, o průběhu a požadavcích adaptačního procesu (Armstrong, 2007).

V první fázi adaptačního procesu jsou často používány tyto nástroje řízení adaptačního procesu – praktický zácvik, formální vzdělávání, informační balíček, zpětná vazba a supervize. Vhodné je zde zařadit i první formální hodnocení či motivačně-hodnotící pohovor a stanovit si cíle na další období (Zítková a kol., 2015).

Druhá fáze

V této fázi dochází k získávání zkušeností, adaptaci na pracovní kolektiv i k úspěšnému zvládnutí prvních úkolů (Zítková a kol., 2015).

V druhé fázi adaptačního procesu jsou často používány tyto nástroje řízení adaptačního procesu – mentorství, rotace práce, vzdělávání a motivačně-hodnotící pohovory, na kterých se podílí i další zainteresované osoby, jako jsou mentoři, školitelé, či vedoucí pracovníci (Zítková a kol., 2015).

Třetí fáze

V této fázi dochází k začlenění zaměstnance do pracovní skupiny, k identifikaci s cíli pracoviště a k dosahování očekávaných pracovních výsledků. V tomto období by mělo dojít k ukončení adaptačního procesu, přičemž se zjišťuje, zda byly zvládnuty cíle, které byly stanoveny na začátku či upraveny v průběhu adaptačního procesu (Zítková a kol., 2015).

Ve třetí fázi adaptačního procesu jsou často používány tyto nástroje řízení adaptačního procesu – mentorink, koučování, supervize, vzdělávání a motivačně hodnotící pohovory (Zítková a kol., 2015).

Zpětná analýza

Velmi důležitá je také zpětná analýza, kdy dochází ke zpětnému pohledu na celý průběh adaptačního procesu. Tyto poznatky je pak možné dále použít k aktualizaci jednotlivých uplatňovaných nástrojů (Miller, 2009).

Pokud adaptační proces neprobíhá příznivě, může se u zaměstnanců projevit špatnou pracovní morálkou, lhostejností, pasivitou či fluktuací (Nový & Surynek, 2006). Dále se může objevovat nedostatečný výkon zaměstnanců, jejich chybovost, konflikty mezi spolupracovníky i nadřízenými či rezignace.

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část diplomové práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup umožňující podrobné a hloubkové zkoumání nového jevu (Hendl, 2016; Kutnohorská, 2009). Hlavní výhodou kvalitativního výzkumu je možnost otevřeného přístupu výzkumníka a pravděpodobnost získání až intimních dat (Hendl, 2016). Další výhodou je pak přistupování k určitému jevu z celostního hlediska (holistický přístup) a nezaměření se pouze na některou jeho část. Kvalitativní výzkum vyzdvihuje úlohu lidské interpretace konkrétních událostí a zkušenost a sbírá informace bez nařízených instrukcí.

4 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Pro zpracování empirické části diplomové práce byl zvolen hlavní cíl a hlavní výzkumná otázka, které byly dále blíže specifikovány pomocí 5 dílčích cílů a k nim odpovídajících dílčích výzkumných otázek.

4.1 Hlavní cíl a výzkumná otázka

Hlavním cílem realizovaného kvalitativního šetření bylo zmapovat a popsat problematiku výskytu fenoménu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi, identifikovat očekávání a potřeby sester absolventek v souvislosti s výskytem rozporu teorie a praxe ve vztahu k zaměstnavateli a definovat základní problémové oblasti výskytu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi vnímané sestrami absolventkami.

Hlavní výzkumná otázka: Jak sestry absolventky vnímají, popisují a hodnotí rozpor teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

4.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zmapovat subjektivní názory sester absolventek na nejčastější oblasti výskytu rozporu teorie a praxe v současné ošetrovatelské praxi.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: V jakých oblastech současné klinické ošetrovatelské praxe se rozpor teorie a praxe, dle subjektivního názoru sester absolventek, objevuje nejčastěji?

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zmapovat názory sester absolventek na příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou, dle názoru sester absolventek, nejčastější příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit strategie a postupy, které sestry absolventky nejčastěji volí při řešení konkrétních případů rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi.

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaké strategie či konkrétní postupy řešení rozporu teorie a praxe volí sestry absolventky při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

Dílčí výzkumný cíl č. 4: Zmapovat a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky sester absolventek při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi v konkrétních situacích.

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou subjektivní prožitky sester absolventek při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi v konkrétních situacích? Co konkrétně sestry absolventky prožívají a pociťují?

Dílčí výzkumný cíl č. 5: V souvislosti s problematikou výskytu rozporu teorie a praxe zmapovat subjektivní názory sester absolventek na vlastní úroveň připravenosti a rozsah kompetencí, získaných vzděláním na VŠ při vstupu do zaměstnání.

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jak oslovené informantky hodnotí svoji připravenost a rozsah kompetencí, získaných vzděláním na VŠ při vstupu do zaměstnání, na počátku výkonu profese? Které profesní kompetence, získané vzděláním na VŠ, sestry absolventky při vstupu do zaměstnání nejčastěji postrádaly a/nebo jimi disponovaly pouze v omezené míře?

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek byl záměrný a respondenti byli vybráni pomocí techniky snowball. Prvním kritériem pro zařazení respondentů do výzkumného šetření byla jejich ochota účastnit se realizace výzkumu na téma *Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky*. Dalším kritériem byl jejich minimální rozsah aktivního pracovního úvazku ve zdravotnickém zařízení (sestra na ambulanci nebo u lůžka na standardním oddělení, JIP nebo ARO) min. 1,0 a ukončení pregraduálního vzdělávacího programu do 2 let.

Respondenti byli před začátkem výzkumu důkladně informováni o průběhu výzkumu. Všichni respondenti byli rovněž požádáni o vyplnění obecných identifikačních dat (Tabulka 1 a Příloha č. 6) a byli ujištěni, že jejich osobní údaje budou anonymizovány. Dále byl respondentům k podpisu předložen informovaný souhlas s rozhovorem a jeho dalším využitím pro účely diplomové práce (Příloha č. 7).

Výzkumný vzorek byl rozšiřován v souladu s kvalitativní metodologií během sběru dat a jejich následné analýzy až do teoretické saturace dat.

Vzorek respondentů byl tvořen 6 sestrami absolventkami (5 žen a 1 muž) ve věku od 22 do 25 let s ukončeným pregraduálním vzděláním do dvou let. Všichni oslovení respondenti absolvovali tříletý bakalářský studijní program v oboru všeobecná sestra a všichni kromě jednoho respondenta pracovali ve fakultní nemocnici. Jednalo se konkrétně o tři sestry pracující u lůžka na JIP, jednu sestru pracující u lůžka na standardním lůžkovém oddělení, jednu sestru pracující u lůžka na ARO a jednu sestru pracující v ambulantním provozu. Pracovní zařazení sestry pracující v nefakultní nemocnici bylo sestra u lůžka na jednotce intenzivní péče. Všichni oslovení pracovali v rozsahu pracovního úvazku 1,0 na dospělé části. Adaptační proces u oslovených sester absolventek trval od 3 měsíců až po jeden rok a všichni měli rovněž během adaptačního procesu přiděleného svého mentora. Jedna ze sester absolventek však uvádí, že jí byl mentor přidělen pouze formálně a aktivní mentorink se jí netýkal.

Vzhledem k tématu diplomové práce, rozsahu a charakteru sdělených informací nejsou názvy zdravotnických zařízení, ve kterých oslovení respondenti pracují, záměrně uvedeny, a to z důvodu zachování maximální možné anonymity.

Tabulka 1 Obecná identifikační data respondentů (Vlastní zpracování)

Sestra	Věk	Pohlaví	Pracovní zařazení	Pracoviště – úvazek	Délka adaptačního procesu/aktivní mentorink
R1	25	Žena	Sestra u lůžka (standardní odd.)	Fakultní – 1,0	10 měsíců / ANO
R2	22	Muž	Sestra u lůžka (ARO)	Fakultní – 1,0	1 rok / ANO
R3	24	Žena	Sestra na ambulanci	Fakultní – 1,0	1 rok / NE
R4	25	Žena	Sestra u lůžka (JIP)	Nefakultní – 1,0	3 měsíce / ANO
R5	23	Žena	Sestra u lůžka (JIP)	Fakultní – 1,0	5 měsíců / ANO
R6	25	Žena	Sestra u lůžka (JIP)	Fakultní – 1,0	3 měsíce / ANO

6 METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU

Jako metoda sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s oslovenými respondenty. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje připravené otázky, které systematicky směřují k identifikaci výzkumných témat pomocí detailních odpovědí respondentů. Jádro rozhovoru se skládá z témat a otázek, které je nutné probrat. Dále navazují další doplňující témata o otázky, které rozšiřují původní záměr a mohou přispět k mnohem lepšímu uchopení zkoumaného problému (Miovský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor má významnou schopnost odhalit často skryté a závažné aspekty lidského chování. Jedná se o jeden z nejefektivnějších a nejvýhodnějších prostředků k získání informací. Základem rozhovoru je konverzace, která umožňuje výzkumníkovi měnit styl, rychlost a pořadí otázek, čímž lze získat dostatečně obsáhlé odpovědi respondentů (Mišovič, 2019).

V období od září do prosince 2020 bylo osloveno celkem 7 respondentů, kteří splňovali předem stanovená výběrová kritéria. Jeden respondent účast ve výzkumu odmítl z časových důvodů. Všichni ostatní oslovení respondenti s rozhovorem souhlasili. Ve všech případech žádost o spolupráci proběhla ústní formou. Respondenti byli předem seznámeni s plánovaným průběhem a s cíli rozhovoru a podepsali informovaný souhlas s rozhovorem a jeho dalším využitím (Příloha č. 7). Ještě před začátkem rozhovoru také všichni oslovení respondenti vyplnili dotazník týkající se jejich osobních údajů (Příloha č. 6). Respondenti byli ujištěni, že jejich anonymita zůstane zachována v nejvyšší možné míře. Samotné rozhovory s respondenty byly realizovány v období od listopadu 2020 do ledna 2021. Nejkratší rozhovor trval 28 minut, nejdelší pak 54 minut. Tři rozhovory byly realizovány v exteriéru, dva rozhovory byly realizovány v prostorách vzdělávací instituce a jeden rozhovor byl realizován v online prostředí vzhledem k závažné epidemiologické situaci související s šířením onemocnění COVID-19.

Na závěr každého individuálního rozhovoru bylo každému respondentovi poděkováno a byl mu nechán prostor pro případné připomínky a zpětnou vazbu. Velmi pozitivní bylo zjištění, že téměř všichni oslovení respondenti o dané problematice hovořili bez jakýchkoliv zábrán, přesto, že se jedná o relativně kontroverzní téma. Nejvýraznější emoce respondentů se projevovaly u témat týkajících se přípravy studentů na vysokých školách na výkon jejich povolání, což je jistě také důležitým tématem k zamyšlení.

7 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jednotlivé polostrukturované rozhovory byly nahrávány a následně přepisovány do textové podoby do programu Microsoft Office Word. Textová podoba všech rozhovorů odpovídala celkovému rozsahu 47 stran formátu A4. Jednotlivé rozhovory byly studovány a následně analyzovány metodou obsahové tematické analýzy. Rozhovory byly přepsány ve spisovném jazyce a stylisticky upraveny, slangové výrazy byly záměrně ponechány, neboť jsou pro účely analýzy dat žádoucí.

Otevřené kódování probíhalo intuitivně na základě úpravy textu přepsaných rozhovorů a doplňování důležitých poznámek jako podkladů k interpretaci dat. Text přepsaných rozhovorů byl následně barevně zvýrazňován k rozlišení jednotlivých tematických oblastí. Kompletní přepisy polostrukturovaných rozhovorů jsou součástí tzv. neveřejných příloh diplomové práce dostupných u autorky práce. Kódování bylo provedeno ve spolupráci s vedoucí diplomové práce a na základě společné diskuze byly následně identifikovány jednotlivé kategorie a subkategorie, které byly opakovaně kontrolovány a doplňovány. Vazby jednotlivých kategorií jsou uvedeny pomocí myšlenkové mapy (Obrázek 5).

Limity výzkumu

Výrazným limitem výzkumu může být skutečnost, že výzkum probíhal v době více než roční pandemie COVID-19, kdy je pracovní zátěž všech sester jednoznačně větší než za standardní situace, rovněž personální a materiální zajištění pracovišť je v této situaci velmi problematické a názory sester absolventek tak mohou být částečně zkresleny.

Přestože byla zaručena anonymita všem osloveným sestrám absolventkám, existuje riziko, že poskytnutá data jsou limitována z důvodu obav z absolutní otevřenosti.

Zásadním limitem kvalitativního výzkumu je také velikost vzorku a jeho reprezentativnost, v důsledku toho nelze získané poznatky zobecnit

Obrázek 5 Myšlenková mapa (Vlastní zpracování)



7.1 Kategorie: Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe

V souladu s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie s názvem „Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe“. Následně bylo na základě analýzy dat identifikováno a konkretizováno 7 subkategorií: Organizační aspekty, Ekonomické aspekty, Osobnost sestry, Rituální praxe, Profit pacienta, Nelegitimní navyšování kompetencí a Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností.

Obrázek 6 Schéma příčin vzniku RTaP (Vlastní zpracování)



Subkategorie: Organizační aspekty

Na základě analýzy dat je zřejmé, že hlavním problémem oblasti organizačních aspektů je jednoznačně nedostatek zdravotnického personálu a s tím související nedostatek času. Z důvodu nedostatku pomocného zdravotnického personálu musí sestry často vykonávat i práci, která primárně nespadá do jejich kompetencí a následně jim nezbývá tolik času, kolik by potřebovaly na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta. Zároveň je v současné klinické ošetrovatelské praxi i nedostatek kvalifikovaných sester, a to vede k situacím, že sestry zajišťují ošetrovatelskou péči většímu počtu pacientů, než odpovídá personální vyhláška a určené minimální personální zajištění. Tato skutečnost má samozřejmě přímý vliv na kvalitu a bezpečnost poskytované péče a může být současně také důsledkem RTaP.

Organizační či manažerské aspekty jsou velmi zásadní a problematickou oblastí i za standardních podmínek, nicméně realizace výzkumu probíhala navíc v době více než roční pandemie COVID-19, kdy je pracovní zátěž všech sester neoddiskutovatelná. V souvislosti s ošetřováním pacientů s COVID-19 je rovněž velmi problematické personální zajištění služeb. Rostoucí počty hospitalizací a dlouhodobě přetížena intenzivní péče (nejen nedostatek lůžek, ale zejména nedostatek erudovaného personálu) tak vedou k mimořádné události, při níž se dané zdravotnické zařízení dostává do režimu provozu, kdy úroveň poskytované péče z důvodu relativního či absolutního nedostatku zdrojů, již neodpovídá běžnému standardu rozsahu a kvality poskytované zdravotní péče.

Tabulka 2 *Příčiny vzniku RTaP – Organizační aspekty (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE
<p><i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p> <p>Subkategorie: Organizační aspekty</p> <p>R1: „...když mám na starosti devět pacientů a tři z nich jedou na sál ve stejný čas a čtvrtý má objednanou na tentýž čas sanitku do jiného zařízení, tak není v mých silách popisovat ještě všechny stříkačky, které připravím a měnit si při převazu rány pokaždé rukavice...“</p> <p>R2: „Určitě hraje roli všudypřítomný nedostatek personálu a tím nemožnost vždy dodržovat předepsané standardy, třeba konkrétně u nás na ARO by měl být jeden pacient na jednu sestru, ale ve skutečnosti to tak většinou určitě není...“</p> <p>R3: „...snažím se vše dodržovat tak, jak by to mělo být, ale časově se to nedá téměř vůbec zvládnout...za cenu dodržování všech standardů a správných postupů jsem pak mnohem unavenější a přepracovanější než ostatní kolegyně...“</p> <p>R4: „...u nás má někdy sestra na starost více pacientů, než by měla mít a zkrátka potřebuje stihnout vše, tak není čas na dodržování všech teoretických postupů...“</p> <p>R5: „...kdyby se mělo všechno dělat tak, jak říká teorie, bylo by potřeba mnohem více personálu a času, v běžném běhu oddělení se spoustu věcí musí mnohdy „osekat“, aby se zvládla odvést práce, která je potřeba...“</p> <p>R6: „...určitě nedostatek sester a s tím související nedostatek času...když mám za jednu směnu na starosti 12 pacientů, tak zkrátka nejde vše stihnout tak, jak říká teorie...“</p>

Subkategorie: Ekonomické aspekty

Další problematickou oblastí jsou ekonomické aspekty zdravotnických zařízení, ke kterým lze zařadit zejména nedostatečné materiální zajištění vybraných oddělení. Nejvíce jsou pravděpodobně zasaženy léčebny dlouhodobě nemocných a menší nemocnice obecně.

V některých situacích sestry v klinické praxi nemohou postupovat podle předepsaných standardů, neboť jejich pracoviště zkrátka není dostatečně materiálně zajištěno a je nutné materiálem šetřit. Z analýzy dat vyplývá, že se s nedostatečným materiálním zajištěním a nutností šetřit materiálem na úkor dodržování předepsané teorie, setkávají již studenti ošetrovatelství, kteří jsou často sestrami v klinické praxi podporováni v rozporu teorie a praxe související s problematikou kvality a bezpečnosti poskytované péče. Zásadním důsledkem této skutečnosti je zejména fakt, že počínáním sester, které nedodrží sterilitu při převazech, nedodrží principy bariérové ošetrovatelské péče či nepoužívají osobní ochranné pomůcky, jsou ohroženy nejen ony samy, ale především zdraví a životy pacientů.

Tabulka 3 Příčiny vzniku RTaP – Ekonomické aspekty (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE
<i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Ekonomické aspekty
R1: „...jedna sestra mi vynadala, že používám na cévkování sterilní rukavice...“
R2: „...na LDN byl velký materiální nedostatek a museli jsme si mezi pacienty dezinfikovat rukavice...některé sestry nás nutily, ať si na spoustu výkonů rukavice nebereme vůbec...“
R3: „...dostala jsem přidělené jedny rukavice na celý den se slovy, že si je přeci mohu kdykoliv vydezinfikovat...“
R4: „Třeba na interních odděleních a LDN byl zejména problém, co se týče sterility při převazech, a to hlavně z toho důvodu, že tam neměli dostatek materiálu a pomůcek...“
R5: „...také ekonomické aspekty, kdy jste managementem „nuceni šetřit, kde se dá“...“
R6: „...necháváme sterilizovat jednorázové pomůcky, protože jsou hrozně drahé...“

Subkategorie: Osobnost sestry

Důležitým faktorem, který také hraje roli v problematice výskytu příčin rozporu teorie a praxe je nepochybně osobnost sestry a její úroveň profesionality. Velmi záleží na konkrétní sestře, jak zodpovědně přijímá a naplňuje své kompetence, což se může projevat například v oblasti vedení zdravotnické dokumentace, kdy je otázkou, zda danou ošetrovatelskou intervencí a postup péče sestra popíše v dokumentaci stejně, jako jej pak skutečně realizuje v praxi. Rovněž empatie konkrétní sestry je velmi důležitá, a to zejména ve spojitosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou. Osobnost sestry se však nepochybně projevuje ve všech oblastech poskytované ošetrovatelské péče.

Z analýzy dat vyplývá, že zásadní roli hraje také neprofesionalita, rezignace a apatie jednotlivých sester, související s jejich profesní deformací, rutinnizací péče či syndromem vyhoření. Právě syndrom vyhoření je u sester závažným problémem, který často spouští únava a psychická i fyzická náročnost povolání. Je také zřejmé, že některé sestry mnohdy postupují při provádění konkrétních ošetrovatelských postupů v rozporu s teorií, neboť si za své roky v praxi již zvládly ověřit, že často zjednodušováním některých postupů pacient není bezprostředně ohrožen. To může do jisté míry souviset také se skutečností, že standardy ošetrovatelských postupů nejsou v dostatečné míře inovovány v souladu s praxí a EBP. Standardy se totiž neinovují průběžně, podle potřeby, ale většinou jen v souvislosti s reakreditací a v předem definovaných termínech revizí, což má za následek, že teorie do jisté míry zůstává za praxí.

Tabulka 4 Příčiny vzniku RTaP – Osobnost sestry (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE
<p><i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p> <p>Subkategorie: Osobnost sestry</p> <p>R1: „...proč by sestry něco dělaly složitě, když to jde jednoduše a mají už vyzkoušené, že se nestane nic, co by ohrozilo život pacienta...většinou teorii nedodržují starší, vyhořelé, přepracované sestry, jejich postup je efektivní, rychlý a nezpůsobí žádnou tragédii...“</p> <p>R2: „...standardy nejčastěji nedodržují sestry, které si myslí, že ví vše nejlíp...sestry služebně starší mají už své „figle“ jak si práci zjednodušit a ulehčit...“</p> <p>R4: „...velký vliv má syndrom vyhoření, sestry jsou unavené, vyčerpané, práce je nebaví...obecně nedodržují teorii starší sestry, které už jsou zvyklé dělat to podle sebe...“</p> <p>R5: „...sestra, která nejvíce nedodržuje předepsané standardy je taková, která už je na oddělení třeba 10 let a ví, co všechno si může dovolit, aby se nestalo nic fatálního...“</p> <p>R6: „...hraje roli i lenost sester, kterým se nechce dodržovat předepsanou teorii, když je to pro ně jednodušší...vyhořelé a přepracované sestry na standardy většinou kašlou...“</p>

Subkategorie: Rituální praxe

Rituální praxe je rutinní chování, objevující se zejména u služebně starších sester, které na daném oddělení pracují již řadu let a mají pocit, že jejich naučený postup je ten jediný správný. Tyto sestry si však často odmítají připustit fakt, že ošetrovatelství se společně s medicínou neustále vyvíjí, a tedy je nutné, aby se i sestry neustále dále vzdělávaly a měnily či inovovaly i dosavadní zaběhlé postupy. Kvalifikované sestry v praxi tedy nejen nejsou ochotny, ale také často nejsou schopny, sledovat aktuální trendy a výzkum či se vzdělávat v souladu s EBP, a to zejména z důvodů časových, ale také z důvodu neporozumění

jazyku vědeckých publikací. Tato skutečnost však může vést k nedostatku změn a následně k tomu, že ošetrovatelská praxe zůstává ve statickém stavu, což nepochybně přispívá k rozporu mezi teorií a praxí. Pro ošetrovatelský management je tedy zásadní zamyslet se nad důležitostmi managementu a implementací změn, motivací zdravotníků a celkově nad celou organizační kulturou konkrétního pracoviště se zaměřením na práci s inovacemi a implementací EBP do klinické ošetrovatelské praxe. V některých případech skutečně mohou mít vybrané ošetrovatelské rituály pozitivní význam, ale častěji jsou spíše ošetrovatelské rituály prováděny bez ohledu na individuální potřeby konkrétních pacientů.

Z analýzy dat dále vyplývá, že rituální praxe jednoznačně neodráží vyučovanou teorii na středních či vysokých školách. Sestry absolventky pak vlivem tohoto jevu často pociťují nervozitu, bezmoc a beznaděj mezi tím, co je teoreticky a morálně správné a tím, jak se rutinně postupuje v klinické ošetrovatelské praxi a jak je to od nich pracovním kolektivem vyžadováno, což může vést k jejich morálnímu distresu¹⁶.

Tabulka 5 Příčiny vzniku RTaP – Rituální praxe (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE
<p><i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p> <p>Subkategorie: Rituální praxe</p> <p>R1: „Spousta sester už ani neví, jak to má správně být, jsou zvyklé to dělat po svém.“</p> <p>R4: „...starší sestry jsou naučené tak, jak to dělají celý život a nechtějí to měnit ještě navíc, když jim to řekne někdo mladší...ani už si neuvědomují, že by to mohlo být špatně...“</p> <p>R5: „...neochota starších sester učit se nové postupy a vzdělávat se v oboru...mají své naučené postupy a těžko přijímají modernější...mají pocit, že jejich zaseté postupy jsou správné jen proto, že už to takhle dělají dlouho...“</p>

Subkategorie: Profit pacienta

Další zajímavou, ale přesto velmi spornou oblastí je profit pacienta, který by měl být pro všechny zdravotníky sice jednoznačně na prvním místě, ale otázkou zůstává, zda je postoj zdravotníků k této problematice uchopen tím správným způsobem.

¹⁶ **Morální distres** (tíseň) je utrpení, které sestry prožívají, v případě, kdy jim okolnosti nebo podmínky dané pracovním prostředím neumožňují jednat tak, jak cítí, že je eticky správně (Pendry, 2007).

Z analýzy dat vyplývá, že kdyby zdravotníci v některých výjimečných situacích na základě vlastní intuice a zkušeností z praxe paradoxně neporušili předepsanou teorii a standardy mohlo by to pro pacienty mít opačný efekt a vést k závažným zdravotním komplikacím, v některých případech dokonce až k jejich smrti.

Legislativně je však nutné pracovat s organizačním rámcem a nespokojit se pouze s tím, že když „není po ruce lékař“ je pro sestru legitimní překračovat své kompetence. Jedná se o mimořádnou událost a jako takovou by ji měl řešit management konkrétního zdravotnického zařízení. Je tedy zřejmé, že sestry z klinické praxe si často velmi jednoduše obhájí a zdůvodní své nelegitimní konání (jedná se o strategii sester, viz níže), což také mnohdy poukazuje na nefungující interdisciplinární spolupráci a nesprávnou komunikaci.

Tabulka 6 *Příčiny vzniku RTaP – Profit pacienta (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Profit pacienta R2: „...na ARO hraje mnohdy o vteřiny, přednější je pak pro nás vždy život pacienta před tím, co je psáno v učebnicích... v akutních případech přece nenecháme umřít pacienta jen proto, že zrovna není po ruce lékař...“ R3: „...určitě existují výjimky, kdy musí jít teorie stranou, jsme zdravotníci a život pacienta je pro nás přednější...“ R4: „...v akutních situacích nejde vše dodržovat podle teorie...při resuscitaci prostě rychle podám lék a nehledám dezinfekci nebo rukavice...pro pacienta je jistě prospěšnější, že lék dostane včas než to, že je vše podle teorie...“ R5: „...v jakékoliv kritické situaci, kdy je pacient ohrožen na životě, jsou jakékoliv teorie zbytečné a jde především o život pacienta...“ R6: „...potřebuji rychle podat lék a lékař není poblíž, tak ho prostě podám a zapíše se to do dokumentace zpětně...“

Subkategorie: Nelegitimní navyšování kompetencí

Z analýzy dat vyplývá, že zejména na odděleních intenzivní medicíny (ARO, JIP) sestry rutinně provádějí výkony, které legitimně nespádají do jejich kompetencí. Konkrétně se nejčastěji jedná o podání léků pacientovi, které nejsou předem indikované lékařem v dekurzu, ale zapisují se do dokumentace až zpětně, či upravování množství některých specifických léků bez konzultace s lékařem (noradrenalin, inzulin či kalium). Alarmující však je, že se sestry nad tímto počínáním ve většině případů nepozastavují, ale rutinně jej vykonávají,

neboť tak je u nich na pracovišti zkrátka zvykem. Důležité je však vzít v potaz hierarchii profesí a s tím související hierarchii jejich kompetencí, což bezesporu souvisí s rozdílným stupněm volnosti při rozhodování o pacientovi a s rozdílnou mírou právní odpovědnosti za chybné rozhodnutí. Provádění ošetrovatelských výkonů, které legitimně nespádají do kompetencí sester, může být stejně příčinou vzniku rozporu teorie a praxe jako jeho důsledkem.

Tabulka 7 **Příčiny vzniku RTaP – Nelegitimní navyšování kompetencí** (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE
<p><i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p> <p>Subkategorie: Nelegitimní navyšování kompetencí</p> <p>R2: „...běžnou praxí na ARO je podání léků pacientovi sestrou mnohem dříve, než je zapísáno od lékaře, to se pak dopíše do dokumentace až zpětně...“</p> <p>R4: „...sestry neplní jen ordinace lékaře, když je lékař akutně na sále a my už víme, co je potřeba udělat, i když je to v kompetenci lékaře, tak to prostě uděláme a pak se to jen zapíše zpětně od lékaře...při nástupu mě překvapilo, že na našem oddělení mají sestry hodně vysoké kompetence, i když by je mít neměly, ale už jsem si zvykla...samy si hýbají s některými léky, třeba s noradrenalinem nebo inzulinem, na základě tlaku pacientů...“</p> <p>R5: „...sestry si hýbají s rychlostí dávkovačů podle aktuálních výsledků...zdravotničtí asistenti a sestry bez specializace dělají i to co je v kompetenci sestry se specializací...“</p> <p>R6: „Hodně mě zaskočilo zapisování ordinací lékaře zpětně a to, že si sestra léky koordinuje sama, aniž by měla nějaký rozsah od kolika, do kolika může daný lék podat, ale sama si vyšetří krev a pak hýbe s kaliem nebo s inzulinem, ale už mi to přijde normální...“</p>

Subkategorie: Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností

Jako velmi zásadní problém se jeví také vzdělávání sester a s tím související získávání ošetrovatelských dovedností. Za analyzovaných dat vyplynulo, že sestry absolventky vnímaly intenzivně rozpor teorie a praxe již v roli studentek ošetrovatelství a problematiku vzniku rozporu teorie a praxe dávají do souvislosti s obsahem studijního programu, zejména pak s vysokým podílem teoretických předmětů v kurikulu. Velké množství předmětů na vysokých školách (např. biofyzika, biochemie, genetika či histologie) jsou vyučovány na úkor předmětů, které by pro sestry při přípravě na výkon jejich povolání mohly být užitečnější (např. komunikační techniky a strategie, zvládání náročných a stresových situací, podrobnější znalosti z oborů paliativní péče či intenzivní medicíny). Časová dotace výuky těchto teoretických předmětů by mohla být také využita pro správně vedené odborné praxe, které jsou pro sestry mnohdy nejpřínosnější.

Právě systém realizace odborných praxí, které studenti vykonávají během vysokoškolského studia, a realizace mentorinku v jejich průběhu, může být příčinou vzniku rozporu teorie a praxe. Je zřejmé, že v rámci odborných praxí jsou studenti často rozmisťováni podle potřeby jednotlivých klinických pracovišť, která však svým zaměřením nejsou tematicky provázána s aktuálními osnovami výuky. Sestry absolventky také pociťovaly, že jejich čas na přiděleném klinickém stanovišti byl vždy příliš krátký na to, aby si důkladně osvojily požadované praktické dovednosti, získaly adekvátní teoretické znalosti a současně poznaly na základě klinických kazuistik a komplexní ošetrovatelské péče specifika daného onemocnění. S tím souvisí také nedostatečná samostatnost studentů a sester absolventek či kontrola nad vlastní praxí procesem učení se, snížená sebedůvěra a bezmoc, kterou implicitně studenti a následně sestry absolventky zažívají.

Analyzovaná data naznačují, že během odborných praxí studenti často nemají přidělenou sestru mentorku ani s nimi na praxe nedochází akademický pracovník (s výjimkou části prvního ročníku), který je zodpovědný za vedení praktické výuky, a studenti jsou pak pověřováni výkony, které primárně spadají do kompetencí sanitářů, na úkor odborných ošetrovatelských výkonů, což se samozřejmě promítá i do jejich úrovně dovedností po nástupu do zaměstnání. Sestry, které mají zodpovědnost za profesní rozvoj a učení studentů, nejsou často primárně mentory ani sestrami školitelkami, na studenty nemají čas, nemají k nim důvěru a co je pravděpodobně nejzásadnějším problémem, konkrétní ošetrovatelské postupy je učí tak, jak se provádějí rutinně na daném oddělení bez ohledu na to, zda postupují podle předepsané teorie či standardů. To vypovídá o skutečnosti, že současný model mentorinku není systematicky implementován některými fakultami a klinickými pracovišti do praxe a jedná se pouze o „formalistní“ praktikování mentorinku a nikoliv o plnohodnotný mentorink, který by se řídil jeho zásadami a požadavky. Tento fakt se jeví jako velmi závažný problém a je žádoucí se jím dále podrobněji zabývat.

KATEGORIE: PŘÍČINY VZNIKU ROZPORU TEORIE A PRAXE

(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)

Subkategorie: Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností

R1: „...zbytečné byly předměty, jako je třeba biochemie nebo biofyzika, radši bych věnovala víc času komunikaci, nebo paliativní péči...ze začátku jsem si nebyla jistá ničím...“

R2: „...vyučovaná teorie byla na úkor praxe, která je pro nás mnohem důležitější...na některých praxích jsem si připadal sestrami dost využívaný pro neodborné výkony...někdy se sestry snažily nám výkony ukázat tak, jak by se měly dělat, ale bylo vidět, že jsou zvyklé běžně postupovat jinak...po nástupu do práce jsem si nebyl jistý skoro ničím...“

R3: „...neměli jsme žádnou mentorku, která by se nám věnovala, a většinu času jsme jen nečinně postávali nebo dělali sanitářskou práci...jednotlivé výkony nám vysvětlovali tak, jak se dělají u nich na oddělení a ne tak, jak se mají provádět správně...když jsem pak nastoupila do práce, nebyla jsem připravená plnit všechny kompetence, které mohu...“

R4: „...vždycky nás někam poslali ve velkých skupinách, kde nás měly na starosti náhodné sestry, které na nás neměly čas...chyběly mi nějaké odbornější věci, všude nás sestry posílaly akorát měřit tlak a na hygienu s pacientem...když jsem nastoupila na JIP, tak jsem si nebyla jistá vůbec v ničem, bylo to hrozné...“

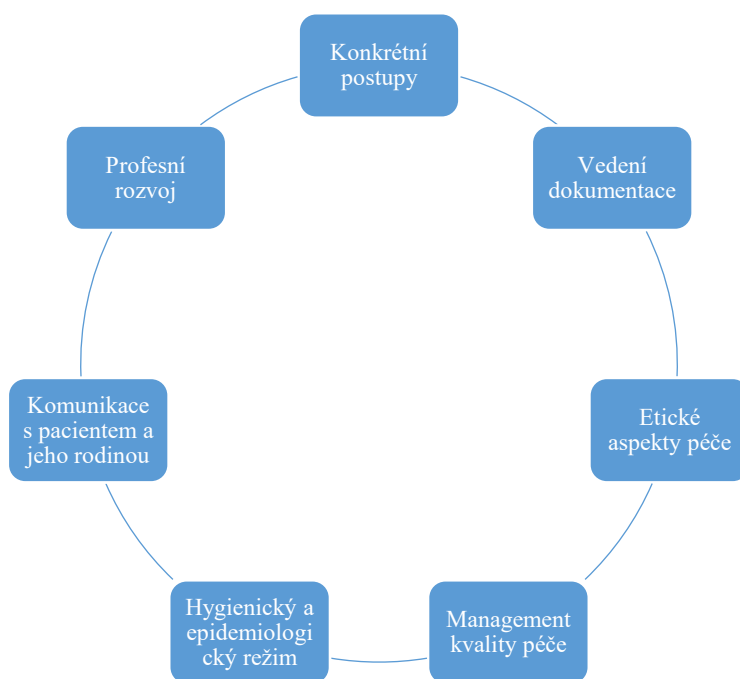
R5: „...ve finále jsme jen měřili tlaky a stlali postele, bez ohledu na to, na jakém oddělení jsme, protože jsme neměli žádnou mentorku a často se k nám jako první seběhly sanitářky, které nás braly jako levnou pracovní sílu...při nástupu do práce jsem si v plnění svých kompetencí nebyla jistá téměř v ničem, pracuji na JIP, staráme se o pacienty na UPV, děláme hemodialýzi a plazmaferézy, s tím jsem se na praxích skoro vůbec nesetkala...“

R6: „Zbytečné byly určitě předměty jako biofyzika, biochemie, genetika...chyběly mi nějaké komunikační techniky nebo tipy, jak zvládat stresové situace, taky mi určitě chyběly znalosti z intenzivní péče...po nástupu do práce na standardní oddělení jsem zvládla většinu výkonů, ale brzy jsem přešla na JIP a tam jsem si nebyla jistá téměř v ničem...“

7.2 Kategorie: Oblasti výskytu rozporu teorie a praxe

V souladu s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie s názvem „Oblasti výskytu rozporu teorie a praxe“. Je zřejmé, že se rozpor teorie a praxe objevuje ve všech oblastech ošetrovatelské péče a uvedené schéma nebude definitivní, ale přesto bylo na základě analýzy dat identifikováno a konkretizováno 7 subkategorií: Konkrétní ošetrovatelské postupy, Vedení ošetrovatelské dokumentace, Etické aspekty péče, Management kvality péče, Hygienický a epidemiologický režim, Komunikace s pacientem a jeho rodinou a Profesní rozvoj.

Obrázek 7 Schéma oblastí výskytu RTaP (Vlastní zpracování)



Subkategorie: Konkrétní ošetrovatelské postupy

Na základě analýzy dat lze vyzdvihnout několik oblastí konkrétních ošetrovatelských postupů, ve kterých nejčastěji dochází k rozporu teorie a praxe. Jedná se například o oblast manipulace s léčivými přípravky (půlení léků, podávání generik léčivých přípravků, způsob aplikace a nedodržení aspektů identifikace pacienta a indikovaného léku, pravidla pro nakládání s léčivými přípravky a jejich skladování dle doporučení výrobce, administrace ošetrovatelských intervencí či preskripce léků) a zdravotnickými prostředky (zejména nedodržování hygienického a epidemiologického režimu při manipulaci s použitým prádlem). Jak už bylo naznačeno, také je důležité zaměřit se na zásadní oblast, kterou je identifikace a

kontrola pacientů (nedodržování trojí kontroly léku – při přípravě, při dávkování, před podáním léku pacientovi – nekontrolování identifikačních štítků jednotlivých pacientů před podáním léků, odebírání krve a jiného biologického materiálu do neoznačených zkumavek). V případě nedodržení předepsaných standardů v této oblasti je zvýšené riziko možnosti záměny pacientů a tím je také ohrožena bezpečnost pacientů. Dále je možné zmínit také problematiku odkládání předmětů do lůžka pacienta, k čemuž dochází zejména při transportu pacienta na lůžku, při odebírání biologického materiálu nebo při aplikaci léků. Rozpor teorie a praxe se výrazně objevuje také v oblasti zachování sterility a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu (viz níže).

Tabulka 9 Oblasti RTaP – Konkrétní ošetrovatelské postupy (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE
(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)
<p>Subkategorie: Konkrétní ošetrovatelské postupy</p> <p>R1: „...na léky se běžně sahá rukama bez rukavic a bez pinzety...zažila jsem cévkování s kolegyní, která nejen, že nepoužila sterilní rukavice, ale ještě když se cévkou netrefila do správného otvoru, klidně to dál zkoušela stejnou cévkou...“</p> <p>R2: „...odkládání věcí do lůžka pacienta, manipulace s prádlem u pacientova lůžka, označení infuzí nebo popisování stříkaček...“</p> <p>R4: „...často odebírám do neoznačených zkumavek a identifikační štítek si pak tisknu zpětně...taky necháváme otevřený fyziologický roztok na ředění déle než 24 hodin...nepoužívám půlílko na léky, pokládám si věci do lůžka pacienta...“</p> <p>R5: „...neptám se na jméno pacienta a nekoukám na jeho náramek pokaždé, když mu jdu podat lék...objednávají se stejné léky, ale chodí generika, lékaři si to nekontrolují a sestry nemají čas za nimi stále chodit a prosit o přepsání, tak je prostě podají a neřeší to...“</p> <p>R6: „...stává se, že máme v noci třeba neklidného pacienta, lékař na místě není, danou situaci nevidí a po telefonu by se mu nechtělo naordinovat hypnotika, tak je prostě podáme my a ráno to někdo zapíše...“</p>

Subkategorie: Vedení ošetrovatelské dokumentace

Vedení ošetrovatelské dokumentace je v současné době v podstatě základem práce kvalifikovaných sester, což však nepřímou vyvolává rozpor teorie a praxe. Velké množství času, které sestry stráví psaním ošetrovatelské dokumentace, bývá na úkor skutečné péče o pacienta. V oblasti vedení zdravotnické dokumentace se totiž jeví jako nejzásadnější problém skutečnost, že ačkoliv je dokumentace ve většině případech vedena perfektně a na první pohled vypadá, že je vše v naprostém pořádku, opak bývá pravdou. Velmi často se stává, že

v ošetrovateľskej dokumentácii je vše skutočne zapsáno správne, ale konkrétni ošetrovateľský výkon už sestry neprovedou dôsledne alebo ho dokonca neprovedou vôbec. Dôvodom tohoto počínání je na základe analýzy dat zejména fakt, že ošetrovateľská dokumentace je pravidelně a důkladně kontrolována pro případ, že by bylo nutné prokázat nepochybení ošetrovateľského personálu při případné stížnosti, a tak jsou sestry v klinické praxi vedeny k pečlivému zapisování zdravotnické dokumentace i v případě, že daný ošetrovateľský výkon nestihly nebo zapomněly provést. Většinou však není možné v rámci auditů ošetrovateľské péče tuto skutečnost odhalit.

Tabulka 10 **Oblasti RTaP – Vedení ošetrovateľské dokumentace** (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE
<i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Vedení ošetrovateľské dokumentace
R1: „... dokumentace je bohužel základ všeho, takže ta bývá vedena sama o sobě perfektně, ale často bývá v dokumentaci napsáno spoustu věcí, které prakticky provedené nebyly...“
R2: „myslím, že na dokumentaci je v praxi kladen mnohem větší důraz než na pacienta... chápu, že nás dokumentace kryje před případnými problémy, ale také se často stává, že do dokumentace něco zapíšeme a pak už daný výkon neuděláme...“
R3: „...na oko všechno vypadá perfektně, ale skutečnost je úplně jiná, většina sester vše poctivě zapíše a pak ty výkony neprovede, ale na to už nemá jak někdo přijít...“
R4: „... dokumentace je vždy vedena správně, staniční sestra to často kontroluje, protože to hlídají audity a jakmile by tam byl nějaký nedostatek, tak by nemocnice nezískala akreditaci nebo by měla sankce... hlavně, že je tam vše zapsáno, provedeno už to být nemusí...“
R5: „...v dokumentaci skoro nikdy žádné chyby nejsou, ta je vždy vedena perfektně, ale otázka je, jak perfektně je to pak všechno ve skutečnosti provedeno...“
R6: „já vždy raději všechno obstarám u pacienta a pak jdu rychle něco zapsat do dokumentace, ale spíš vám za to vedení vynadá, než že byste byli pochváleni, většinou se to dělá opačně, všechno hlavně zapsat a pak to třeba neprovést, to už je nenapadnutelné...“

Subkategorie: Etické aspekty péče

Do této oblasti spadá především problematika dodržování práv pacientů a etický kodex sester. Etické kodexy jsou pokyny, které formují etické chování a určují, jaké hodnoty a přesvědčení by měly být zdravotníkem přijaty. Profesní hodnoty napomáhají členům ošetrovateľské profese rozhodnout, co je přijatelné či profesionální. Profesní hodnoty souvisí také s vírou jednotlivce či s jeho osobními hodnotami a tvoří primární součást ošetrovateľské

profese. Získávání a kultivace profesních hodnot je postupný proces, který pokračuje po celou profesní kariéru sestry, i když nejintenzivněji ho pociťují studenti v období přípravy na výkon profese a sestry absolventky bezprostředně v adaptačním období, kdy dochází k pracovní socializaci. Socializace je proces, ve kterém se noví zaměstnanci učí a přizpůsobují pravidlům a hodnotám konkrétní organizace. Kultura organizace nabízí sdílený systém významů, který je základem komunikace a vzájemného pochopení.

Ačkoliv by sestry měly dle etického kodexu při poskytování péče vytvářet prostředí, v němž jsou respektována lidská práva (jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou), hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení pacientů i jejich rodin, z analýzy dat vyplývá, že tomu tak v mnoha případech není. Nerespektování důstojnosti a práva na zacházení s úctou se může projevat například oslovováním pacientů křestním jménem, familiárními výrazy či jiným devalvováním pacientů. Dále pak je to problematika komunikace s pacienty v bezvědomí. Nikdy nemůžeme přesně určit, do jaké míry takový pacient naši komunikaci vnímá a je proto nutné k němu takovým způsobem přistupovat a zachovávat empatii a profesionalitu i v případě, kdy se domníváme, že si pacient dění kolem sebe plně neuvědomuje. Zachování lidské důstojnosti je pro hospitalizované pacienty obzvlášť důležité. Podobně mnohdy nebývají plně respektovány hodnoty, zvyky či duchovní přesvědčení pacientů. Mnoho sester má rovněž potíž přistupovat ke všem pacientům stejně bez ohledu na barvu pleti, náboženské vyznání, národnost či společenské postavení pacienta. Dalším důležitým aspektem je také právo pacientů na získávání informací o svém zdravotním stavu. V oblasti edukace pacientů se na základě analyzovaných dat objevují dva zásadní problémy, a to nedostatečná edukace pacientů (sdělování neúplných a pro pacienty špatně srozumitelných informací, bez prostoru pro dotazy) a edukace pacientů sestrou v situacích, kdy by měl pacienty edukovat výhradně lékař (např. problematika informovaných souhlasů). Sestry jsou s pacienty ve většině případů v mnohem intenzivnějším kontaktu než lékař a často se pak dostávají do nepříjemné situace, kdy pacienti chtějí daný výkon vysvětlit právě od nich, protože od lékaře nemají úplné informace nebo jim nerozumí, sestry však zároveň přesný postup či možné případné komplikace neznají a nemohou pacientovi jeho dotazy zodpovědět.

Tabulka 11 *Oblasti RTaP – Etické aspekty péče (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Etické aspekty péče
R1: „... k pacientce v bezvědomí přišla sestra a začala jí bolestivě ubližovat se slovy, ať okamžitě vstává, že na ní nemá čas...“
R2: „...starší pacienti jsou někde běžně oslovováni jménem nebo „babi“ či „dědo“...“
R3: „...nedovedu přistupovat stejně k bezdomovci, jako k mladé slušné slečně...“
R4: „...třeba problematika informovaných souhlasů, často se stává, že je jen předložen informovaný souhlas a rychle, podepište to... pacient pak ani neví, na jaký výkon jde...“
R5: „...informované souhlasy, vše vysvětlují sestry, doktor pak přidá razítko a podpis...“
R6: „...souhlasy podepisuje s pacientem sestra a lékař tam není, jen tam pak dá razítko a podpis...když má pacient k výkonu dotazy, tak mu pak často nedokážeme odpovědět...“

Subkategorie: Management kvality péče

Tato subkategorie zahrnuje především problematiku kontroly kvality péče. Na základě analýzy dat se vyskytuje velký problém zejména v souvislosti s audity. Je zřejmé, že sestry v ošetrovatelské praxi pracují jinak v situacích, kdy vědí, že je na jejich oddělení nahlášený plánovaný audit a také jinak v situacích, kdy jim žádná kontrola nehrozí, v takovém případě se jedná o ambivalentní a neprofesionální chování zdravotníků, související také s nedodržováním etického kodexu sester.

Tabulka 12 *Oblasti RTaP – Management kvality péče (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Management kvality péče
R1: „...spouště zdravotníků stačí odvést péči v takové míře, aby se nestal nějaký problém, a dále už se kvalitou péče nezabývají...díky Bohu za audity, aspoň jednou za nějakou dobu si sestry vyhledají, jak se to má dělat správně...“
R2: „...audity jsou dopředu ohlášeny, takže se pak všichni hodně snažíme dělat vše správně...kdyby dopředu ohlášeny nebyly, bylo by odhaleno mnohem více nedostatků...“
R3: „...vždy, když víme, že má přijít audit, tak musí být vše perfektní...kž by se všichni aspoň z poloviny tak snažili i normálně a ne jen v situaci, kdy má přijít kontrola...“
R4: „...tak určitě si dáváme větší pozor na vše, co děláme, když víme, že má přijít audit...“
R6: „...když má přijít audit, tak si dáváme největší pozor na dokumentaci, ať je perfektní a nikde ji nenecháváme otevřenou nebo bez dozoru, to v běžném provozu moc neřešíme...“

Subkategorie: Hygienický a epidemiologický režim

Závažnou oblastí, ve které velice často dochází k rozporu teorie a praxe je hygienicko-epidemiologický režim. Zásadním problémem v této oblasti je nedodržování sterility a aseptického postupu při převazech ran či při invazivních výkonech (např. cévkování pacientů), nepoužívání sterilních rukavic na výkony, ke kterým jsou předepsané a nepoužívání osobních ochranných pomůcek. To samozřejmě souvisí také s kvalitou poskytované péče a s etickými aspekty péče. Je významný rozdíl v tom, kdy dané pracoviště není dostatečně materiálně zajištěno (viz ekonomické aspekty) a sestry nemohou dodržovat předepsanou teorii a tím, kdy sestry porušují předepsané standardy úmyslně, což souvisí s etickými hodnotami a profesionalitou konkrétní sestry. Dále je to nedodržování hygienického a epidemiologického režimu ve smyslu zanedbávání hygienické dezinfekce rukou personálu před kontaktem s pacientem, před aseptickými činnostmi, po expozici biologickým materiálem, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s okolím pacienta. Základní ošetrovatelská péče jako součást komplexní péče o pacienta je také velmi často zanedbávanou oblastí, kde hraje roli především ulehčení práce personálu a šetření času. Na základě analýzy dat je zřejmé, že v souvislosti s šířením onemocnění COVID-19 v současné době je nedodržování hygienicko-epidemiologického režimu ještě zásadnějším problémem než kdy dříve. Zdravotníci často nenosí respirátory po celou pracovní dobu, pravidelně si je nevyměňují v souladu s předepsaným doporučením a při provádění sčeru u suspektně pozitivních pacientů na mikrobiologické vyšetření nevyužívají všech dostupných osobních ochranných pomůcek (respirátor, ochranný štít, čepice, plášť). Tato oblast je však zásadní pro předcházení vzniku infekcí a šíření nozokomiální nákazy a v případě jejího nedodržování dochází ke zdravotním důsledkům jak pro pacienty, tak pro personál.

Tabulka 13 *Oblasti RTaP – Hygienický a epidemiologický režim (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Hygienický a epidemiologický režim
R1: <i>“...nejvíce se zanedbává hygiena nebo dodržování sterility u provádění některých výkonů...také sestry často u pacientů nedezinfikují i.v. vstupy...“</i>
R2: <i>“,...nedodržování expozice dezinfekce či práce bez sterilních rukavic u převazu centrálu...příprava rampy bez sterilních rukavic nebo ústenky...nedezinfikování rukou před kontaktem s pacientem...nenošení respirátorů po celou pracovní dobu...“</i>

R3: „...na některých odděleních často pacienti nemyli několik dní, protože na to nebyl čas...když už pacienti vzali do sprchy, tak téměř vůbec nedbali na hygienu v okolí zavedení permanentního močového katetru...“

R4: „...na některých odděleních vůbec neměli dezinfekce u pokojů...co se týče správné hygieny pacientů, tak je to i o únavě personálu, který si to snaží ulehčit...“

R6: „...hodně často se nedbá na sterilitu při cévkování, ať už je to znesterilněním samotné cévky nebo nepoužíváním sterilních rukavic, či neodezinfikováním před výkonem...“

Subkategorie: Komunikace s pacientem a jeho rodinou

Na základě analýzy dat je zřejmé, že v oblasti komunikace s pacientem a jeho rodinou hraje významnou roli nejen nedostatek času zdravotníků, ale také jejich osobnostní rysy, povaha a profesní hodnoty, jak již bylo zmíněno výše. Velký problém bývá také se sdělováním informací, které je kompetentní podávat sestra a které smí sdělovat výhradně lékař. Pacienti i jejich rodiny se totiž na informace týkající se jejich zdravotního stavu ptají častěji právě sester, které s nimi tráví více času než lékaři. Sestry však nemají ve své kompetenci všechny informace sdělovat a dochází tak k těžko řešitelné a nepříjemné situaci pro všechny zúčastněné. Na základě analýzy dat je také zřejmé, že v některých případech bývá komunikace složitější paradoxně s rodinou pacienta než přímo s pacientem samotným.

Tabulka 14 Oblasti RTaP – Komunikace s pacientem a jeho rodinou (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE

(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)

Subkategorie: Komunikace s pacientem a jeho rodinou

R1: „...každý pacient by měl mít právo na řádné informování a vlídnou komunikaci, když mu není dobře, ale omezený čas zdravotníků to bohužel často neumožňuje...“

R2: „...určitě hraje roli nedostatek empatie, ta podle mého často vymizí s časovým tlakem a přepracováním zdravotníků...“

R4: „...některým sestrám nevadí komunikace s pacientem ani s jeho rodinou a ovládají ji dobře, ale některé sestry na to prostě nejsou a otravuje je to...“

R5: „...neadekvátní komunikace s pacientem je většinou způsobena časovým přetížením personálu...některé informace může sdělovat pouze lékař a ten na oddělení často není...“

R6: „...dlouho mi trvalo, než jsem se naučila říkat rodině pouze základní informace, je obtížné, když se vás začne rodina ptát a vy můžete mluvit pouze ze sesterského hlediska...“

Subkategorie: Profesionální rozvoj

Z analyzovaných dat vyplývá, že problémovou oblastí je také efektivní způsob celoživotního vzdělávání sester. V mnoha případech nejsou kvalifikované sestry zaměstnavatelem ve svém profesním rozvoji podporovány, neboť to personální situace daného oddělení neumožňuje. V jiných případech sice zaměstnavatel zaměstnance ve studiu podporuje, ale aktivně další vzdělávání nenabízí. Vzhledem k neustálému pokroku v medicíně a v ošetrovatelství by však kvalifikované sestry měly být pravidelně vzdělávány a měly by mít přehled o aktuálních a nejnovějších poznacích. Oblast profesního rozvoje sester může být rovněž příčinou vzniku rozporu teorie a praxe, neboť je zřejmé, že zásadní problém spočívá právě v nedostatečné integraci teorie do praxe, tedy v neschopnosti integrovat výzkum do prostředí klinického prostředí.

Tabulka 15 *Oblasti RTaP – Profesionální rozvoj (Vlastní zpracování)*

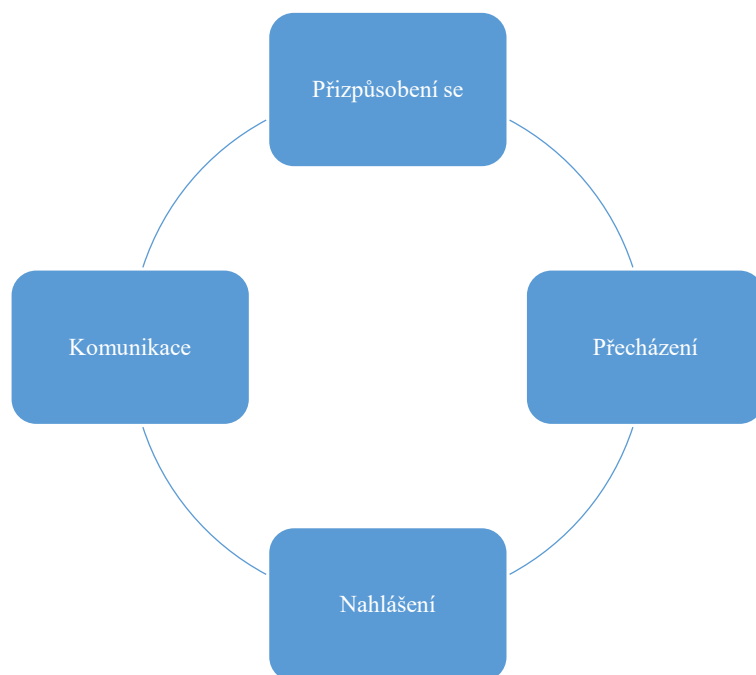
KATEGORIE: OBLASTI ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Profesionální rozvoj
R1: „...není vymyšlen žádný efektivní způsob celoživotního vzdělávání sester... u nás na oddělení musí sestry maximálně jednou za čas vyplnit na počítači nějaké e-testy...“
R2: „Myslím, že zaměstnavatel by měl chtít, aby se jeho zaměstnanci dále vzdělávali, ale z personálního hlediska to možné není, pořád je nás totiž na oddělení málo...“
R4: „...staniční sestra nám nabízí různé možnosti seberozvoje a dalšího vzdělávání, třeba u praktických sester, které nemají VŠ vzdělání, nebo pro všechny ostatní různé kurzy, semináře a konference, takhle by to mělo být všude, ale bohužel není...“
R6: „...žádné aktivní nabízení dalšího vzdělávání od zaměstnavatele nepřichází...“

7.3 Kategorie: Strategie sester při odhalení rozporu teorie a praxe

V souladu s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie s názvem „Strategie sester při odhalení rozporu teorie a praxe“. Tyto strategie jsou sestrami absolventkami voleny zejména z toho důvodu, že většinou krok od EBP směrem k osvědčeným postupům a jejich implementaci či realizaci v praxi není jednoduchý. Strategie sester jsou zaměřeny na překonávání překážek, které uplatňují v praxi při identifikaci rozporu teorie a praxe. Některé popisované strategie představují protichůdné hodnoty a chování jednotlivých sester, což souvisí pravděpodobně se skutečností, že změny v klinické praxi ve smyslu dodržování EBP jsou pouze částečně pod kontrolou a v kompetencích jednotlivých sester, neboť do procesu vzniku rozporu teorie a praxe vstupuje také převládající

profesionální a organizační kultura, která do značné míry předznamenává i volbu strategií jednotlivých sester. Na volbu strategie má nepochybně vliv také potenciál jednotlivých sester absolventek a jejich dovednost a schopnost argumentovat a formulovat závěry, a dle toho zaujímat postoje, které jsou shodné nebo neodpovídající systémovým normám a rolím. Od sestry absolventky se totiž očekává určitý způsob rolového chování a její identifikace s rolí sestry. Mnoho vnitřních a vnějších aspektů může ovlivňovat chování a názory jednotlivých sester ve vztahu k interpretaci EBP nejen na individuální, ale i skupinové úrovni. Na strategii zvládnutí rozporu teorie a praxe mají nepochybně vliv také předpoklady a přesvědčení sester, že péče založená na EBP může zlepšit kvalitu poskytované péče a profit pacienta. Na základě analýzy dat byly tedy následně identifikovány a konkretizovány 4 subkategorie: Přizpůsobení se, Přecházení, Nahlášení a Komunikace.

Obrázek 8 *Schéma strategií sester při odhalení RTaP (Vlastní zpracování)*



Subkategorie: Přizpůsobení se

Při strategii „Přizpůsobení se“ se sestry absolventky snaží pochopit a obhájit počínání kolegů, kteří při své práci postupují v rozporu s teorií a interními standardy daného pracoviště. S těmito realizovanými postupy se pak vnitřně identifikují a přijímají je za své. Na základě analýzy dat jsou těmito nejčastějšími „výmluvnými faktory“ zejména nedostatek času, nedostatek personálu, zbytečně zdlouhavé předepsané postupy, neohrožení života pacienta, ale také touha sester absolventek začlenit se bezproblémově do kolektivu. Je velmi

diskutabilní, proč sestry absolventky tuto strategii volí. Na jedné straně to může být opět osobnost sestry a její úroveň profesní integrity, kdy velmi záleží, jak zodpovědně konkrétní sestra přijímá a naplňuje své kompetence, na straně druhé to ale zejména u sester absolventek může být vyvíjení nátlaku, který pocít'ují ze strany služebně starších sester a následně „sklon ke skupinovému myšlení“. Sestry absolventky v praxi často podléhají vlivu služebně starších sester, aby se úspěšně začlenily do kolektivu, i když je to v rozporu s jejich morálními a etickými hodnotami. Tato skutečnost pak u sester absolventek často vede k jejich morálnímu distresu. Na základě analýzy dat je však žádoucí zmínit také myšlenku, že často je způsob provádění výkonů některých zdravotníků efektivnější, než tvrdí předepsaná teorie. To se objevuje zejména u služebně starších kvalifikovaných sester, které své zkušenosti v této oblasti získaly právě svou dlouholetou praxí.

Tabulka 16 *Strategie sester při odhalení RTaP – Přizpůsobení se (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: STRATEGIE PŘI ODHALENÍ ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
<p>Subkategorie: Přizpůsobení se</p> <p>R1: „...absolventky jsou často vtáhnuty do zajetých postupů oddělení, a je jim jasně dáváno najevo, ať zapomenou na teorii a „drží pusu a krok“...starší sestry se za správnou teorii mladším vysmívají, mladé se chtějí začlenit do kolektivu, a tak začnou dělat postupy tak, jak je dělají starší a zkušenější kolegyně i když to není správně“</p> <p>R2: „...kolegové, kteří na našem oddělení pracují dlouho, nedělají vše podle standardů, ale jejich práce je efektivnější a ví, co všechno si můžou dovolit, aby nikoho neohrozili...“</p> <p>R3: „...tím si projde každá sestra absolventka a ten tlak od služebně starších je velmi těžké ustát...často musí sestra volit mezi variantou „budu dělat vše správně a kolektiv mě mezi sebe nepřijme“ nebo „budu dělat postupy špatně, ale kolektiv mě přijme“, je to těžké...“</p> <p>R4: „...pokud dělá hygienu u pacientů sestra, která má pak dalších tisíc povinností, tak je jasné, že to potřebuje vzít rychle, aby mohla stihnout důležitější věci...“</p> <p>R5: „...nedodržování teorie je akceptovatelné, pokud neohrožuje pacienty nebo kolegy...“</p>

Subkategorie: Přecházení

Další strategií sester absolventek při identifikaci rozporu teorie a praxe může být „Přecházení“, kdy si sestry absolventky raději „předělají“ nesprávně odvedenou práci po svých kolegyních, než aby tuto situaci musely dále řešit. Za touto strategií může být neochota sester absolventek řešit potenciálně konfliktní situace, nedostatek sebedůvěry, zkušeností, schopností argumentovat, kriticky myslet nebo strach ze ztráty společenského postavení

v kolektivu. Na základě analýzy dat je zřejmé, že tato strategie je volena zejména u méně závažných případů rozporu teorie a praxe.

Tabulka 17 *Strategie sester při odhalení RTaP – Přecházení (Vlastní zpracování)*

<p>KATEGORIE: STRATEGIE PŘI ODHALENÍ ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p>
<p>Subkategorie: Přecházení</p> <p>R1: <i>“...když vidím, že je něco u mých pacientů v rozporu s teorií, tak v takovém případě jsem bohužel trochu „posera“, abych to někomu řekla, ale předělám si to po svém...”</i></p> <p>R2: <i>„...samozřejmě se stává, že po kolegyních najdu nějaké chyby a pokud to nejsou zásadní chyby přímo ohrožující život pacienta, pak je jen opravím a neřeším to...”</i></p> <p>R3: <i>„...prostě si to předělám podle sebe a neřeším to...”</i></p> <p>R6: <i>„...snažím se vše dělat podle nejlepšího svědomí a neřeším, kdo co dělá špatně...”</i></p>

Subkategorie: Nahlášení

Na základě analýzy dat je zřejmé, že strategie „Nahlášení“ je sestrami absolventkami volena zejména u závažnějších případů rozporu teorie a praxe, kdy se často jedná až o pochybení v ošetrovatelské péči. V takovém případě skutečnost ohlašují svým služebně starším kolegyním, mentorům nebo přímo staniční sestře. Otázkou však zůstává, kolik sester v praxi má podobnou odvahu identifikovaný závažný rozpor teorie a praxe nahlásit a zda nevolí spíše strategii „Přecházení“. Rozhodující faktor pro zvolení správné strategie při identifikování závažného případu rozporu teorie a praxe opět může být nedostatek sebedůvěry a zkušeností či strach ze ztráty společenského postavení v týmu.

Tabulka 18 *Strategie sester při odhalení RTaP – Nahlášení (Vlastní zpracování)*

<p>KATEGORIE: STRATEGIE PŘI ODHALENÍ ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i></p>
<p>Subkategorie: Nahlášení</p> <p>R1: <i>„Někteří to dokážou nahlásit nadřízenému, já na to ale nemám povahu, ale kdyby šlo o něco opravdu vážného, snad bych odvahu našla...”</i></p> <p>R3: <i>„Když je to závažné nedodržení a ohrožuje pacienta, nemám problém nahlásit to staniční, je pro mě přednější život pacienta než krýt nezodpovědnou kolegyni...”</i></p> <p>R6: <i>„...pokud odhalím zásadní nedodržení teorie, tak to nahlásím mentorce...”</i></p>

Subkategorie: Komunikace

Na základě analýzy dat je strategie „Komunikace“ nejvyužívanější strategií sester absolventek, kdy sestry absolventky problém proaktivně komunikují s konkrétní sestrou, po které rozpor teorie a praxe odhalily. Důležité je však mít dobré vztahy se svými spolupracovníky a nebát se o této problematice otevřeně mluvit, což je také významně ovlivňováno kulturou organizace. Zejména sestry absolventky by se neměly obávat dotazovat se služebně starších sester, svých mentorů ani svých nadřízených. Na základě analýzy dat je zřejmé, že velký vliv na to, zda o této problematice dokážou otevřeně hovořit či nikoliv má právě mentor či sestra školitelka a sestram absolventkám velmi pomohlo, když byly během adaptačního procesu ujistěny, že je v pořádku se ptát a s ostatními sestrami tuto problematiku řešit.

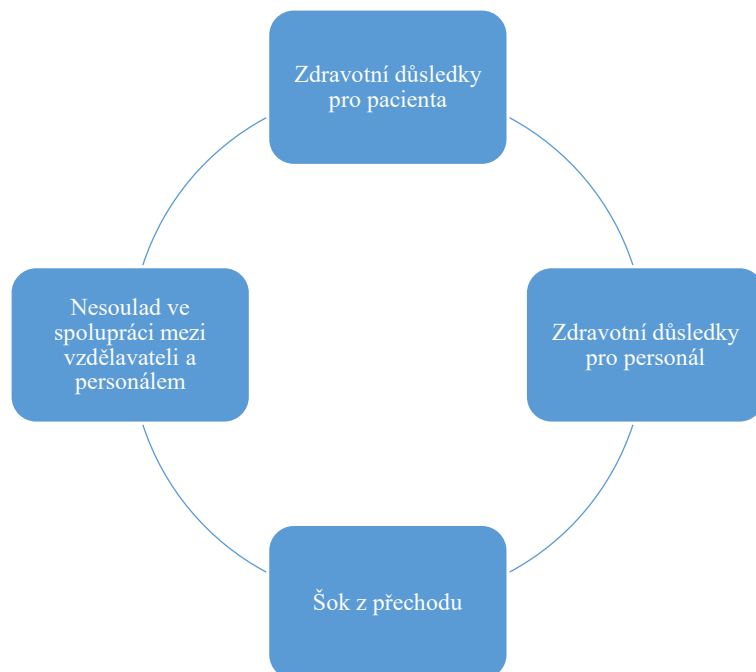
Tabulka 19 Strategie sester při odhalení RTaP – Komunikace (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: STRATEGIE PŘI ODHALENÍ ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Komunikace
R1: „ <i>Pokud má člověk odvalu, tak je určitě důležité o tom mluvit...ale záleží na kolektivu, někde se o tom pobaví rádi a někde vás za to, že na to upozorníte, odsoudí...</i> “
R2: „ <i>Když si nejsem jistý, zeptám se svého mentora nebo služebně starší kolegyně...</i> “
R4: „ <i>Pokud to neohrožuje pacienta, tak z toho nedělám žádnou aféru, prostě je důležité za tím dotyčným jít a vyříkat si to, je důležité řešit to v klidu, ale nepřecházet to</i> “
R5: „ <i>...většinou se to snažím vyřešit s konkrétní sestrou, po které jsem to odhalila, zeptám se jí na to a mluvíme o tom nebo se zeptám své mentorky...moje mentorka mi vždy říkala, ať se hlavně na vše ptám, když si nejsem jistá...</i> “
R6: „ <i>...já se vždy snažím s danou sestrou mluvit a ptám se, proč to takto udělala...důležité je zamyslet se nad danou situací, snažím se ji vždy správně vyhodnotit a najít správné řešení, nejlepší je určitě si o všem popovídat a probrat to s kolegy...</i> “

7.4 Kategorie: Důsledky rozporu teorie a praxe

V souladu s dílčí výzkumnou otázkou byla na základě analýzy dat stanovena kategorie s názvem „Důsledky rozporu teorie a praxe“. Na základě analýzy dat byly tedy následně identifikovány a konkretizovány 4 subkategorie: Zdravotní důsledky pro pacienta, Zdravotní důsledky pro personál, Šok z přechodu a Nesoulad ve spolupráci mezi akademickými vzdělavateli a klinickým personálem.

Obrázek 9 Schéma důsledků RTaP (Vlastní zpracování)



Subkategorie: Zdravotní důsledky pro pacienta

Je zřejmé, že nedodržováním EBP a standardů může být pacient ohrožen na životě. K faktorům, které velmi přispívají k ohrožení zdraví a života jednotlivých pacientů, patří zejména nedodržování hygienicko-epidemiologického režimu (nepoužívání osobních ochranných pomůcek personálu (včetně nedodržování bariérové ošetrovatelské péče), nedostatečná dezinfekce rukou) či nedůsledná identifikace pacienta, což zvyšuje riziko např. podání špatného léčivého přípravku nebo jeho množství. Zdravotníci svým nezodpovědným počínáním mohou být zodpovědní za vznik a šíření infekcí včetně nozokomiální nákazy. Jedná se o jednu z nejzásadnějších oblastí, ve které se rozpor teorie a praxe vyskytuje. Zdraví a bezpečí pacientů je pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče zásadní a je proto nanejvýš důležité se problematikou rozporu teorie a praxe intenzivněji zabývat.

Tabulka 20 *Důsledky RTaP – Zdravotní důsledky pro pacienta (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: DŮSLEDKY ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Zdravotní důsledky pro pacienta
R1: „...nesoulad mezi teorií a praxí často může být viníkem nozokomiálních infekcí...“
R4: „...sestry si často nedezinfikují ruce mezi pacienty nebo si mezi jednotlivými převazy různých pacientů nemění rukavice, což je problém, protože všechno se přenáší rukama...“
R5: „...sestry často nekontrolují identifikační náramky pacientů před podáním léků...“
R6: „...při bariérové ošetrovatelské péči, kdy má třeba pacient MRSU, tak ne každá sestra se vždy oblíká, když jde jen vyměnit infuzi...to samozřejmě vede k zavlečení nákazy mezi ostatní pacienty nebo i personál...“

Subkategorie: Zdravotní důsledky pro personál

Podobně jako jsou nedodržováním EBP a standardů ohroženi pacienti, jsou také jejich nedodržováním ohroženi zdravotníci. Faktory, které přispívají k ohrožení zdraví personálu, jsou podobné jako u ohrožení zdraví pacientů, konkrétně se jedná o nepoužívání osobních ochranných pomůcek (rukavice) při manipulaci s biologickým materiálem či nenošení respirátorů po celou pracovní dobu (vzhledem k současné epidemiologické situaci a platným nařízením v souvislosti s šířením nákazy COVID-19). Dále je to samozřejmě nedůsledná dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem, před aseptickými činnostmi, po expozici biologickým materiálem, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s okolím pacienta. Na základě analýzy dat je zřejmé, že zdravotníci jsou ohroženi zejména nákazou infekčního onemocnění či rezistencí na ATB.

Tabulka 21 *Důsledky RTaP – Zdravotní důsledky pro personál (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: DŮSLEDKY ROZPORU TEORIE A PRAXE <i>(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)</i>
Subkategorie: Zdravotní důsledky pro personál
R1: „...nepoužívání rukavic u práce s biologickým materiálem, nebo nedostatečná hygiena a dezinfekce rukou...“
R2: „...sestry si často neberou rukavice na manipulaci s biologickým materiálem...nebo ve vztahu k současné situaci je to určitě nenošení respirátorů po celou pracovní dobu...“
R4: „...neberu si rukavice na odběr krve, nemám v nich takový cit a nerada píchám pacienta do žíly napodruhé...beru si je jen, když vím, že má pacient infekční nemoc...“
R5: „...často si sestry neberou rukavice na ředění ATB a ohrožují samy sebe rezistencí...“

Subkategorie: Šok z přechodu

Šok z přechodu je součástí profesní socializace sester. Jedná se o termín používaný k popisu zkušenosti s přechodem od studentského života k roli plnohodnotné kvalifikované sestry včetně převzetí zodpovědnosti. Většina studentů, kteří se rozhodnou pro práci všeobecné sestry (či jinou pomáhající profesi) do zaměstnání vstupují jako absolventi s určitými ideály a představami, že budou pacientům za každou cenu pomáhat a zachraňovat jejich životy. Rozpor teorie a praxe je nejzásadnějším faktorem, který přispívá k vymizení těchto ideálů a ztrátě iluzí, neboť po nástupu do zaměstnání sestry absolventky zjišťují, že všechna jejich očekávání a ideály nelze naplnit. K hlavním faktorům, které jsou odpovědné za šok z přechodu, lze zařadit nedostatek personálu a s tím související nedostatek času, nedostatek podpory sester ze strany vedení či povinnost respektovat rozhodnutí lékaře nebo staniční sestry, i když s ním sestra nesouhlasí vzhledem ke svému přesvědčení a profesním hodnotám. Všechny tyto situace a zkušenosti sester by měly být předmětem klinické supervize, která by měla sloužit k profesní identifikaci a úspěšné socializaci sester absolventek. Šok z přechodu se také částečně může prolínat s morálním distresem, kdy sestry vzhledem k okolnostem nemohou jednat tak, jak cítí, že je eticky správné. Šok z přechodu a morální distres u sester může vést až k předčasnému opuštění povolání.

Tabulka 22 *Důsledky RTaP – Morální distres sester (Vlastní zpracování)*

KATEGORIE: DŮSLEDKY ROZPORU TEORIE A PRAXE

(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)

Subkategorie: Šok z přechodu

R1: „...jako student si člověk představuje, jak zachrání celý svět a vše bude dělat správně, pak ale nastoupí do práce a zjistí, že je rád, že dá pacientům naprosto základní péči...“

R2: „...jako student jsem to určitě vnímal více a moc jsem nerozuměl tomu, proč sestry teorii nedodržují, myslel jsem si, že to nemůže být tak velký problém, teď ale vidím, že to zkrátka někdy není možné, i když se snažíte sebevíc...“

R3: „...chtěla jsem se stát zdravotní sestrou, abych pomáhala lidem...ze začátku jsem byla přesvědčená o tom, že budu teorii dodržovat 100 %, protože jsem se bála, abych případným nedodržováním někomu neublížila, v praxi jsem ale zjistila, že to není vždy možné...nejhorší je ten pocit, že víte, že to děláte špatně, ale nejde to jinak...“

R4: „...zjištění, že k rozporu v praxi dochází je hrozně těžké, člověk má strach, že se něco stane, a ještě mu v hlavě často jede, jak mu ve škole kladli na srdce, že se to dělat nemá...“

R5: „...jako sestra absolventka cítím určitě smutek z toho, že jsem měla nějaké představy a ideály, jak by to mělo v praxi fungovat a skutečnost je pak úplně jiná, mrzí mě to...“

R6: „Ačkoliv bych třeba chtěla vše vždy dodržovat, tak to prostě nejde...je mi to líto...“

Subkategorie: Nesoulad ve spolupráci mezi akademickými pracovníky a klinickým personálem

Na základě analýzy dat je zřejmé, že již studenti při přípravě na výkon jejich povolání pocítují značný nesoulad ve spolupráci mezi akademickými pracovníky a klinickým personálem. Jako zásadní problém se jeví skutečnost, že ošetrovatelské postupy na vysokých školách často vyučují sestry, které mají buď jen malý úvazek v klinickém prostředí, nebo (a to častěji) v praxi vůbec nepracují. Dochází pak k situacím, kdy se studenti učí ošetrovatelské postupy, podle kterých se v praxi téměř vůbec nepostupuje. Z tohoto zjištění lze usoudit, že odborní asistenti, kteří vyučují ošetrovatelské postupy a nemají dostatek zkušeností z klinické praxe, jsou nekompetentní pro výuku, a naopak sestry z klinické praxe, které nepostupují podle teorie, jsou nekompetentní pro implementaci EBP do klinické praxe. Studenti jsou pak zmateni a nejsou si jisti, jak mají správně postupovat oni sami. I vyučující se následně dostávají do nepříjemné situace, kdy si nejsou jisti, jak se zachovat, když studenty oni sami učili ošetrovatelské postupy ne zcela v souladu s tím, jak se běžně postupuje v klinické praxi. Většinou je pak výsledek takový, že když jsou studenti na praxi v doprovodu vyučujícího (akademického pracovníka) postupují tak, jak byli učeni ve škole. Když jsou však na odborných praxích bez vyučujícího, ale pod dohledem sester z praxe (klinický personál), tak postupují, jako tyto sestry, i když to znamená nedodržování předepsané teorie a standardů. Z toho lze vyvodit, že nedisponují takovou mírou odvahy, odolnosti a zdatnosti, aby zachovali profesní integritu pod tlakem pravidel organizační kultury, kterou prosazují některé sestry z praxe a „podvolí se konvenčním očekáváním“ sester z praxe, adaptují se na jejich požadavky a přizpůsobí své postupy jejich očekáváním (např. v zájmu přijetí týmem, viz také strategie sester). Zásadním problémem v této oblasti je skutečnost, že teorie není relevantní pro praxi, a naopak praxe neodpovídá teorii, což je způsobeno zejména nedostatečnou integrací teorie do praxe.

Tabulka 23 Důsledky RTaP – Nesoulad ve spolupráci (Vlastní zpracování)

KATEGORIE: DŮSLEDKY ROZPORU TEORIE A PRAXE

(Kategorie obsahuje fragmenty výroků, na jejichž základě byla subkategorie konstituována)

Subkategorie: Nesoulad ve spolupráci mezi akademickými pracovníky a klinickým personálem

R1: „...nebylo by špatné, kdyby odborné předměty přednášely zkušené sestry z praxe a nebyly to jen sestry – teoreticky...“

R2: „...několikrát nás vyučující upozornili na postupy sester v praxi, které se značně rozcházejí s teorií, a zdůraznili nám, ať to po nich neopakujeme, to bylo dost těžké, když tam s vámi pak už nejsou a věnují se vám sestry, které to nedělají podle teorie a standardů...“

R3: „... vyučující žijí v mylné představě, že lze dodržovat předeepsané postupy do úplného detailu, protože skutečnou praxi neznají...spousta přednášejících vyučuje dle osnov stanovených lidmi, kteří evidentně vše psali „od stolu“ a v praxi nestrávili moc času...“

R4: „...často nás něco učili v ošetrovatelských postupech a pak s námi šli na praxi a sestry to dělaly úplně jinak, myslím, že to bylo těžké i pro ně nás stále držet v tom, jak se to má dělat správně, když vidíme, že se to tak v praxi nedělá...“

R5: „Vyučující na všech zdravotních školách by měli třeba na půl úvazek učit a na půl úvazek pracovat stále v klinické praxi, aby byly v obraze, protože to jinak moc nejsou...“

R6: „...určitě by bylo fajn, kdyby vyučující na fakultě nebyly pouze teoretické sestry, ale byly to sestry z praxe, takhle jsou většinou hodně překvapené, když vidí, co se v praxi doopravdy děje...“

7.5 Shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů

Dílčím výzkumným cílem č. 1 bylo zmapovat subjektivní názory sester absolventek na nejčastější oblasti výskytu rozporu teorie a praxe v současné ošetrovatelské praxi. Kategorie *Oblasti rozporu teorie a praxe* přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 1: V jakých oblastech současné klinické ošetrovatelské praxe se rozpor teorie a praxe, dle subjektivního názoru sester absolventek, objevuje nejčastěji? Dílčí výzkumný cíl č. 1 je splněn.

Dílčím výzkumným cílem č. 2 bylo zmapovat názory sester absolventek na příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi. Kategorie *Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe* přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 2: Jaké jsou, dle názoru sester absolventek, nejčastější příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi? Dílčí výzkumný cíl č. 2 je splněn.

Dílčím výzkumným cílem č. 3 bylo zjistit strategie a postupy, které sestry absolventky nejčastěji volí při řešení konkrétních případů rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi. Kategorie *Strategie sester při odhalení rozporu teorie a praxe* přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku číslo 3: Jaké strategie či konkrétní postupy řešení rozporu teorie a praxe volí sestry absolventky při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi? Dílčí výzkumný cíl č. 3 je splněn.

Dílčím výzkumným cílem č. 4 bylo zmapovat a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky sester absolventek při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi v konkrétních situacích. Subkategorie *Šok z přechodu*, která je součástí kategorie *Důsledky rozporu teorie a praxe* přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 4: Jaké jsou subjektivní prožitky sester absolventek při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi v konkrétních situacích? Co konkrétně sestry absolventky prožívají a pociťují? Dílčí výzkumný cíl č. 4 je splněn.

Dílčím výzkumným cílem č. 5 bylo zmapovat subjektivní názory sester absolventek na vlastní úroveň připravenosti a rozsah kompetencí, získaných vzděláním na VŠ při vstupu do zaměstnání v souvislosti s problematikou výskytu rozporu teorie a praxe. Subkategorie *Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností*, která je součástí kategorie *Příčiny vzniku rozporu teorie a praxe* přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku číslo 5: Jak oslovené informantky hodnotí svoji připravenost a rozsah kompetencí, získaných vzděláním na VŠ při vstupu do zaměstnání, na počátku výkonu profese? Které profesní kompetence,

získané vzděláním na VŠ, sestry absolventky při vstupu do zaměstnání nejčastěji postrádaly a/nebo jimi disponovaly pouze v omezené míře? Výzkumný dílčí cíl č. 5 byl splněn.

DISKUZE

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření diplomové práce zaměřené na problematiku rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi. Výzkumného šetření se zúčastnily sestry absolventky, pracující v klinické ošetrovatelské praxi a mající osobní zkušenost s touto problematikou.

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumného šetření vyplývá, že rozpor teorie a praxe se v ošetrovatelské praxi vyskytuje prakticky ve všech oblastech ošetrovatelské péče a příčiny jeho vzniku mohou být na základě analýzy dat následující: *Organizační aspekty, Ekonomické aspekty, Osobnost sestry, Rituální praxe, Profit pacienta, Nelegitimní navyšování kompetencí a Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností.*

Faktor *Rituální praxe* označuje také Greenway (2018) za možnou příčinu vzniku rozporu teorie a praxe. Rituální praxe je rutinní chování, které nevyžaduje znalosti nebo porozumění a často je prováděno bez ohledu na potřeby pacientů. Jedná se o pokračování rituálních praktik (stereotypů), což vede k nedostatku změn a následně k tomu, že praxe zůstává ve statickém stavu. Rituální praxe se na základě analýzy dat objevuje nejčastěji u služebně starších sester, které se nechtějí nebo nemohou dále vzdělávat v aktuálních trendech a inovovaných postupech ošetrovatelské péče. Dále je nutné zmínit také skutečnost, že rituální praxe neodráží to, co je vyučováno na vysokých školách. Také Ousey & Gallagher (2007) popisují, jak se studenti ošetrovatelství potýkají při svých odborných praxích s rituální praxí, která neodráží to, co se naučili při výuce ošetrovatelských postupů v učebně. Studenti následně čelí otázce, zda přijmout jako fakt, že reálná praxe neodráží ideální teoretický základ nebo mají zpochybňovat klinickou praxi, kterou prožívají. Studenti se pak mohou cítit bezmocní, protože si jsou vědomi toho, že jejich mentor v klinickém prostředí bude vyžadovat ošetrovatelskou péči a postupy dle zvyklosti oddělení, ale jejich vyučující (akademický pracovník) bude vyžadovat takové chování, které koresponduje s vyučovanými ošetrovatelskými postupy (Greenway, 2018). Rituály samozřejmě nemusí být vždy negativní a některé ošetrovatelské rituály mohou mít pozitivní význam, ale většinou jsou však prováděny automatizovaně a bez ohledu na individuální potřeby konkrétních pacientů.

Vzdělávání sester a získávání ošetrovatelských dovedností jako příčinu vzniku rozporu teorie a praxe označuje nejen Greenway (2018), ale také Ajani & Moez (2011) a Bendal (1976). Rozpor teorie a praxe pocítují již studenti ošetrovatelství při přípravě na výkon budoucího povolání a je zřejmé, že osnovy výuky ošetrovatelství vyžadují upevnění znalostí a

jejich zakotvení v ošetrovatelské praxi (Greenway, 2018). Ideálně by měly všechny kvalifikované sestry mít perfektní teoretické znalosti a disponovat také perfektními praktickými dovednostmi. Dle Ajaniho & Moeze (2011) ale existují důkazy, na základě kterých je evidentní, že kvalifikované sestry, které jsou velmi zdatné teoreticky, nevykazují příliš dobré praktické dovednosti a naopak sestry zdatné v praktických dovednostech nedisponují dostatečnými teoretickými znalostmi. Rovněž Bendall už v roce 1976 varovala vyučující studentů ošetrovatelství před přípravou sester, které jsou „stále zdatnější na papíře“, ale méně zdatné v praxi. Z analýzy dat vyplývá, že nejen systém vzdělávání sester, ale také systém realizace odborných praxí během studia, mohou být příčinou vzniku rozporu teorie a praxe a bylo by žádoucí se touto problematikou dále zabývat.

Greenway (2018) za další příčinu vzniku rozporu teorie a praxe považuje také *Evidence-Based Practice*. Sestry by totiž měly vyhledávat nejaktuálnější výzkumy, aplikovat je do své praxe a zároveň plně informovat pacienta. Rovněž by měly respektovat sdílené rozhodování s pacienty o jejich léčbě. EBP má schopnost vytvářet základy teorie nebo měnit její postavení a jako taková vytváří příčinu mezery mezi teorií a praxí. V důsledku toho musí sestry neustále zdokonalovat praxi ve světle nejnovějších poznatků či důkazů a musí vypracovávat akční plány, jak změnu řídit a jak podporovat jednotlivce, týmy i organizace (Greenway, 2018). Rovněž z analýzy dat vyplývá, že kvalifikované sestry v praxi nejen nejsou ochotny, ale také často nejsou schopny, sledovat aktuální trendy a výzkum či se vzdělávat v souladu s EBP, a to zejména z důvodů časových, ale také z důvodu nepochopení jazyku vědeckých publikací, jak už bylo zmíněno v souvislosti s rituální praxí.

Není žádných pochyb o tom, že také spolupráce mezi akademickými pracovníky a klinickým personálem je zásadní pro vytvoření prostředí kontinuity a snížení úzkosti studentů i sester absolventek. Akademičtí pracovníci mají odpovědnost za šíření svých znalostí směrem ke studentům a kliničtí mentoři kromě studentů, také k sestřám absolventkám, v rámci jejich omezených časových podmínek, tím nejlepším možným způsobem (Scully, 2011). Scully (2011) navrhuje vytvoření lepší spolupráce mezi akademickým a klinickým personálem, což je nanejvýš důležité při vývoji vzdělávacích strategií. Haigh (2008) souhlasí a navrhuje, aby akademici pracovali s klinicky důvěryhodnými kolegy a podporovali se navzájem při vytváření osnov a učebních plánů, které pokrývají jak teoretickou, tak praktickou oblast vzdělávání a zároveň aby spolupracovali na výzkumných projektech s cílem oboustranného zvyšování profesionálních kompetencí. Ousey & Gallagher (2007) tvrdí, že hlavní

problém je v tom, že dělení kompetencí a zodpovědnosti mezi akademické pracovníky a klinický personál je nevyrovnané. Akademickým pracovníkům je tradičně přisuzována větší část zodpovědnosti, protože „vědění“ bylo vždy považováno za více než „dělání“. Akademičtí pracovníci si zachovávají odpovědnost a vliv prostřednictvím návrhu osnov, vzdělávacích auditů a řízením hodnotících portfolií a dokumentů. Dle nich musí být tento nevyvážený vztah napraven, aby tato spolupráce mohla být úspěšná. Taková spolupráce by nakonec mohla vést k větší soudržnosti ve vzdělávání studentů ošetrovatelství a studenti by vnímali souvislost mezi studiem teoretických znalostí a aplikací praktických dovedností. Hatlevik (2011) také souhlasí a tvrdí, že takto vyvážená spolupráce by mohla vyústit v lepší schopnost budovat praxi na teoretických znalostech, a ne pouze na praktických zkušenostech. Jako předpoklad lepší integrace teorie do praxe navrhli Botma a kol. (2015) vytvoření výukové komunity, sestávající ze studentů, facilitátorů a odborníků z praxe, kteří by si předávali své vzájemné zkušenosti a hledali vhodná řešení. Rovněž z analýzy dat vyplývá, že již studenti ošetrovatelství pociťují nesoulad ve spolupráci mezi akademickými pracovníky a klinickým personálem. Důvodem je právě skutečnost, že ošetrovatelské postupy vyučované na vysokých školách často vyučují sestry, které mají v klinické praxi pouze malý pracovní úvazek nebo v praxi již vůbec nepracují a pro výuku praktických ošetrovatelských předmětů jsou značně nekompetentní.

Greenway (2018) tvrdí, že klíčovou osobou, kdo může minimalizovat mezeru mezi teorií a praxí jsou kliničtí mentoři, kteří jsou ideálním vzorem při adaptaci studentů a sester absolventek na klinické prostředí. Mentoři, kteří mají dobré vztahy se svými studenty a sestrami absolventkami jsou schopni pomoci lépe integrovat jejich teoretické znalosti do klinické praxe. S tímto tvrzením souhlasí i Scully (2011) a Maben a kol. (2006). Přizpůsobování se klinické praxi může mít totiž mnohdy za následek morální distres, úzkost, stres, pocit neschopnosti nebo kognitivní disonanci¹⁷ (Festinger, 1957; Rushton, 2006; Greenway, 2018). V České republice je využíván model, ve kterém plní roli mentora sestra z klinické praxe, která by měla mít absolvovaný mentorský kurz. Úkolem sestry mentorky je vedení studentů během klinické praxe a sester absolventek v průběhu jejich adaptačního procesu. Cílem sestry mentorky je uvést studenty a sestry absolventky do klinického prostředí a inte-

¹⁷ **Kognitivní disonance** je neodpovídající vztah mezi subjektivními postoji či názory a skutečností a může nastat v případě, kdy sestry čelí novým nebo stávajícím znalostem, které jsou v rozporu s jejich vlastní vírou nebo hodnotami (Festinger, 1957).

grovat dovednosti naučené v simulačních podmínkách do reality klinické praxe. Vedení studentů a sester absolventek na klinických pracovištích zkušenými sestrami z praxe podporuje lepší propojení teorie s praxí. Dalšími výhodami jsou lepší poznání specifik pracoviště, lepší možnosti integrace studentů a sester absolventek do interdisciplinárního zdravotnického týmu, identifikace a naplnění aktuálních potřeb a cílů studentů a sester absolventek (Gurková & Zeleníková, 2017). Kompetence mentora stanoví v ČR Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. vydaný Ministerstvem zdravotnictví. Na základě analýzy dat je však zřejmé, že současný mentorink u studentů a sester absolventek vyžaduje mnohem větší pozornost jak vzdělavatelů studentů ošetrovatelství, tak zaměstnavatelů kvalifikovaných sester.

Rolfe (1993) zdůrazňuje, že je nutné, aby vzdělávání sester v klinickém prostředí trvalo déle. Brasell & Vallance (2002) také uvádí, že je důležité, aby sestry trávily více času v klinickém prostředí; docházelo by tak k aktualizaci jejich klinických dovedností a k opětovnému prožívání reality praxe.

Požadavky na obsahovou náplň studijních / vzdělávacích programů k získání odborné způsobilosti všeobecné sestry jsou stanoveny vyhláškou č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů. Je však třeba zvážit také programy dalšího vzdělávání pro sestry, které jim umožní udržovat odborné kompetence i v situacích implementace inovací ošetrovatelských postupů. Vzhledem k technologickému pokroku je zapotřebí více sledovat změny v ošetrovatelské praxi, což by mělo být zahájeno změnou ve vzdělávacím programu ošetrovatelství. Vysoké školy, podílející se na pregraduální přípravě studentů ošetrovatelství a dalších nelékařských oborů, by tedy měly iniciovat změnu učebních osnov se zaměřením na změnu a zlepšení ošetrovatelské praxe (Ajani & Moez, 2011).

Autoři dostupné zahraniční literatury (Baillie, 2014; Greenway, 2018; Robinson & Dearmon, 2013; Scully, 2011; Thomas & Mraz, 2017 a další) uvádějí jako stěžejní pro minimalizaci rozporu teorie a praxe také *Reflektivní praxi* a *Simulační výuku*.

Spouse (2001) říká, že výzvou pro vzdělavatele sester je přesvědčit studenty, aby aplikovali formální, všeobecné znalosti na řešení konkrétních problémů a rozvíjeli své kritické myšlení v praxi (v klinickém prostředí). Baillie (2014) a Rolfe (1993) zdůrazňují, že reflexe není pouze připomínání událostí, ale účelná činnost, která má potenciál navodit

změnu chování sester. Pokud by studenti a sestry absolventky dostali příležitost spojit klinické zkušenosti s praxí založenou na důkazech, bylo by možné rozvíjet jejich rozhodovací procesy a ošetrovatelské činnosti (Greenwood, 2001; Jerlock a kol., 2003). Reflexe umožňuje studentovi i sestře z klinické praxe zvážit, co se stalo a proč, a poskytuje příležitosti k rozvoji znalostí na základě předchozích zkušeností, rozvíjí jednotlivé teorie ošetrovatelství a propojení teorie s praxí (Baillie, 2014; Greenwood, 2001; Jerlock a kol., 2003; Martin & Mitchell, 2001; Rolfe, 1993). K přemostění teorie, výzkumu a praxe je zapotřebí systematický přístup ke vzdělávání stejně jako vytvoření výchozího bodu pro reflexi (Martin & Mitchell, 2001). Poté se studenti či absolventi stanou odpovědnými, začnou kriticky myslet a budou zodpovědni za své vlastní vzdělávání (Scully, 2011). Získávání dovedností je jedním z prvků dosažení kompetencí v klinické ošetrovatelské praxi a toho lze dosáhnout prostřednictvím interakce výuky v učebně s klinickou supervizí a neustálou zpětnou vazbou a reflexí přizpůsobenou potřebám jednotlivých studentů, absolventům a sestrám z klinické ošetrovatelské praxe (Scully, 2011).

Překlenout mezeru mezi teorií a praxí je potenciálně možné také zavedením aktivizujících metod výuky. Jednou z těchto metod je *Simulační výuka*, pomocí které lze zajistit kontrolované prostředí pro praxi, které však úzce připomíná reálné klinické prostředí. S tím souhlasí také Robinson & Dearmon (2013), kteří tvrdí, že simulační výuka pomáhá studentům i sestrám absolventkám s porozuměním reagovat na potřeby pacienta bez vystavení újmy či rizik skutečnému pacientovi. Podstatou klinické simulace je analýza a řešení problémů, které se mohou reálně vyskytovat v klinické praxi. Za použití simulace by měl klinický mentor zajistit, aby vyučovaná aktivita vedla k dosažení očekávaných výsledků (Gurková, Zeleníková, 2017). Klinická simulace dále umožňuje studentům a sestrám absolventkám získávat dovednosti, řešit a analyzovat různé klinické situace, řešit konflikty a problémy, rychle se rozhodovat, jednat v nestandardních a krizových situacích, hledat nejlepší řešení daných situací či řídit a koordinovat práci týmu (Gurková, Zeleníková, 2017). Během simulace si studenti či sestry absolventky mohou vyzkoušet své dovednosti kritického a kreativního myšlení, nacvičovat si správná rozhodnutí a reagovat na nepředvídatelné události v „bezpečném“ prostředí. Další výhodou klinické simulace je také podpora aktivity a motivace studentů a sester absolventek (Gurková, Zeleníková, 2017). Simulační výuka by měla být však adekvátně časově dotována a supervidována pedagogy, kteří mají skutečné zkušenosti z klinické praxe. Pokud je simulace efektivní, důvěryhodná a odráží realitu klinického prostředí může být díky ní minimalizován šok z přechodu u sester absolventek (Greenway,

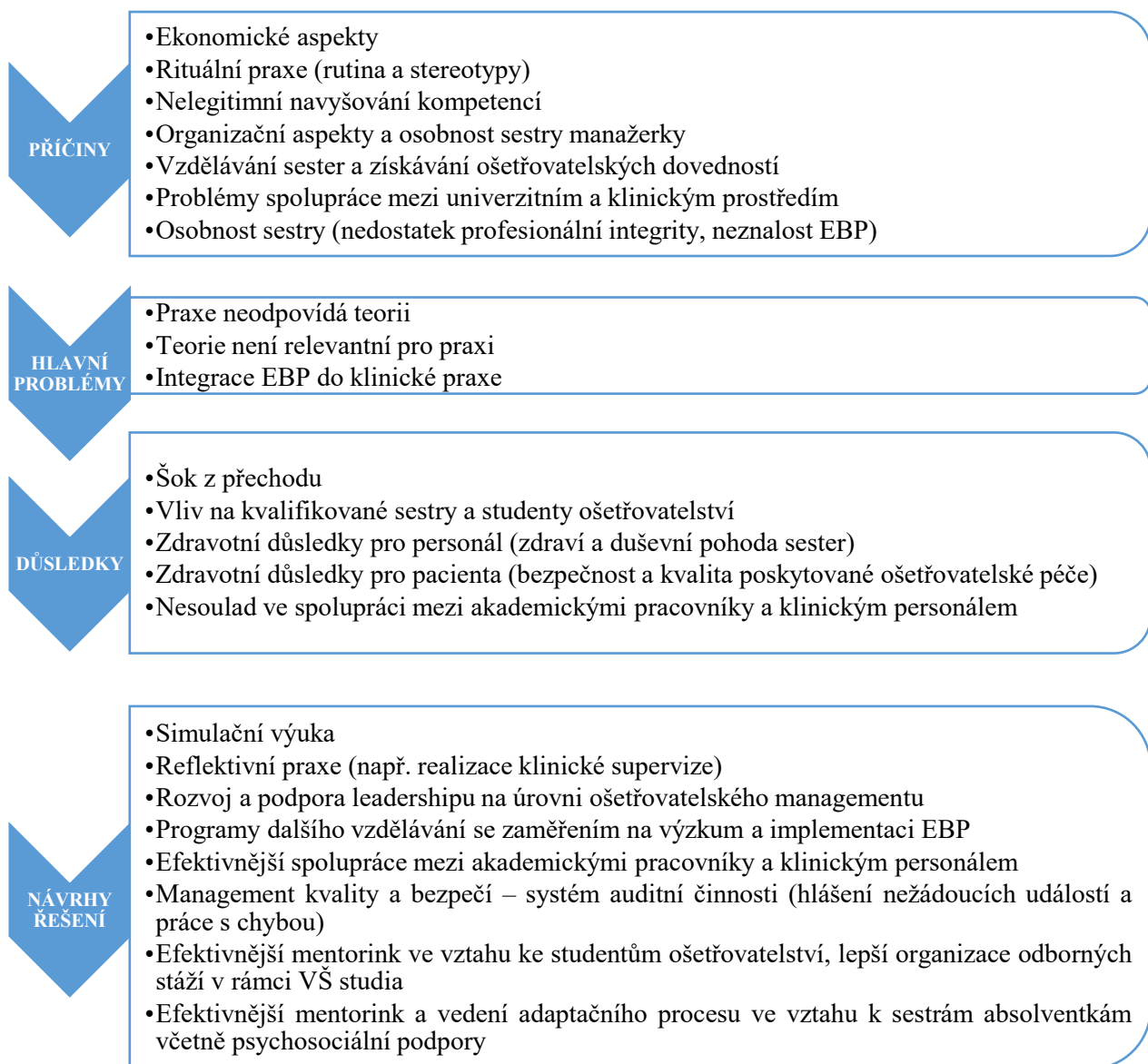
2018). Přejod od studentů ošetrovatelství k roli kvalifikované sestry bývá pro sestry absolventky velice obtížný. Zásadním problémem bývá zejména získání zodpovědnosti za životy pacientů. Ačkoliv je přechod studentů k profesi kvalifikované sestry ovlivněn mnoha faktory, je zřejmé, že simulační zkušenosti, které podporují sebedůvěru, komunikační dovednosti, reflexi a rozhodování, mohou pomoci sestřám absolventkám snadněji přejít do profesionální role a také mohou usnadnit plnění jejich nových kompetencí (Thomas & Mraz, 2017). Simulační výuka má mnoho podob. Od relativně jednoduchých až po velmi složité. Low-tech simulace zahrnují provádění simulací s minimálním množstvím technických prostředků (v ošetrovatelství jsou využívány zejména modely anatomických částí lidského těla či figuríny celého těla, rovněž se využívají simulace prostřednictvím hraní rolí). High-tech simulace vyžaduje vybavení a prostory simulačních center či odborných učeben s odpovídající technikou a simulátory. Také je potřeba mít k dispozici proškolené techniky a analytické pracovníky a nezbytné je vytvoření standardů a postupů pro používání pořízené techniky.

Některé výše zmíněné návrhy na minimalizaci rozporu teorie a praxe jsou zaměřené především se studenty ošetrovatelství. Také oslovené sestry absolventky, které již mají pregraduální studium zdárně ukončené, se neustále ve svých výpovědích vracely k problematice kvalifikačního vzdělávání sester a k organizaci odborných stáží realizovaných během výuky a opakovaně upozorňovaly na velké problémy a nedostatky v této oblasti. Bylo by tedy žádoucí zaměřit další výzkumy také na studenty ošetrovatelství a zabývat se intenzivněji kvalifikačním vzděláváním sester a získáváním ošetrovatelských dovedností.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě analýzy dat a v souladu se závěry zahraničních výzkumů relevantními pro rozpor teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi by mohlo jako doporučení pro praxi sloužit následující shrnutí získaných poznatků:

Obrázek 10 Schéma doporučení pro praxi (Vlastní zpracování)



Ve vztahu k sestřím absolventkám je vhodné zaměřit se zejména na *Efektivnější mentorink a zefektivnění adaptačního procesu, včetně klinické supervize a psychosociální podpory pro sestry absolventky* a dále na *Programy dalšího vzdělávání pro kvalifikované sestry v klinické praxi*.

Na základě analýzy dat je zřejmé, že *Efektivnější mentorink* by mohl být velmi přínosný jak pro studenty ošetrovatelství, tak pro sestry absolventky. Toto doporučení je tedy primárně podnětem pro vzdělavatele studentů ošetrovatelství a zaměstnavatele kvalifikovaných sester. Nejen studenti během odborných praxí, ale i sestry absolventky po nástupu do zaměstnání postrádají profesní vzor a oporu v podobě zdatného mentora. Mentor je studentům na praxích a nastupujícím sestřím absolventkám samozřejmě standardně přidělován, nicméně současný model mentorinku evidentně není systematicky implementován některými fakultami a klinickými pracovišti do praxe a jedná se pouze o „formalistní“ praktikování mentorinku a nikoliv o mentorink dle jeho platných zásad a požadavků. Na základě získaných výsledků a dostupné literatury je zřejmé, že mentorem je často nekompetentní osoba bez adekvátního mentorského vzdělání. Období profesní socializace a identifikace s rolí sestry je však pro nově nastupující sestry absolventky stěžejní, a právě mentor v něm hraje klíčovou roli. Správně zvolený mentor umožňuje sestřím absolventkám pozitivní a konstruktivní profesní socializaci včetně socializace s kulturou klinického prostředí, předává jim správné zásady profesního chování a asistuje při navazování vztahů na pracovišti. Rovněž sestřím absolventkám usnadňuje integraci teoretických znalostí do klinického prostředí. Proto je velmi důležité, aby byl mentor kompetentní, klinicky důvěryhodný a orientovaný v oblasti výzkumu a EBP. Kompetentní a zodpovědný mentor je základem pro správné fungování partnerství mezi univerzitním a klinickým prostředím.

Programy dalšího vzdělávání pro kvalifikované sestry v klinické praxi by rovněž mohly pomoci zlepšit integraci teorie a výzkumu do klinické ošetrovatelské praxe. Toto doporučení je tedy adresováno především zaměstnavatelům kvalifikovaných sester. Povinné vzdělávací programy by zajišťovaly získávání aktuálních informací o všech novinkách a o správných a efektivních postupech (EBP), týkající se ošetrovatelské péče.

Realizace navrhovaného doporučení ze strany vzdělavatelů a zaměstnavatelů kvalifikovaných sester by mohla být klíčem k řešení, aby sestry absolventky ve spolupráci s kompetentním mentorem, dokázaly integrovat stále nové a aktuální teoretické poznatky do klinické ošetrovatelské praxe a rozpor mezi teorií a praxí by tak mohl být minimalizován.

ZÁVĚR

Záměrem diplomové práce bylo na základě realizace kvalitativního výzkumu zmapovat a popsat problematiku výskytu fenoménu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi, identifikovat očekávání a potřeby sester absolventek v souvislosti s výskytem rozporu teorie a praxe a definovat základní problémové oblasti výskytu rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi.

Teoretická část diplomové práce je teoretickou základnou pro seznámení čtenáře s fenoménem rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi.

Pomocí kvalitativní metody polostrukturovaných rozhovorů byly identifikovány příčiny vzniku, nejčastější oblasti výskytu a důsledky rozporu teorie a praxe v klinické ošetrovatelské praxi. Dále byly identifikovány strategie sester absolventek, které volí při odhalení rozporu teorie a praxe. Hlavní výzkumný cíl i dílčí výzkumné cíle byly splněny.

Výsledky výzkumného šetření potvrzují výsledky ostatních zahraničních studií, které upozorňují na hlavní problémy rozporu teorie a praxe, kterými jsou: teorie není relevantní pro praxi, praxe neodpovídá teorii a problémy s integrací EBP do klinické praxe. Dále výsledky šetření přinášejí informaci o příčinách vzniku a důsledcích rozporu teorie a praxe a o oblastech ošetrovatelské péče, ve kterých se rozpor teorie a praxe nejčastěji vyskytuje.

Rozpor teorie a praxe je velmi aktuální a závažná problematika a bude jistě zapotřebí mnoha dalších výzkumů na toto téma, aby mohl být rozpor teorie a praxe odstraněn. Nicméně na základě analýzy dat, která byla získána pro tuto diplomovou práci je zřejmé, že vzdělavatelé a zaměstnavatelé kvalifikovaných sester by se měly jednoznačně zaměřit na management kvality poskytované péče, efektivnější mentorink studentů i sester absolventek, zefektivnění adaptačního procesu, včetně klinické supervize a psychosociální podpory pro sestry absolventky a dále na programy dalšího vzdělávání pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi, neboť vzdělané sestry, které dokáží integrovat stále aktuální teoretické poznatky do klinické ošetrovatelské praxe, jsou beze sporu velkou nadějí pro minimalizování rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství.

SEZNAM LITERATURY

- [1] AJANI, Khairulnissa a Salima MOEZ. Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2011, **15**, 3927-3931 [cit. 2021-02-07]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi: 10.1016/j.sbspro.2011.04.396
- [2] AL AWAISI, Huda, Hannah COOKE a Steven PRYJMACHUK. The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman – A case study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, **52**(11), 1723-1734 [cit. 2021-02-07]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.009
- [3] ALLAN, Helen T, Pam SMITH a Mike O'DRISCOLL. Experiences of supernumerary status and the hidden curriculum in nursing: a new twist in the theory-practice gap? *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, **20**(5-6), 847-855 [cit. 2021-02-06]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03570.x
- [4] ALLMARK, Peter. A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1995, **22**(1), 18-23 [cit. 2021-02-07]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22010018.x
- [5] ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.
- [6] BAILLIE, Lesley. *Developing Practical Nursing Skills*. 4. přepracované vydání. London: CRC Press, 2014, 2014. ISBN 9781444175950.
- [7] BALTIMORE, Jane. The Hospital Clinical Preceptor: Essential Preparation for Success. *The Journal of Continuing Education in Nursing* [online]. 2004, **35**(3), 133-140 [cit. 2021-02-07]. ISSN 00220124. Dostupné z: doi:10.3928/0022-0124-20040501-10
- [8] BENDALL, Eve. Learning for reality. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, **1**(1), 3-9 [cit. 2021-02-07]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.1976.tb00423.x
- [9] BENNER, Patricia. From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice. *AJN, American Journal of Nursing* [online]. 1984, **84**(12) [cit. 2021-02-13]. ISSN 0002-936X. Dostupné z: doi:10.1097/00000446-198412000-00025

- [10] BĚLOHLÁVEK, František. *15 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. Praha: Grada, 2010. Komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-3001-1.
- [11] BOTMA, Yvonne, G.H. VAN RENSBURG, I.M. COETZEE a T. HEYNS. A conceptual framework for educational design at modular level to promote transfer of learning. *Innovations in Education and Teaching International* [online]. 2015, **52**(5), 499-509 [cit. 2021-02-07]. ISSN 1470-3297. Dostupné z: doi:10.1080/14703297.2013.866051
- [12] BRADLEY, P a K POSTLETHWAITE. Setting up a clinical skills learning facility. *Medical Education* [online]. 2003, **37**, 6-13 [cit. 2021-02-07]. ISSN 03080110. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2923.37.s1.11.x
- [13] BUCHÁČKOVÁ, Pavla. *Personální management*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003. ISBN 80-7194-588-9.
- [14] CARR, Wilfred. The Gap between Theory and Practice. *Journal of Further and Higher Education* [online]. 2006, **4**(1), 60-69 [cit. 2021-02-07]. ISSN 0309-877X. Dostupné z: doi:10.1080/0309877800040107
- [15] CARR, Wilfred. Theories of Theory and Practice. *Journal of Philosophy of Education* [online]. 1986, **20**(2), 177-186 [cit. 2021-02-07]. ISSN 0309-8249. Dostupné z: doi:10.1111/j.1467-9752.1986.tb00125.x
- [16] CARR, Wilfred a Stephen KEMMIS. *Becoming Critical* [online]. Routledge, 2003 [cit. 2021-02-07]. ISBN 9780203496626. Dostupné z: doi:10.4324/9780203496626.
- [17] CORLETT, Jo, PALFREYMAN, John, STAINES, Harry a Helen MARR. Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Education Today* [online]. 2003, **23**(3), 183-190 [cit. 2021-02-07]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/S0260-6917(02)00232-0
- [18] CRADDOCK, Esther. Developing the facilitator role in the clinical area. *Nurse Education Today* [online]. 1993, **13**(3), 217-224 [cit. 2021-02-07]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/0260-6917(93)90105-B
- [19] FESTINGER, LEON. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, 1957. ISBN 9780804709118.

- [20] GERRISH, Kate. The nurse teacher's role in the practice setting. *Nurse Education Today* [online]. 1992, **12**(3), 227-232 [cit. 2021-02-07]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/0260-6917(92)90066-W
- [21] GIBBONS, Chris, Martin DEMPSTER a Marianne MOUTRAY. Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, **61**(3), 282-290 [cit. 2021-02-06]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04497.x
- [22] GREENWAY, Kathleen, Graham BUTT a Helen WALTHALL. What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Education in Practice* [online]. 2018, **34**, 1-6 [cit. 2021-02-07]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/j.nepr.2018.10.005
- [23] GURKOVÁ, Elena a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0583-0.
- [24] HAIGH, Carol. Editorial: Embracing the theory/practice gap. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, **18**(1), 1-2 [cit. 2021-02-07]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02325.x
- [25] HATLEVIK, Ida Katrine Riksaasen. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, **68**(4), 868-877 [cit. 2021-02-07]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05789.x
- [26] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [27] CHESSER-SMYTH, Patricia A. The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice* [online]. 2005, **5**(6), 320-327 [cit. 2021-02-06]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/j.nepr.2005.04.001
- [28] KIM, Kimberly H. Baccalaureate nursing students' experiences of anxiety producing situations in the clinical setting. *Contemporary Nurse* [online]. 2014, **14**(2), 145-155 [cit. 2021-02-06]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: doi:10.5172/conu.14.2.145

- [29] KIM, Hesook Suzie. Putting theory into practice: problems and prospects*. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1993, **18**(10), 1632-1639 [cit. 2021-02-07]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18101632.x
- [30] JAMSHIDI, Leila. The Challenges of Clinical Teaching in Nursing Skills and Lifelong Learning from the Standpoint of Nursing Students and Educators. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2012, **46**, 3335-3338 [cit. 2021-02-07]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi:10.1016/j.sbspro.2012.06.062
- [31] JERLOCK, Margaretha, Kristin FALK a Elisabeth SEVERINSSON. Academic nursing education guidelines: Tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing and Health Sciences* [online]. 2003, **5**(3), 219-228 [cit. 2021-02-13]. ISSN 1441-0745. Dostupné z: doi:10.1046/j.1442-2018.2003.00156.x
- [32] KILLAM, Laura A. a Corey HEERSCHAP. Challenges to student learning in the clinical setting: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today* [online]. 2013, **33**(6), 684-691 [cit. 2021-02-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2012.10.008
- [33] KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2497-3.
- [34] KOHOUTEK, R. Slovník-cizích-slov.abz.cz [online]. 2005-2006 [cit. 2011-04-01]. Pojem mentoring. Dostupné z: <https://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/mentoring>
- [35] Koncepce ošetrovatelství. © Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014 [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>
- [36] KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIEROVÁ Rita, *Ošetrovatelstvo I*, Martin SR: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [37] Kvalifikační standard k vyhlášce č. 39/2005 Sb. Pro studijní / vzdělávací program v oboru všeobecná sestra. s. 156-182. In: Věstník MZ ČR č. 11/2018 [online]. © Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018 [cit. 2020-09-25]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra/>
- [38] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

- [39] LANDERS, Margaret. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2000, **32**(6), 1550-1556 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01605.x
- [40] LANDMARK, Bjorg Th., Grethe Storm HANSEN, IngebjOrg BJONES a Ann BOHLER. Clinical supervision - factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2003, **12**(6), 834-841 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00813.x
- [41] LAUDER, William, Siobhan SHARKEY a Simon BOOTH. A case study of transfer of learning in a family health nursing course for students in remote and rural areas. *Nurse Education in Practice* [online]. 2004, **4**(1), 39-44 [cit. 2021-02-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/S1471-5953(03)00017-9
- [42] LEE, Diana T.F. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1996, **23**(6), 1127-1134 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1996.01278.x
- [43] LEVETT-JONES, Tracy, Judith LATHLEAN, Isabel HIGGINS a Margaret MCMILLAN. Staff - student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(2), 316-324 [cit. 2021-02-13]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x
- [44] MABEN, Jill, Sue LATTER a Jill Macleod CLARK. The theory–practice gap: impact of professional–bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, **55**(4), 465-477 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03939.x
- [45] MARTIN, Geoffrey W. a Gordon MITCHELL. A study of critical incident analysis as a route to the identification of change necessary in clinical practice: addressing the theory–practice gap. *Nurse Education in Practice* [online]. 2001, **1**(1), 27-34 [cit. 2021-02-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1054/nepr.2001.0006
- [46] MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

- [47] MELINCAVAGE, Sharon M. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Education Today* [online]. 2011, **31**(8), 785-789 [cit. 2021-02-06]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2011.05.007
- [48] MIKŠOVÁ, Zdeňka, Martin ŠAMAJ, Lenka MACHÁLKOVÁ a Kateřina IVANOVÁ. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu: Fulfilling the competencies of members of a nursing team. *KONTAKT: Journal of Nursing and Social Sciences Related to Health and Illnes* [online]. 2014, 23.06.2014, **2014**(2), 130-142 [cit. 2020-11-05]. ISSN 1212–4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/02/08.pdf>
- [49] MILLER, Laurence. *Jak zvládat a řídit problémové zaměstnance*. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2904-6.
- [50] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- [51] MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- [52] MLEK, K. Nursing Students Learning Experiences in Clinical Settings: Stress, Anxiety and Coping. A thesis. Concordia University Montreal, Quebec, Canada. 2010. Dostupné z: https://spectrum.library.concordia.ca/7372/1/Mlek_MA_S2011.pdf
- [53] MONAGHAN, Thomas. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory–practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today* [online]. 2015, **35**(8), e1-e7 [cit. 2021-02-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2015.03.006
- [54] MYALL, Michelle, Tracy LEVETT-JONES a Judith LATHLEAN. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, **17**(14), 1834-1842 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02233.x
- [55] NOLAN, Carol A. Learning on clinical placement: the experience of six Australian student nurses. *Nurse Education Today* [online]. 1998, **18**(8), 622-629 [cit. 2021-02-06]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/S0260-6917(98)80059-2

- [56] NOVÝ, Ivan a Alois SURYNEK. *Sociologie pro ekonomy a manažery.2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. Manažer. ISBN 978-80-247-1705-0.
- [57] Nový slovník cizích slov pro 21. století. Vydání druhé. Praha: Plot, 2018. ISBN 978-80-7428-326-0.
- [58] OUSEY, Karen a Peter GALLAGHER. The theory–practice relationship in nursing: A debate. *Nurse Education in Practice* [online]. 2007, 7(4), 199-205 [cit. 2021-02-13]. ISSN 14715953. Dostupné z: doi:10.1016/j.nepr.2007.02.001
- [59] PENDER, F. T. a A. E. LOOY. Monitoring the development of clinical skills during training in a clinical placement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [online]. 2004, 17(1), 25-34 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0952-3871. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-277X.2003.00473.x
- [60] PENDRY, Patricia. Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *Nursing Economics*. 2007, 25(4), 217-221.
- [61] PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
- [62] PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- [63] PRUDKÝ, Libor, Petr PABIAN a Karel ŠIMA. *České vysoké školství: na cestě od elitního k univerzálnímu vzdělávání 1989-2009*. Praha: Grada, 2010. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3009-7.
- [64] RAFFERTY, Anne Marie, Nick ALLCOCK a Judith LATHLEAN. The theory/practice 'gap': taking issue with the issue. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1996, 23(4), 685-691 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb00038.x
- [65] ROBINSON, Bridget K. a Valorie DEARMON. Evidence-Based Nursing Education: Effective Use of Instructional Design and Simulated Learning Environments to Enhance Knowledge Transfer in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing* [online]. 2013, 29(4), 203-209 [cit. 2021-02-13]. ISSN 87557223. Dostupné z: doi:10.1016/j.profnurs.2012.04.022

- [66] ROLFE, Gary. Closing the theory-practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 1993, **2**(3), 173-177 [cit. 2021-03-14]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.1993.tb00157.x
- [67] RUSHTON, Cynda Hylton. Defining and Addressing Moral Distress. *AACN Advanced Critical Care* [online]. 2006, **17**(2), 161-168 [cit. 2021-02-13]. ISSN 1559-7768. Dostupné z: doi:10.1097/00044067-200604000-00011
- [68] SALIFU, David Abdulai, Janet GROSS, Mohammed Awal SALIFU a Jerry PK NINNONI. Experiences and perceptions of the theory-practice gap in nursing in a resource-constrained setting: A qualitative description study. *Nursing Open* [online]. 2019, **6**(1), 72-83 [cit. 2021-02-13]. ISSN 20541058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.188
- [69] SHARIF, Farkhondeh a Sara MASOUMI. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing* [online]. 2005, **4**(1) [cit. 2021-02-13]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6955-4-6
- [70] SCHERER, Zeyne Alves Pires a Edson Arthur SCHERER. Reflections on nursing teaching in the post-modernity era and the metaphor of a theory-practice gap. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2007, **15**(3), 498-501 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0104-1169. Dostupné z: doi:10.1590/S0104-11692007000300021
- [71] SCHÖN, Donald. *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. London: Basic Books, 1983. ISBN 0465068782.
- [72] SCULLY, Natashia Josephine. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian* [online]. 2011, **18**(2), 93-98 [cit. 2021-02-13]. ISSN 13227696. Dostupné z: doi:10.1016/j.colegn.2010.04.002
- [73] SPOUSE, Jenny. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a socio-cultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2001, **33**(4), 512-522 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01683.x
- [74] STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra – reprezentant profese*. Brno: IDV PVZ, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- [75] STRAUS, Anselm. L. a Julier CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert Boskovice. ISBN 80-85834-60-X.

- [76] SUCHÝ, Jiří a Pavel NÁHLOVSKÝ. *Životní koučování a sebekoučování: klíč k pozitivním změnám a osobní spokojenosti*. Praha: Grada, 2012. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4010-2.
- [77] THOMAS, Christine M. a Megan A. MRAZ. Exploration Into How Simulation Can Effect New Graduate Transition. *Clinical Simulation in Nursing* [online]. 2017, **13**(10), 465-470 [cit. 2021-03-27]. ISSN 18761399. Dostupné z: doi:10.1016/j.ecns.2017.05.013
- [78] USHER, Robin a Ian BRYANT. *Adult Education as Theory, Practice and Research: The Captive Triangle*. London: Routledge Library Editions: Education, 1989. ISBN 9781138006386.
- [79] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.
- [80] VODÁK, Jozef a Alžbeta KUCHARČÍKOVÁ. *Efektívne vzdelávanie zamestnanců*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2011. Management (Grada). ISBN 978-80-247-3651-8.
- [81] WALL, Peter, Prue ANDRUS a Paul MORRISON. *Bridging the theory practice gap through clinical simulations in a nursing undergraduate degree program in Australia*. 2014, **8**(1), 127-135. Dostupné z: doi: https://www.researchgate.net/publication/269403924_Bridging_the_theory_practice_gap_through_clinical_simulations_in_a_nursing_undergraduate_degree_program_in_Australia
- [82] WYNADEN, Dianne, Angelica ORB, Sunita MCGOWAN a Jill DOWNIE. Are universities preparing nurses to meet the challenges posed by the Australian mental health care system? *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2000, **9**(3), 138-146 [cit. 2021-02-13]. ISSN 1324-3780. Dostupné z: doi:10.1046/j.1440-0979.2000.00175.x
- [83] YANG, Wan-Ping, Co-Shi Chantal CHAO, Wei-Shu LAI, Ching-Huey CHEN, Ya Lan SHIH a Ge-lin CHIU. Building a bridge for nursing education and clinical care in Taiwan — Using action research and Confucian tradition to close the gap. *Nurse Education Today* [online]. 2013, **33**(3), 199-204 [cit. 2021-02-13]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2012.02.016

[84] ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5094-1.

[85] ŽIAKOVA, K. a kol. *Ošetrovatelsky slovník*. Martin SR: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – **Povinné základní předměty kategorie A**
- Příloha č. 2 – **Povinné oborové předměty kategorie A**
- Příloha č. 3 – **Doporučená pracoviště pro odbornou ošetrovatelskou praxi**
- Příloha č. 4 – **Kompetence všeobecné sestry**
- Příloha č. 5 – **Přehledové review**
- Příloha č. 6 – **Obecná identifikační data respondentů**
- Příloha č. 7 – **Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho dalším využitím**
- Příloha č. 8 – **Vzor struktury polostrukturovaného rozhovoru**

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Povinné základní předměty kategorie A

Doporučený název předmětu	Minimální počet hodin
Anatomie	50
Fyziologie	30
Odborná latinská terminologie	24
Farmakologie	18
Patologie a patologická fyziologie	28
Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena	30
Základy biofyziky	16
Základy biochemie	16
Základy genetiky	12
Hematologie a transfúzní lékařství	12
Klinická propedeutika	30
Zobrazovací metody, radiační ochrana	16
Ochrana a podpora veřejného zdraví	16
Zdravotní gramotnost	16
Výživa a dietika	16
Rehabilitační ošetřovatelství	26
Základy filozofie	16
Základy sociologie	16
Obecná psychologie	16
Vývojová psychologie	20
Zdravotnická psychologie	30
Komunikace ve zdravotnictví	30
Základy pedagogiky a edukace v ošetřovatelství	30
Základy zdravotnického managementu	24
Základy zdravotnického práva a legislativy	20
Informatika a statistika ve zdravotnictví	12
Ošetřovatelství založené na důkazech	16

Zdroj: Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018

Příloha č. 2 – Povinné oborové předměty kategorie A

Doporučený název předmětu	Minimální počet hodin
První pomoc	30
Ošetrovatelství	40
Ošetrovatelský proces a potřeby	50
Ošetrovatelské postupy	72
Výzkum v ošetrovatelství	24
Komunitní péče	24
Transkulturní ošetrovatelství	20
Etika v ošetrovatelství	18
Ošetrovatelská péče v interních oborech	100
Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	80
Ošetrovatelská péče v ortopedii a traumatologii	20
Ošetrovatelská péče v neurologii	24
Ošetrovatelská péče v pediatrii	60
Ošetrovatelská péče v gynekologii a porodnictví	30
Ošetrovatelská péče v psychiatrii	30
Ošetrovatelská péče v onkologii a hematoonkologii	26
Ošetrovatelská péče ve vybraných klinických oborech	56
Ošetrovatelská péče v geriatrii	30
Intenzivní ošetrovatelská péče	30
Paliativní péče	16

Zdroj: Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018

Příloha č. 3 – Doporučená pracoviště pro odbornou ošetrovatelskou praxi

Doporučená pracoviště pro odbornou praxi	Minimální počet hodin
Interní obory	240
Chirurgické obory	240
Péče o ženu a dítě	80
Péče o dítě	120
Péče o seniory a pracoviště geriatric	80
Neurologická péče	80
Onkologická péče	80
Akutní péče	120
Komunitní péče	40
Psychiatrická péče	80
Vybrané klinické obory (ORL, stomatologie, dermatovenerologie, oftalmologie, infekční)	120
Následná péče	80

Zdroj: Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018

Autonomní kompetence všeobecné sestry
<ol style="list-style-type: none">1) <u>Podpora zdraví a prevence vzniku onemocnění</u><ol style="list-style-type: none">a) Sleduje jednotlivce, rodiny a komunity, o které pečuje z holistického hlediska, bere v úvahu prostředí, ve kterém žijí a jejich způsob života. Zjišťuje dostupné zdroje (lidské a jiné), které jsou nutné pro zvládnutí rizik a péče a využívá je.b) Určuje opatření, která podporují zdraví nebo prevenci nemoci a která mohou realizovat samotní jednotlivci, rodiny a skupiny nebo s pomocí jiných osob.c) Vysvětluje a motivuje jednotlivce, rodiny a skupiny, jak mohou sami své prostředí a životní styl ovlivnit, nebo změnit.d) Podílí se na vyhodnocování výsledků provedených opatření nebo sama toto vyhodnocení provádí.e) Organizuje a účastní se kampaní na podporu zdraví a prevence a hodnotí výsledky těchto programů.2) <u>Podpora uspokojování potřeb vzniklých v souvislosti s onemocněním</u><ol style="list-style-type: none">a) Identifikuje potřeby pacientů všech věkových skupin v oblasti tělesné, psychické, společensko-kulturní a duchovní, změněné nebo vzniklé v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin.b) Určuje vhodná opatření a sestavuje plán ošetrovatelské péče a dalších opatření pro uspokojování potřeb, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti a pro zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti.c) Poskytuje ošetrovatelskou péči a provádí další opatření nebo jejich vykonání zajišťuje pomocí jiného člena týmu, případně jejich zajištění iniciuje.d) Vyhodnocuje výsledky a účinnost provedených opatření a modifikuje ošetrovatelský plán.3) <u>Poskytování informací a účast na vzdělávání</u><ol style="list-style-type: none">a) Zprostředkovává jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným potřebné informace v přiměřené formě z hlediska svých kompetencí a stará se o to, aby tyto informace byly srozumitelné a aby mohla dosažené výsledky v informovanosti klientů/pacientů vyhodnotit.b) Podílí se na vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků ve zdravotnictví.
Kooperativní kompetence všeobecné sestry
<ol style="list-style-type: none">1) Respektuje role jednotlivých profesionálů při koordinaci a plnění odborných úkolů v multidisciplinárním týmu, zachovává a posiluje vzájemný partnerský vztah a podílí se na všech společných opatřeních v zájmu pacienta.2) Provádí vyšetření a léčebná opatření, která indikuje lékař, s ohledem na své kompetence.3) Zná a dodržuje hranice své odborné způsobilosti, a pokud je to nutné, žádá o spolupráci příslušné kompetentní odborníky.
Kompetence všeobecné sestry ve výzkumu a vývoji v ošetrovatelství
<ol style="list-style-type: none">1) Kriticky reviduje svou každodenní praxi a při realizaci svých činností využívá výsledky ošetrovatelského výzkumu a praxe založené na důkazech.2) Získává nové vědomosti tím, že se podílí na výzkumu v oblasti ošetrovatelství a prezentuje výsledky, přičemž využívá všech dostupných informačních zdrojů.3) Usiluje o svůj odborný růst v rámci celoživotního vzdělávání.
Manažerské kompetence všeobecné sestry
<ol style="list-style-type: none">1) Řídí a koordinuje členy ošetrovatelského týmu při péči o pacienta (bezpečné prostředí, delegování úkolů a dohled, týmová péče).2) Posuzuje a analyzuje rizika pro zdraví spadající do oblasti ošetrovatelské péče, plánuje, provádí a kontroluje opatření k zamezení působení těchto rizik.3) Vykonává ošetrovatelské činnosti s ohledem na jejich efektivitu a náklady.4) Podílí se systematicky a nepřetržitě na programech zajišťování kvality péče.5) Účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení, které se týkají ošetrovatelství.

Příloha č. 5 – Přehledové review

NÁZEV PRÁCE	AUTOR, ROK	TYP VÝZKUMU	CÍL PRÁCE	VÝSLEDKY PRÁCE
Experiences of Supernumerary Status and the Hidden Curriculum in Nursing: A New Twist in the Theory-Practice Gap?	Helen T. Allan, Pam Smith, Mike O'Driscoll, 2011	Kvalitativní etnografický výzkum (4 klinická pracoviště, 4 univerzity – rozhovory se studenty a mentory)	Cílem práce je zvýšit povědomí o tom, jak jsou zkušenosti „nadpočetných“ studentů zdravotnických škol zakomponovány do skrytých učebních osnov v klinické praxi.	Výsledky ukazují, že „nadpočetné postavení“ studentů je závažným problémem a je nutné se jím dále zabývat. Od studentů je během odborné praxe očekáváno, že budou pracovat jako zkušené kvalifikované sestry. Toto očekávání je v rozporu s očekáváním sester akademiček a přispívá tak k rozporu mezi teorií a praxí pro studenty ošetřovatelství, kteří se musí učit vyjednávat o svém „nadpočetném“ postavení. Studenti získávají odbornou erudici a kompetence v konfúzním prostředí, kde jsou na ně kladena ambivalentní očekávání. K opětovnému začlenění učení studentů ošetřovatelství musí pedagogové na univerzitách a v klinické praxi porozumět tomu, jak skryté osnovy a očekávání ohledně „nadpočetného stavu“ mezi zkušeným personálem ovlivňuje učení pro studenty.
The Theory-Practice Gap and Skill Acquisition: An Issue for Nursing Education	Natashia Josephine Scully, 2010	Kvalitativní výzkum (osobní případová studie)	Cílem práce je popsat osobní zkušenosti autorky článku v souvislosti s rozporem teorie a praxe. Autorka reflektuje a popisuje osobní zkušenosti v roli studentky ošetřovatelství ve vztahu k současné klinické ošetřovatelské praxi a k dostupné literatuře.	Výsledky potvrzují, že rozpor mezi teorií a praxí je zásadní a všudypřítomný problém v klinické ošetřovatelské praxi. Autorka práce tvrdí, že lepší spolupráce mezi akademickými pracovníky a klinickými pedagogy by byla stěžejní pro lepší propojení mezi teorií a praxí a také by mohla vést ke snížení úzkosti u studentů. Akademičtí pracovníci a kliničtí pedagogové mají totiž odpovědnost za šíření svých znalostí směrem ke studentům ošetřovatelství, jak nejlépe jim to umožňují jejich omezené časové možnosti. Rovněž reflexe je uváděna jako jeden z nejlepších způsobů, kterým je možné překlenout mezeru mezi teorií a praxí. Využití zde zmíněných témat spolu s dalšími výzkumy může přispět k optimálnímu vzdělávání sester a ke zmenšení či úplnému odstranění mezery mezi teorií a praxí.
Gap between Knowledge and Practice in Nursing	Khairulnissa Ajani, Salima Moez, 2011	Přehledové review	Cílem práce je zmapovat a popsat problematiku mezery mezi teorií a praxí v ošetřovatelství.	Návrh doporučení k překlenutí rozporu teorie a praxe.
What is a Theory-Practice Gap? An Exploration of the Concept	Kathleen Greenway, 2018	Přehledové review	Cílem práce je představit analýzu konceptu „rozpor teorie a praxe“ za účelem vydefinování tohoto pojmu na teoretické úrovni.	Výsledkem práce je vypracování teoretické definice, vytvoření přehledového review a rozvedení diskuze o příčinách, důvodech a důsledcích vzniku rozporu teorie a praxe. Na závěr je uveden modelový případ, který je použit k ilustraci konceptu rozporu teorie a praxe v klinickém prostředí.
Experiences and Perceptions of the Theory-Practice Gap in Nursing in Resource-Constrained Setting	David Salifu, Janet Gross, Mohammed Salifu, Jerry Ninnoni, 2018	Kvalitativní popisná studie (Focus group – studenti a zkušené kvalifikované sestry)	Cílem práce je popsat rozpor teorie a praxe pohledem studentů ošetřovatelství a zkušených kvalifikovaných sester.	V souvislosti s rozporem teorie a praxe byly identifikovány tyto problémy: Systémové nedostatky, Nedostatky klinického výukového prostředí, Klinické zařazení studentů ošetřovatelství a jejich dohled, Osobnost sestry.

Zdroj: Vlastní zpracování

7. Uved'te, prosím, zda má ZZ, ve kterém pracujete, akreditaci: Ano Ne

8. Uved'te, prosím, délku Vaší praxe:

9. Uved'te, prosím, rozsah Vašeho aktuálního pracovního úvazku:

Plný úvazek / 1,0

Jiný, prosím, uveďte:

10. Uved'te, prosím, jaké je Vaše pracovní zařazení:

Sestra u lůžka (standardní oddělení)

Sestra u lůžka (JIP)

Sestra u lůžka (ARO)

Sestra na ambulanci

Jiné, prosím, uveďte:

11. Uved'te, prosím, jak dlouho trvá či trval ve Vašem případě adaptační proces:
.....

12. Uved'te, prosím, zda se Vás osobně týká/l aktivní mentorink: Ano Ne

13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „Ano“ uved'te, prosím, jaké bylo nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho mentora/Vaší mentorky v době vedení Vašeho aktivního mentorinku:

Vyšší odborné vzdělání (Dis.), v oboru:

VŠ (Bc.), v oboru:

VŠ (Mgr.), v oboru:

Jiné, prosím, uveďte:

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 7 – Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho využitím

Vážená kolegyně, Vážený kolego,

Jsem studentkou navazujícího magisterského programu Katedry ošetrovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. V rámci své diplomové práce s názvem „*Rozpor teorie a praxe pohledem sestry absolventky*“ si Vás dovoluji požádat o poskytnutí rozhovoru, který je součástí výzkumu, vztahující se k mé DP.

Rozhovor bude částečně strukturovaný a bude zaměřen na subjektivní názory sester absolventek, vztahující se k tématu rozporu teorie a praxe v ošetrovatelství, aktivně pracujících v klinické ošetrovatelské praxi.

Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná a je zcela na Vašem uvážení, v jakém rozsahu mi informace během rozhovoru sdělíte.

Pro potřebu analýzy dat bude rozhovor nahráván. Rozhovor nebo jeho části budou následně přepisovány do diplomové práce. Rozhovor i nahrávání můžete kdykoliv přerušit či ukončit.

Vámi poskytnuté informace i Vaše názory budu považovat za maximálně důvěrné a budou použity pouze pro potřebu mé diplomové práce. Veškerý jejich zápis i případné citace budou plně anonymizovány.

Žádám Vás tímto o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu, který bude součástí mé diplomové práce, ve formě audionahrávky rozhovoru.

Velmi si vážím Vašeho času a za veškeré poskytnuté informace i Vaše názory Vám předem děkuji!

Bc. Tereza CHRÁSTOVÁ

Svým podpisem uděluji souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely výše uvedené diplomové práce.

Datum rozhovoru:

Jméno respondenta:

Podpis respondenta:

Zdroj: Vlastní zpracování

Dílčí otázka č. 1: V jakých oblastech současné klinické ošetrovatelské praxe se rozpor teorie a praxe, dle subjektivního názoru sester absolventek, objevuje nejčastěji?

Setkal/a jste se Vy osobně s rozporem teorie a praxe? Popište, prosím, v jaké situaci.

V které oblasti ošetrovatelské péče se, dle Vašeho názoru, nejčastěji objevuje nesoulad mezi praxí (praktickými činnostmi/postupy) a teorií (teoretickými požadavky)?

Setkal/a jste se s RTaP i během studia na VŠ. Pokud ano, popište, prosím, v jaké situaci.

Upozorňoval Vás někdo na RTaP během Vašeho studia? V jakém konkrétním případě?

Byl/a jste v dosavadní praxi nucen/a provádět nějaký výkon v rozporu s teorií/ošetrovatelskými standardy? Popište, prosím, případně tuto situaci konkrétně.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou, dle názoru sester absolventek, nejčastější příčiny vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

Jak si Vy, osobně, vysvětlujete nejčastější důvody vzniku rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

Jak si vysvětlujete, že se v takové míře nedodržují požadované postupy EBP

...v oblasti vedení dokumentace?

...v oblasti realizace konkrétních ošetrovatelských postupů a dodržování standardů?

... v oblasti manipulace s léčivými přípravky či zdravotnickými prostředky?

...v oblasti komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky?

...v oblasti dodržování hygienického a epidemiologického režimu?

...v oblasti dodržování práv pacientů?

...v oblasti profesního rozvoje (kontinuálního vzdělávání)?

...v oblasti podpory zdraví a problematiky edukace pacientů?

...v oblasti multidisciplinární spolupráce?

...v oblasti zvyšování kvality péče?

Jaké charakteristiky má, dle Vašeho názoru a zkušeností sestra, která nejčastěji v praxi nedodržuje doporučené postupy? Můžete být, prosím, konkrétní?

Domníváte se, že je v klinické praxi akceptovatelné v některých specifických případech nedodržet doporučené teoretické postupy? V jakých konkrétních situacích tomu tak podle Vás je a proč?

Jsou některé případy, kdy Vy sám/sama nedodržujete předepsanou teorii? Proč? Prosím, co nejvíce konkretizujte.

Napadá Vás nějaký konkrétní příklad RTaP, kdy počínáním personálu ohrožuje sestra samu sebe anebo své kolegyně, ale běžně se tak v klinické praxi postupuje?

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaké strategie či konkrétní postupy řešení rozporu teorie a praxe volí sestry absolventky při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi?

Když jako sestra absolventka odhalíte/zaznamenáte RTaP v činnostech, které jsou ve Vaší kompetenci a předává Vám je sestra mentorka/ služebně starší – zkušenější sestry, co uděláte, jak se zachováte. Můžete být, prosím, konkrétní a uvést příklad?

Když jako sestra absolventka odhalíte/zaznamenáte RTaP v činnostech, které jsou ve Vaší kompetenci a nejste pod dohledem sestry mentorky/ služebně starší – zkušenější sestry co uděláte, jak se zachováte. Můžete být, prosím, konkrétní, uvést příklad?

Jaké postupy pro zvládnutí situace RTaP využíváte vy sám/a/Vaše kolegyně – sestry absolventky/Vaše kolegyně – zkušené sestry/Vám doporučila Vaše sestra mentorka?

Myslíte si, že by Vám mohly pomoci nějaké strategie/intervence ze strany zaměstnavatele, abyste lépe zvládal/a všudypřítomný rozpor teorie a praxe? Uveďte prosím konkrétní intervenci a zdůvodněte.

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou subjektivní prožitky sester absolventek při odhalení rozporu teorie a praxe v současné klinické ošetrovatelské praxi v konkrétních situacích? Co konkrétně sestry absolventky prožívají a cítí?

Popište, prosím, jak jste vnímal/a rozpor teorie a praxe při vstupu do zaměstnání?

Je dle Vašeho názoru významný rozdíl v postupech, praktických činnostech, které (ne)-dodržují sestry absolventky a služebně starší – zkušenější sestry u Vás na oddělení? V čem konkrétně?

Slyšela jste jako sestra absolventka někdy od služebně starší – zkušenější sestry výrok v duchu: „Takto se to v praxi / u nás na oddělení nedělá... dělej to takto...“ – čeho konkrétně – jaké činnosti, postupu, aktivity se týkal?

Jak se Vaše vnímání RTaP změnilo se změnou role – v pozici sestry? Vnímala jste RTaP jiným způsobem, když jste působila jako studentka ošetrovatelství, než vnímáte RTaP nyní, když pracujete jako sestra absolventka? Prosím, konkretizujte.

Co konkrétně Vás, jako sestru absolventku, v praxi po nástupu do zaměstnání šokovalo/zaskočilo a dalo by se to označit jako RTaP? Popište, prosím, podrobněji.

Jaké máte pocity, Vy osobně, při odhalení RTaP?

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jak oslovené informantky hodnotí svoji připravenost a rozsah kompetencí, získaných vzděláním na VŠ při vstupu do zaměstnání, na počátku výkonu profese? Které profesní kompetence, získané vzděláním na VŠ, sestry absolventky při vstupu do zaměstnání nejčastěji postrádaly a/nebo jimi disponovaly pouze v omezené míře?

Jak Vás studium na VŠ připravilo na výkon povolání? Co konkrétně jste případně postrádal/a při nástupu do klinické praxe v roli sestry? Prosím, podrobně popište.

Do jaké míry jste si byl/a jist/á v plnění kompetencí při nástupu do zaměstnání?

Jaké kompetence jsou pro Vás složité? V čem přesně? Prosím, podrobně popište.

Kdo byl pro Vás při studiu na VŠ nejdůležitější osobou v souvislosti s přípravou na výkon budoucího povolání? Jak Vás tato osoba ovlivnila, případně co nejdůležitějšího jste se od ní naučila?

Co pro Vás bylo při studiu na VŠ nejdůležitější v souvislosti s přípravou na výkon budoucího povolání?

Jak celkově hodnotíte přípravu na výkon povolání na vysokých školách?

Co konkrétně ve Vašem případě bylo nedostačující, či naopak bylo podle Vás něco zbytečné v souvislosti s přípravou na povolání?

Jak probíhaly například ve Vašem případě odborné praxe?

Otázky na závěr rozhovoru:

Domníváte se, že je důležité se touto problematikou více zabývat? Proč ANO/NE?

Máte Vy osobně nějaký nápad, jak by se RTaP mohl (vy)řešit?

Měly by se případné změny podle Vás týkat spíše vyučované teorie nebo odborné praxe? Čeho konkrétně by se změny měly týkat?

Existuje něco, o čem byste se ještě, v rámci tohoto tématu, rád/a zmínila a co dosud nezaznělo?

Zdroj: Vlastní zpracování