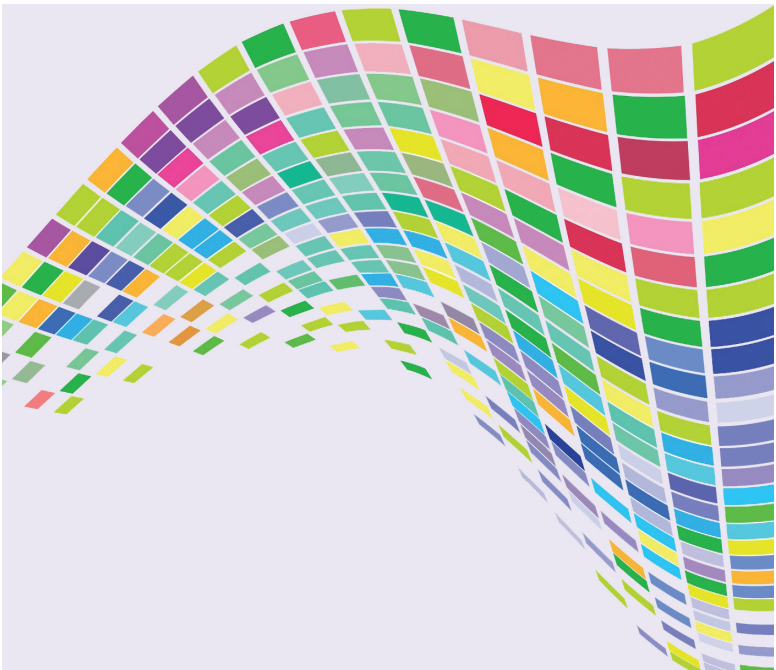
GRADA®

Dagmar Mastiliaková

Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika

v moderní ošetřovatelské praxi



sestra



GRADA®

Dagmar Mastiliaková

Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika

v moderní ošetřovatelské praxi

GRADA Publishing

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

Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.

POSUZOVÁNÍ STAVU ZDRAVÍ
A OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA
v moderní ošetřovatelské praxi

Recenze: Prof. PhDr. Anna Eliašová, PhD., dr.h.c.
Doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

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

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014
Obrázky dodala autorka.
Cover Photo © fotobanka allphoto, 2014

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 5653. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková
Sazba a zlom Karel Mikula
Počet stran 192
1. vydání, Praha 2014
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

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

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

ISBN 978-80-247-5376-8

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-9268-2 ve formátu PDF
ISBN 978-80-247-9324-5 ve formátu EPUB

Obsah

Úvod 11

1 Vývojové trendy a modernizace ošetřovatelské praxe 13
1.1 Expanzivní rozvoj informací, poznatků a komunikačních technologií 13
1.2 Výuka orientovaná na učební výstupy a kompetence 14
1.3 Hodnocení založené na způsobilosti/kompetencích 15
1.4 Společenská demografická a kulturní rozmanitost, ekonomické a politické změny. 17
1.5 Interdisciplinární přístup a orientace na komunitní péči . . 17
1.6 Spotřebitelsky orientovaná společnost 19
1.7 Etické a bioetické otázky 19
1.8 Nedostatek sester, pedagogů a pomocného personálu 20
1.9 Rostoucí osobní a profesní odpovědnost 20
1.10 Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky a jeho význam 21

2 Základní úkol ošetřovatelství – uspokojování lidských potřeb 23
2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa 23
2.2 Základní pocity neuspokojených potřeb 25
2.3 Ošetřovatelské problémy – celostní reakce klienta/pacienta 26
2.4 Rozlišení pojmů potřeba, problém, ošetřovatelská diagnóza 28
2.4.1 Pojem potřeba v ošetřovatelství. 28
2.4.2 Pojem ošetřovatelský problém 29
2.4.3 Pojem ošetřovatelská diagnóza 29
2.4.4 Diagnostické uvažování spojené s ošetřovatelským posuzováním 30

3 Ošetřovatelský proces – standard ošetřovatelské praxe. 32
3.1 Vznik a vývoj teorie ošetřovatelského procesu 35
3.1.1 Systémovost a funkční gramotnost. 35
3.1.2 Systémovost v ošetřovatelství 36
3.1.3 První použití pojmu ošetřovatelský proces 36
3.1.4 Teorie ošetřovatelského procesu 37

3.2 Teorie a praxe ošetřovatelského procesu 37
3.2.1 Základní znalosti a dovednosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu 39
3.2.2 Předpoklady pro realizaci ošetřovatelského procesu v praxi 41
3.2.3 Výhody ošetřovatelského procesu 41
3.2.4 Fáze ošetřovatelského procesu 42

4 Ošetřovatelské posuzování stavu zdraví – assessment 45
4.1 Zdraví jako potřeba člověka 47
4.2 Vybrané pojmy v oblasti posuzování zdraví 48
4.3 Typy informací a metody jejich získávání 51
4.3.1 Typy informací a údajů 51
4.3.2 Metody získávání informací a údajů 51
4.3.3 Příklady vybraných typů nástrojů k objektivnímu posuzování stavu zdraví 54

5 Model Marjory Gordonové a jeho význam pro moderní ošetřovatelskou praxi 57
5.1 Vznik standardního modelu v ošetřovatelství 57
5.2 Marjory Gordonová – průkopnice elektronické zdravotnické dokumentace 58
5.3 Marjory Gordonová, nositelka uznání „Žijící legenda“ 60
5.4 Marjory Gordonová na konferencích ACENDIO v Benátkách, Vídni a Paříži 61

6 Funkční typy zdraví – aplikace do výuky a ošetřovatelské praxe 63
6.1 Funkční typy zdraví – charakteristika struktury 63
6.1.1 Co představují funkční a dysfunkční typy zdraví podle M. Gordonové 64
6.1.2 Výhody standardního rámce pro posuzování zdraví 66
6.1.3 Odlišnost používání termínu „funkční typ“ v ošetřovatelství a v medicíně 66
6.1.4 Vztah funkčních typů zdraví a nemoci 67
6.1.5 Význam interakce klienta/pacienta a prostředí 68
6.1.6 Vztah věku a vývojových fází při posuzování stavu zdraví 69
6.1.7 Vztah funkčních typů zdraví a kultury 69
6.1.8 Posuzování stavu zdraví v ošetřovatelské praxi 70

6.1.9 Typy posuzování stavu zdraví ve vztahu k přesnosti ošetřovatelské diagnostiky 71
6.1.10 Význam prvního systematického posouzení stavu zdraví. 71
6.2 Posuzování zdraví dospělého klienta/pacienta 72
6.2.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví dospělého klienta/pacienta 72
6.2.2 Obsah (elektronického) formuláře pro ošetřovatelskou anamnézu 82
6.3 Posuzování zdraví kojence/dítěte/mladistvého 85
6.3.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví kojence/dítěte (do 7 let) 85
6.4 Posuzování zdraví rodiny 91
6.4.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví rodiny 91
6.5 Posuzování zdraví komunity 97
6.5.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví komunity 98

7 Dysfunkční typy zdraví a ošetřovatelská diagnostika 105
7.1 Rozlišení funkčního a dysfunkčního typu zdraví. 105
7.1.1 Zdravotní (ošetřovatelské) problémy. 105
7.1.2 Funkční typ zdraví 106
7.1.3 Dysfunkční typ zdraví 107
7.1.4 Vztah mezi dysfunkčním, stabilizovaným a zhoršujícím se typem zdraví. 108
7.1.5 Potenciálně dysfunkční typy zdraví 110
7.2 NANDA ošetřovatelské diagnózy dysfunkčních typů zdraví. 112
7.2.1 První použití pojmu a nejstarší definice ošetřovatelské diagnózy 112
7.2.2 Vznik nové terminologie – pojmenování ošetřovatelských problémů 113
7.2.3 Ošetřovatelské diagnózy NANDA International . . .113
7.2.4 Kategorie – stav ošetřovatelských diagnóz. 114
7.2.5 Určující znaky, rizikové a související faktory 115
7.2.6 Posuzování stavu zdraví u akutních/život ohrožujících stavů 116
7.2.7 Fáze ošetřovatelské diagnostiky 117

8 Kritické myšlení sester – klíčová kompetence v ošetřovatelství 119
8.1 Charakteristika kritického myšlení 119
8.1.1 Pojem kritické myšlení 120
8.1.2 Hlavní charakteristiky kritického myšlení 121
8.1.3 Kritické a kreativní myšlení 122
8.1.4 Souvislosti mezi kritickým myšlením a efektivitou ošetřovatelského procesu 125
8.1.5 Ošetřovatelská diagnostika – příklad kritického myšlení 125
8.2 Rozvoj kritického myšlení ve výuce studentů ošetřovatelství 126
8.2.1 Odlišnost diagnostického procesu v ošetřovatelství 126
8.2.2 Ošetřovatelská diagnostika jako nedílná součást výuky ošetřovatelského procesu 128
8.2.3 Význam zkušeností s výukou kritického myšlení 128
8.3 Posuzování dosažené úrovně kritického myšlení v ošetřovatelském procesu 129
8.3.1 Rámcový plán pro posuzování kritického myšlení 129
8.3.2 Příklad kritérií rozšířeného integrovaného plánu pro posuzování kritického myšlení 129
8.3.3 Příprava úkolů a otázek do esejí posuzujících kritické myšlení 132
8.4 Kazuistika – nástroj hodnocení rozvoje kritického myšlení 133
8.4.1 Předpoklady na straně studenta a klienta/pacienta 134
8.4.2 Studijní pomůcky a materiály 134
8.4.3 Posuzování učebních výstupů vyučujícím 135

Literatura 138

Seznam zkratek 143

Přílohy 144
Příloha 1
Položky 11 oblastí modelu M. Gordonové funkční typy zdraví k posouzení stavu zdraví klienta/pacienta 144

Příloha 2
Elektronická šablona – rámec a obsah kazuistiky pro dospělé, děti, rodinu a komunitu 147
Příloha 3 152
Kazuistika 1 152
Kazuistika 2 157
Kazuistika 3 165
Kazuistika 4 170
Příloha 4
Ošetřovatelské diagnózy 2012–2014 řazené podle domén a tříd taxonomie II 176
Příloha 5
Obrazová příloha 187

Rejstřík 189

Souhrn/Summary 192

MOTTO

Deset důvodů ke zkvalitnění myšlení

1. *Vaše schopnost zaměřit své myšlení na dosažení stanovených cílů v životě může znamenat rozdíl mezi tím, jestli budete úspěšní, nebo neuspějete v rychle se měnícím světě.*
2. *To se může změnit a být realizováno – a to nemusí být tak těžké.*
3. *Změny v poskytování ošetřovatelské péče a obsahu vzdělávání sester jsou k ničemu, pokud studenti a sestry neovládají myšlení potřebné k řešení problémů v dnešním světě.*
4. *Dnešní pokrok často vytváří nové problémy, které nelze vyřešit tradičními způsoby myšlení.*
5. *Spotřebitelé (klienti, pacienti, rodiny) a plátci požadují důkazy o prospěšnosti, efektivitě a výsledcích.*
6. *Rychlé změny a informační exploze vyžadují, abychom rozvíjeli své studijní a pracovní dovednosti.*
7. *Sestry musí být schopny přecházet z jednoho prostředí do druhého.*
8. *Větší zapojení spotřebitelů (klientů, pacientů a rodin) do péče o své zdraví.*
9. *Pacienti jsou více nemocní, s mnohočetnými zdravotními problémy.*
10. *Věci nejsou to, co bývaly, nebo to, co bude.*

Alfaro-Le Fevre, 2009

Bez porozumění myšlenkovému algoritmu ošetřovatelského procesu sestry nejsou schopny poskytovat bezpečnou a efektivní individuální péči. Ohrožují pacienty a sebe vystavují právním sporům.

Alfaro-Le Fevre, 2006

Úvod

Zvyšování kvality zdravotnické péče z pohledu uspokojování potřeb uživatelů (klientů, pacientů, rodin a komunit) vyžaduje změnu myšlení zdravotnických profesionálů. Při zvyšování efektivity v systému zdravotní péče a změnách v jejím financování se uplatňuje regulační proces. Jeho konečným cílem je zavedení řádu, kvality a kontroly. Kontinuální změny mění tradiční organizaci práce, vyžadují užší týmovou spolupráci, nově vymezují kompetence k efektivnímu plnění rolí jednotlivých zdravotnických profesí.

Mezi nástroje regulace patří zejména zákony, vyhlášky, normy a standardy. K regulačním nástrojům v oblasti přímé ošetřovatelské péče patří *ošetřovatelský proces* – standardní metoda ošetřovatelské praxe. Byla poprvé zveřejněna v roce 1973 Americkou asociací sester (ANA) a v roce 1988 přijata jako rozšířený standard. Z teoretického hlediska jde o myšlenkový algoritmus (analyticko-syntetickou metodu) řešení problému s předem stanoveným cílem. Z praktického hlediska jde o systematicky plánovanou péči o individuální potřeby klientů, pacientů, rodin a komunit s cílem snížení rizik pro jejich zdraví, zlepšení zdravotního stavu a tím i kvality života.

Proces osvojování tohoto myšlenkového algoritmu představuje kontinuální rozvoj kritického myšlení, jehož dosažená úroveň zpravidla souvisí s délkou klinické praxe – „od začátečníka k expertovi". „*Kriticky myslící sestra zaujímá analytický přístup, projevuje pochopení souvislostí, vyhodnocuje domněnky a hypotézy, získává informace ze spolehlivých zdrojů, zvažuje varianty řešení a provádí stálé vyhodnocování dosažených výsledků svých aktivit*" (McDonald, 2007, s. 51).

Proces rozvoje kritického myšlení v oblasti metodologie ošetřovatelské praxe není tedy jednorázovou záležitostí osvojení si formálního rámce teoretických poznatků. Ty jsou pouze základním východiskem. Dovednost aplikace teoretických poznatků je nutné rozvíjet nejen od počátku kvalifikačního studia v praktických cvičeních a samostatnou tvůrčí činností studentů ošetřovatelství, ale i v průběhu celoživotního vzdělávání sester z praxe. Efektivní výuka ošetřovatelského procesu vyžaduje ze strany vyučujících tvůrčí inovativní přístup a stanovení učebních výstupů pro jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu. Identifikace charakteristik kritického myšlení a chování učících se osob

umožňuje stanovit výukové strategie, styl vlastního učení a výběr hodnoticích kritérií dosažené úrovně učebních výstupů.

Téměř dvacetileté zkušenosti s výukou ošetřovatelského procesu mě vedly k napsání takto zaměřené publikace. Měla by rozšířit integrované poznatky a podpořit rozvoj kritického myšlení při realizaci první a druhé fáze ošetřovatelského procesu. V souladu se současným kontinuálním rozvojem elektronického vedení zdravotnické dokumentace i v ošetřovatelské praxi je pro posuzování stavu zdraví osob, rodin a komunit zvolen koncepční model „průkopnice" elektronické zdravotnické dokumentace Marjory Gordonové s položkami struktury „funkčních typů zdraví". V širších souvislostech je objasněn význam systematického posuzování stavu zdraví klienta, pacienta, rodiny i komunity a navazující fáze ošetřovatelské diagnostiky. Rozvoj poznatků v této oblasti významně podporuje i český překlad ošetřovatelských diagnóz NANDA International s definicemi a klasifikací 2012–2014.

Cílem obsahového zaměření této publikace je i motivovat čtenáře k uvědomění si dosažené úrovně vlastního myšlenkového algoritmu při realizaci prvních dvou fází ošetřovatelského procesu. Může to posílit sebedůvěru i usnadnit realizaci poskytování individuální ošetřovatelské péče. Inovační přístupy v kvalifikačním i celoživotním vzdělávání sester přinášejí nové výzvy všem zúčastněným, kteří zkvalitněním svého myšlení mohou úspěšně realizovat potřebné změny v ošetřovatelské praxi.

Dagmar Mastiliaková

1 Vývojové trendy a modernizace ošetřovatelské praxe

Společenské změny jsou typické tím, že jde o trvalý a nikdy nekončící proces. Vývoj a s ním spojené změny se neustále opakují, mívají komplexní charakter a také se částečně překrývají. Porozumění novodobým trendům v moderním ošetřovatelství umožňuje sestrám v praxi i studentům ošetřovatelství se s nimi pozitivně vyrovnat v zájmu rozvoje tohoto oboru a uplatnění absolventů na trhu práce, nejen v naší zemi, ale i v rámci Evropy. Mezi hlavní vývojové trendy patří zejména expanzivní rozvoj informací a komunikačních technologií, výuka orientovaná na kompetence, hodnocení dovedností/způsobilosti, interdisciplinární přístup, spotřebitelsky orientovaná společnost, rostoucí osobní a profesní odpovědnost, flexibilita a mobilita (Wilkinson, Treas, 2011).

1.1 Expanzivní rozvoj informací, poznatků a komunikačních technologií

S neustávajícím rozvojem počítačových technologií roste i objem dostupných poznatků. Sestry, stejně jako každý člověk, častěji komunikují na dálku, získávají nové kontakty, posílají e-maily a vyhledávají nebo publikují výzkumné dokumenty, videosekvence apod.

Schopnost snadného přístupu k informacím a jejich rozšiřování přináší značný užitek v mnoha sférách, přináší však také závažné otázky a problémy. Učebnice a odborné články v tištěné podobě rychle zastarávají, proto se důležitým učebním materiálem sester staly internetové zdroje.

Internetové stránky jsou zpravidla více interaktivní než klasický text, nabízejí navíc odkazy na množství dalších zdrojů. I když se často aktualizují, také mohou zastarávat, proto studenti snadno ztratí ve spoustě odkazů přehled. Hledání informací na internetu tak nakonec může být dokonce pomalejší než hledání v knihách. Otázkou je také spolehlivost a přesnost informací.

Konflikt informačních technologií spočívá v tom, že nabízejí téměř neomezený objem informací, ale nikoliv neomezený objem času k jejich

prohledávání. Navigace světovou sítí a osvojování si komplexních dovedností k efektivnímu využívání informačních technologií mohou být časově náročné.

Internetem zprostředkované učení vyžaduje sebekázeň, soustředění, jasná vodítka a vytyčené cíle v rámci učebních úkolů. Učení v prostředí internetu rozvíjí analytické myšlení, schopnost rozhodování a reflexi, což jsou důležité kompetence pro ošetřovatelskou praxi. S učením na síti souvisí management času, integrace všech získaných poznatků, sledování nových technologií a schopnost v reálném čase reagovat na rozrůstající se síť vzájemných propojení.

Problémy s internetem a rozvojem informačních technologií se týkají jak studentů, tak vyučujících. Obě skupiny musí činit racionální rozhodnutí o tom, co se naučit a jak volit mezi didaktickými příležitostmi internetu. Učitelé potřebují aktualizovat své znalosti v této oblasti, aby pomohli studentům udržovat krok s moderními informačními zdroji. Technologická exploze v neposlední řadě ovlivňuje i tvorbu kurikula, jeho revizi a modifikaci (Roux, Halstead, 2008).

1.2 Výuka orientovaná na učební výstupy a kompetence

Trendy moderního světa obchodu a podnikání se přenášejí i do vyššího a vysokého školství, včetně ošetřovatelských oborů. V současnosti je tak kladen důraz na formulování kompetenčních kritérií, k nimž patří i střednědobé cíle orientované na životní praxi.

Zaměřenost na cíle odpovídá zaměřenosti na výstupy. V podnikání se (finanční) úspěch odvíjí od *efektivního vynaložení zdrojů a času podle aktuálních potřeb*. Totéž platí pro ošetřovatelskou praxi a ošetřovatelské vzdělávání. Zcela zásadní je to, aby studenti a studentky (budoucí sestry) získali způsobilost složenou z dovedností potřebných v reálné ošetřovatelské praxi. *Výsledky vyvinutých snah a vynaloženého času by přitom měly být měřitelné*.

Kompetence je v prostředí realisticky orientovaných a na praxi zaměřených cílů konečným výsledkem, jehož má být dosaženo.

Takto stavěný systém praktických cílů je ovšem v mnohém odlišný od tradičních způsobů myšlení, vyučování a hodnocení, na jaké byli studenti a učitelé zvyklí. Nejde jen o změnu terminologie, ale o rozsáhlé přehodnocení obsahu sylabů a specifikaci *učebních výstupů* a *kompetencí*, které sestry v komplexním zdravotnickém prostředí současnosti

potřebují. Vyučující usiluje o navržení takových cest, které studentům pomohou dosáhnout uvedených cílů (Ulfvarson, Oxelmark, 2012).

Na straně studentů dochází k posunu od memorování poznámek z hodin a učebních textů k integrovanému poznání, rozhodování a způsobilosti i sebedůvěře při vykonávání činností naformulovaných v kompetenčních kritériích/cílech (učebních výstupů) studijního programu.

Kompetenční kritéria/cíle (učební výstupy) zahrnují nejen určený cíl, kterého studenti mají dosáhnout, ale i strategie a vodítka pro jeho dosažení. Proces sám o sobě je důležitý, ale cíl – učební výstup a finální kompetence – je základem budoucí praxe. *Uvedené změny ve vzdělávání přinášejí nové výzvy pro všechny zúčastněné a potřebu jejich řešení.*

Redefinování praktických cílů (učebních výstupů) je složitý proces a prozatím žádná z metod užívaných různými organizacemi a edukačními pracovníky nezískala jednoznačnou převahu (Cherry, Jacobs, 2002).

1.3 Hodnocení založené na způsobilosti/kompetencích

Dalším trendem spojeným s tvorbou kompetenčních kritérií/cílů (učebních výstupů) je změna *metod hodnocení*. V době finančních úspor je potřeba najít nejefektivnější a nejúčinnější způsoby, jak vychovat absolventy vybavené všemi potřebnými kompetencemi. Tato snaha souvisí s měnící se rolí učitelů a studentů, s přesunem odpovědnosti, se změnou vidění studentů ve společnosti (*pasivní role příjemců informací přechází do aktivní role účastníka dění ve zdravotnictví*).

Dovednosti potřebné pro praxi se studenti lépe než klasickými přednáškami a testy naučí pomocí problémově orientovaného učení (*Problem Based Learning*, PBL), případových studií a projektů podporujících např. rozvoj komunitní péče.

Výhody pro studenty jsou zřejmé – *problémová výuka podporuje jejich celoživotní vzdělávání a rozvoj osobních a profesních kompetencí.*

K prostředí, kde se moderní student ošetřovatelství připravuje na budoucí profesi, patří nejen tradiční nemocniční pracoviště a zařízení pro dlouhodobou péči, ale též hospice, školy, nápravná zařízení, církevní organizace, zařízení pro péči o bezdomovce apod.

Hodnocení a celý evaluační přístup se nyní více zaměřuje na zdokumentování skutečné profesní způsobilosti v co nejrealističtějších situacích a podmínkách (Billings, Halstead, 2005).

V hodnocení a dokumentování profesní způsobilosti je proto nutné postupovat metodicky nejlépe podle s*tanovených standardů*, aby přezkoušení způsobilosti, které se zaměřuje na behaviorální komponenty kvalifikačního studia, probíhalo podle daných pravidel s*trukturovaného portfolia* – souboru dokumentů s výsledky studia a práce studenta.

Metody hodnocení učebních výstupů

- *Formativní hodnocení* – poskytuje studentům a učitelům zpětnou vazbu k modifikaci učebních a výukových aktivit. Dává informaci o dosaženém pokroku, je integrováno do procesu učení a výuky, dá se využít jako součást průběžného hodnocení.
- *Sumativní hodnocení – hodnocení úspěchu učení.* Shrnuje učební výstupy studenta na konci modulu nebo programu. Jeho součástí je udělení známky nebo obdobného hodnocení. Využívá např. klasického zkoušení a testů. Nemůže však hodnotit všechny učební výstupy, hodnotí jen jejich vzorek.
- *Průběžné hodnocení* – je kombinací formativního a sumativního hodnocení. Obvykle zahrnuje opakované sumativní hodnocení. Známky z hodnocení se evidují. Studentům i vyučujícím poskytuje malou zpětnou vazbu.

Nastíněné trendy v oblasti hodnocení dosažené úrovně profesní způsobilosti představují další výzvu pro studenty a vyučující. Obě zúčastněné strany musí změnit svůj způsob uvažování. Někteří studenti si myslí, že je třeba „jen přijít na to, co učitel chce" a „naučit se na test", a pak je jednoduché u něj uspět. Zdráhají se zapojit do skupinových procesů, do aktivit na půdě školy i mimo ni v rámci projektů, do samostatného rozhodování apod. Je snazší napsat test, než předvést skutečnou schopnost péče při demonstračních zkouškách, kde se vyžaduje 100% přesnost ve všech základních krocích.

Budoucí zaměstnavatel očekává precizní výkon. Ten očekávají i klienti/pacienti a regulační rámec profese jej pevně vymezuje. Pouhé memorování nestačí, schopnost vyhodnotit a řešit problémy za spoluúčasti účinných komunikačních prostředků ve všech typech prostředí je tou nejpožadovanější dovedností. Studentům musí být jasné, čeho musí dosáhnout k úspěšnému naplnění hodnoticích kritérií konkrétního úkolu. Úkol i příslušná kritéria hodnocení musí odpovídat úrovni, na které student studuje (Gibbs, 2011).

1.4 Společenská demografická a kulturní rozmanitost, ekonomické a politické změny

Populace měst i venkova se neustále mění. Mnoho článků a internetových stránek přináší informace o stárnutí populace, tj. že rychle narůstá procentní zastoupení osob nad 65, případně až 85 let.

Jiné prameny hovoří o množství menšinových etnických skupin a osob chudých, nepojištěných či postrádajících trvalý domov. Mění se také životní styl, zvyky a společenské uspořádání. Mění se pojetí rodiny a počet svobodných matek.

Prosazují se ekonomické a politické změny, včetně těch, které ovlivňují zdravotní péči. Všechny tyto změny vnášejí řadu otázek do vzdělávání sester. Další důležitou problematikou je rostoucí násilí ve společnosti i na pracovištích, které ovlivňuje poskytovatele péče.

Studenti musí uvažovat v širších souvislostech o rozmanitosti pacientů a jejich reakcí na nemoc, terapii a zdravotníky, které závisejí na věku, kultuře, vyznání a životní zkušenosti získané v rodinném a společenském prostředí. Každá zeměpisná oblast si nese své kulturní dědictví a způsoby léčby a péče, jež zahrnují i alternativní postupy, obřady, tradice, přírodní léčiva. V terapeutickém vztahu a úspěšnosti péče hraje významnou roli postoj sestry k těmto modalitám (Berman, Snyder, 2012).

Efektivní a promyšlené ošetřovatelské postupy jsou individualizovány podle charakteristik klienta a souvisejících okolností. Proto by se studenti měli co nejlépe orientovat v sociologii, kulturních naukách, psychologii, religionistice, ekonomii, historii, literatuře a dalších vědách. Sledování různých životních příběhů, zvyků lidí a jejich očekávání je navíc samo o sobě zajímavé a rozšiřuje hranice osobní tvořivosti a porozumění v soukromém i profesním životě.

1.5 Interdisciplinární přístup a orientace na komunitní péči

Zmíněné společensky podmíněné trendy napomáhají přesunu ohniska zájmu do oblasti komunitního zdraví s důrazem na interdisciplinární přístup (Zdraví 2020).

Rozsáhlé ekonomické tlaky na snížení výdajů ve zdravotnictví rovněž hrají svou roli. Nové technologické vymoženosti umožňují např.

mnohdy nahradit složité chirurgické zákroky prováděné při hospitalizaci ambulantním zákrokem (tzv. jednodenní chirurgie) nebo medikamentózní léčbou.

Různé iniciativy přispívají k přeorientování od „péče o nemocné" k posílení zdraví ve společnosti. Akcentováno je zároveň zdraví rodiny a populace jako celku (Zdraví 2020).

Komunitní péčí rozumíme péči o skupiny osob, které sdílejí společné charakteristiky a kolektivní vztahy, i když nutně nemusí žít na stejném místě (např. komunity věřících, etnická seskupení, komunity bezdomovců).

Tyto změny vyžadují radikální proměnu filozofie péče, vedoucí k atmosféře mezioborové spolupráce. Vzniká nová kultura péče, založená na sdílené odpovědnosti a podpoře zdraví jedinců, rodin, skupin a celé společnosti. Součástí systému péče se stávají příbuzní a sousedé pacientů, které je potřeba také vzdělávat (Billings, Halstead, 2005).

Hlavní filozofií ovlivňující v důsledku těchto trendů studenty a akademickou obec je posun od *péče o nemocné v lůžkových zařízeních k ošetřovatelství, zahrnujícího řízenou podporu zdraví jedinců v rodině a zdraví rodin ve společnosti.* Vnímání a integrace ošetřovatelských kompetencí se tak mění.

Nová realita nás staví před dilema, jak vychovat a připravit sestry schopné pečovat o rozmanitou klientelu rozptýlenou ve společnosti, ale také o kriticky nemocné pacienty při akutní hospitalizaci ve špičkových nemocnicích. Pro splnění tohoto cíle je nutná reorganizace kurikula a začlenění příslušných aspektů do celého trvání studijního programu, nejen do jediného předmětu „veřejné zdraví". Studenti potřebují bohatší klinickou zkušenost v komunitní péči za dohledu mentorů a zkušených sester.

Dominový efekt vede následně k dalším změnám. Studenti musí měnit své představy o prostředí, kde budou pracovat, o klientech/pacientech, o které budou pečovat. Musí též měnit své představy o potřebných dovednostech. Potřebují se naučit péči o zestárlé a kulturně rozmanité osoby v jejich domácím prostředí, včetně řízení dlouhodobé péče (Berman, Snyder, 2012).

1.6 Spotřebitelsky orientovaná společnost

Podle stupně závislosti osob či skupin na zdravotních nebo ošetřovatelských službách rozlišujeme příjemce péče jako: ***klienty*** (*autonomie a aktivita – péče je poskytována ve spolupráci po dohodě*), ***pacienty*** (*závislost*), ***zákazníky*** (*nezávislost*).

U konzumentů, tedy uživatelů/příjemců péče, roste povědomí o zdraví, nemoci, možnostech péče a důsledcích terapeutických omylů. V důsledku toho více hájí svá práva, zejména právo na bezpečnou a plně kompetentní odbornou péči.

Ekonomické řízení zdravotní péče a dostupnost odborných informací na internetu posilují aktivní účast konzumentů/příjemců péče (klientů/pacientů) na fungování zdravotnických systémů, včetně tvorby norem, standardů a přijímání různých opatření.

Konzumenti péče se účastní vícestranných jednání a zakládají skupiny hájící jejich zájmy. Tento trend si vynucuje změny a revize rovněž v ošetřovatelském vzdělávání. Sestry např. musí změnit svůj přístup směrem od „poskytnutí péče pacientovi" ke „spolupráci s klientem/pacientem" jakožto členem spolupracujícího týmu.

To klade větší požadavky na interpersonální komunikaci ve výuce sester a na rozšíření výukových cílů studia. Lépe informovaný a angažovaný klient je schopen účinnějších rozhodnutí, proto k nutným kompetencím sester patří i schopnost edukace (Roux, Halstead, 2008). Užitečným nástrojem při osvojování této kompetence jsou společensky prospěšné projekty zařazené do výuky. Studenti pracují s klienty (uživateli péče) při plánování edukačních projektů zaměřených na podporu zdraví a bezpečí v rámci osobní odpovědnosti za zdraví.

1.7 Etické a bioetické otázky

V prostředí, kde klienti/pacienti reagují na nemoc, léčbu a péči odlišným způsobem než personál, vznikají etické otázky. *To se týká např. tématu konce života.*

Pro studenty je důležité naučit se oddělit profesní kroky a postoje od osobních preferencí a přesvědčení, popř. přijmout existenci „šedé zóny" mezi zřetelně „bílými" a „černými" póly hodnocení.

K rozmanitým otázkám, které student bude v praxi řešit, patří např. (*ne*)*přípustnost potratu a transplantací, právo na důstojnou smrt, právo*