

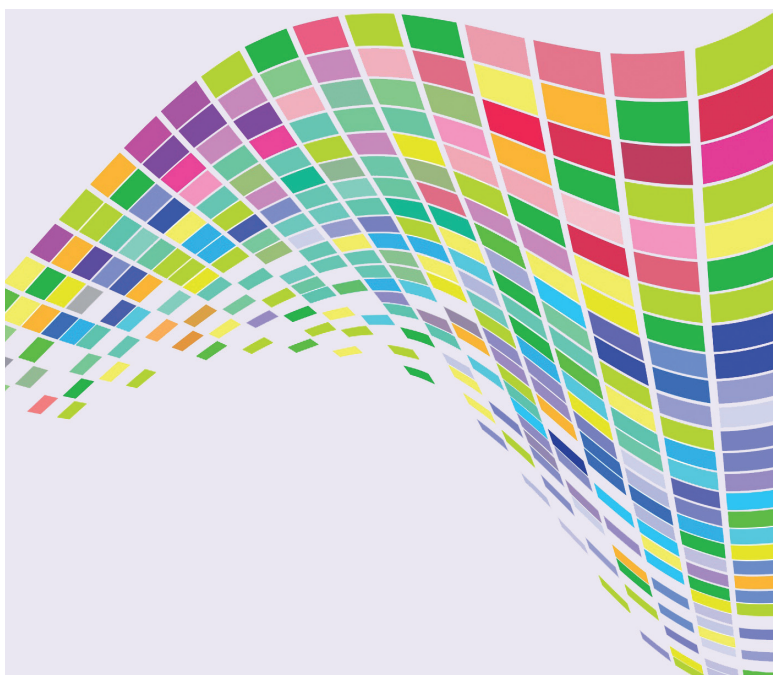
Dagmar Mastiliaková

---

# Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika

v moderní ošetrovatelské praxi

---





Dagmar Mastiliaková

---

# **Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika**

**v moderní ošetrovatelské praxi**

---

**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 ošetrovatelské 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

<b>Úvod</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>1 Vývojové trendy a modernizace ošetrovatelské praxe</b> . . . . .	<b>13</b>
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
<b>2 Základní úkol ošetrovatelství – uspokojování lidských potřeb</b> . . . . .	<b>23</b>
2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa . . . . .	23
2.2 Základní pocity neuspokojených potřeb . . . . .	25
2.3 Ošetrovatelské problémy – celostní reakce klienta/pacienta . . . . .	26
2.4 Rozlišení pojmů potřeba, problém, ošetrovatelská diagnóza . . . . .	28
2.4.1 Pojem potřeba v ošetrovatelství. . . . .	28
2.4.2 Pojem ošetrovatelský problém . . . . .	29
2.4.3 Pojem ošetrovatelská diagnóza . . . . .	29
2.4.4 Diagnostické uvažování spojené s ošetrovatelským posuzováním . . . . .	30
<b>3 Ošetrovatelský proces – standard ošetrovatelské praxe</b> . . . . .	<b>32</b>
3.1 Vznik a vývoj teorie ošetrovatelského procesu . . . . .	35
3.1.1 Systémovost a funkční gramotnost. . . . .	35
3.1.2 Systémovost v ošetrovatelství . . . . .	36
3.1.3 První použití pojmu ošetrovatelský proces . . . . .	36
3.1.4 Teorie ošetrovatelského procesu . . . . .	37

3.2	Teorie a praxe ošetrovatelského procesu . . . . .	37
3.2.1	Základní znalosti a dovednosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu . . . . .	39
3.2.2	Předpoklady pro realizaci ošetrovatelského procesu v praxi . . . . .	41
3.2.3	Výhody ošetrovatelského procesu . . . . .	41
3.2.4	Fáze ošetrovatelského procesu . . . . .	42
<b>4</b>	<b>Ošetrovatelské posuzování stavu zdraví – assessment. . . . .</b>	<b>45</b>
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
<b>5</b>	<b>Model Marjory Gordonové a jeho význam pro moderní ošetrovatelskou praxi . . . . .</b>	<b>57</b>
5.1	Vznik standardního modelu v ošetrovatelství. . . . .	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
<b>6</b>	<b>Funkční typy zdraví – aplikace do výuky a ošetrovatelské praxe. . . . .</b>	<b>63</b>
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	Odlíšnost používání termínu „funkční typ“ v ošetrovatelství 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 ošetrovatelské praxi. . . . .	70

6.1.9	Typy posuzování stavu zdraví ve vztahu k přesnosti ošetrovatelské 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 ošetrovatelskou 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
<b>7</b>	<b>Dysfunkční typy zdraví a ošetrovatelská diagnostika . . . . .</b>	<b>105</b>
7.1	Rozlišení funkčního a dysfunkčního typu zdraví. . . . .	105
7.1.1	Zdravotní (ošetrovatelské) 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 ošetrovatelské diagnózy dysfunkčních typů zdraví. . . . .	112
7.2.1	První použití pojmu a nejstarší definice ošetrovatelské diagnózy . . . . .	112
7.2.2	Vznik nové terminologie – pojmenování ošetrovatelských problémů . . . . .	113
7.2.3	Ošetrovatelské diagnózy NANDA International . . . . .	113
7.2.4	Kategorie – stav ošetrovatelských 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 ošetrovatelské diagnostiky . . . . .	117

<b>8</b>	<b>Kritické myšlení sester – klíčová kompetence v ošetrovatelství . . . . .</b>	<b>119</b>
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 ošetrovatelského procesu. . . . .	125
8.1.5	Ošetrovatelská diagnostika – příklad kritického myšlení . . . . .	125
8.2	Rozvoj kritického myšlení ve výuce studentů ošetrovatelství. . . . .	126
8.2.1	Odlíšnost diagnostického procesu v ošetrovatelství. . . . .	126
8.2.2	Ošetrovatelská diagnostika jako nedílná součást výuky ošetrovatelského procesu. . . . .	128
8.2.3	Význam zkušeností s výukou kritického myšlení . . . . .	128
8.3	Posuzování dosažené úrovně kritického myšlení v ošetrovatelském 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
	<b>Literatura . . . . .</b>	<b>138</b>
	<b>Seznam zkratk. . . . .</b>	<b>143</b>
	<b>Přílohy . . . . .</b>	<b>144</b>
	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	
Ošetrovatelské diagnózy 2012–2014 řazené podle domén a tříd taxonomie II . . . . .	176
Příloha 5	
Obrazová příloha . . . . .	187
<b>Rejstřík . . . . .</b>	<b>189</b>
<b>Souhrn/Summary. . . . .</b>	<b>192</b>

## 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 ošetrovatelské 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 plátcí 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 ošetrovatelského 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 ošetrovatelské péče patří *ošetrovatelský proces* – standardní metoda ošetrovatelské 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 ošetrovatelské 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 ošetrovatelství, ale i v průběhu celoživotního vzdělávání sester z praxe. Efektivní výuka ošetrovatelského procesu vyžaduje ze strany vyučujících tvůrčí inovativní přístup a stanovení učebních výstupů pro jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Identifikace charakteristik kritického myšlení a chování učících se osob

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

Téměř dvacetileté zkušenosti s výukou ošetrovatelského procesu mě vedly k napsání takto zaměřené publikace. Měla by rozšířit integrované poznatky a podpořit rozvoj kritického myšlení při realizaci první a druhé fáze ošetrovatelského procesu. V souladu se současným kontinuálním rozvojem elektronického vedení zdravotnické dokumentace i v ošetrovatelské 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 ošetrovatelské diagnostiky. Rozvoj poznatků v této oblasti významně podporuje i český překlad ošetrovatelských 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 ošetrovatelského procesu. Může to posílit sebedůvěru i usnadnit realizaci poskytování individuální ošetrovatelské péče. Inovační přístupy v kvalifikačním i celoživotním vzdělávání sester přinášejí nové výzvy všem zúčastněným, kteří zkvalitněním svého myšlení mohou úspěšně realizovat potřebné změny v ošetrovatelské praxi.

Dagmar Mastiliaková

# 1 Vývojové trendy a modernizace ošetrovatelské 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 ošetrovatelství umožňuje sestřám v praxi i studentům ošetrovatelství 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/způsobnosti, 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 dokonce 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 ošetrovatelskou 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 ošetrovatelských 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 ošetrovatelskou praxi a ošetrovatelské vzdělávání. Zcela zásadní je to, aby studenti a studentky (budoucí sestry) získali způsobilost složenou z dovedností potřebných v reálné ošetrovatelské 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 ošetrovatelství 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 *stanovených standardů*, aby přezkoušení způsobilosti, které se zaměřuje na behaviorální komponenty kvalifikačního studia, probíhalo podle daných pravidel *strukturovaného 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. Znamky 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 ošetrovatelské 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 péči 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 ošetrovatelství, zahrnujícího řízenou podporu zdraví jedinců v rodině a zdraví rodin ve společnosti*. Vnímání a integrace ošetrovatelských 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 ošetrovatelských 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 ošetrovatelském 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*

na *alternativní léčbu* a další. Na straně vyučujících to vyžaduje pečlivé zvážení, jaká témata zařadit do studijního programu a klinické praxe a jak studentům pomoci uctivě přistupovat k individuálně odlišnému chování klientů v ošetrovatelské praxi (Berman, Snyder, 2012).

Součástí kurikula je začlenění etických pojmů, vhodných kazuistik, tematických diskuzí a řízení učebních zkušeností při zkoumání interakcí s klienty/pacienty, jejichž chování se liší od očekávání zdravotníka.

## 1.8 Nedostatek sester, pedagogů a pomocného personálu

Opakujícím se trendem některých let je nedostatek kvalifikovaných sester, mentorů/školitelů, učitelů, popř. studentů usilujících v některých zemích o studium ošetrovatelství. Příčin tohoto jevu je mnoho. Informační zdroje navíc zveřejňují zprávy o rostoucím počtu omylů a pochybení ze strany personálu ve zdravotnické praxi.

Nedostatek sester se promítá do koncepce kurikula i výuky. Učitelé se potýkají s problémy při zajišťování mentorů/školitelů a supervizorů. Jedním z největších problémů v praxi je nedostatek času mentorů/školitelů, který mohou věnovat studentům. Pokud sestry při zaměstnání studují, raději pracují na částečný úvazek (Roux, Halstead, 2008).

Takové podmínky mohou u studentů v konečném důsledku vést k frustraci a zklamání, jakož i k narušení kvality získaných kompetencí nutných pro budoucí klinickou činnost.

Své specifické potíže mají i formy celoživotního vzdělávání sester.

## 1.9 Rostoucí osobní a profesní odpovědnost

V kontextu všech trendů vyvstává dále otázka vzrůstající profesní a osobní odpovědnosti sester. Studenti jsou spolu s učiteli již při studiu konfrontováni se životní odpovědností a stresujícími požadavky, které souvisejí s omezeným časem a objemem zdrojů.

Studenti musí současně zvládat příliv informací, změny ve zdravotnictví, přesně formulované učební výstupy, interaktivní a extramurální výuku, požadavky na zvládnutí kompetencí, nedostatek času mentorů/školitelů, jakož i řadu kulturních, etických a právních otázek v měnících se společenských podmínkách. Řada studujících nese přitom odpovědnost za péči o stárnoucí rodiče nebo své malé děti.

Ošetrovatelská profese žádá od svých členů, aby sledovali moderní vývoj a plánovali svůj odborný růst. Zavedena je povinnost celoživotního vzdělávání. Sestry v komplexním prostředí klinické praxe musí usilovat o certifikované specializace a splňovat registrační požadavky.

Hladina stresu a množství osobních i profesních závazků mají dopad na zdraví a kondici sester i jejich rodin. Z toho je patrné, jak je důležité, aby všichni účastníci učebního procesu projevovali vzájemné porozumění, respekt a ochotu pomoci. Vyučující, studenti, mentoři/školicelé, zaměstnavatelé, organizátoři, rodiny i přátelé se musí učit novému významu pečujícího zájmu o druhé (Cherry, Jacob, 2002).

### 1.10 Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky a jeho význam

V uplynulých desetiletích se v oblasti ošetrovatelství zdůrazňuje nutnost efektivních a flexibilních studijních programů. V Evropě se prosadila moderní koncepce otevřeného kurikula. Boloňský proces, který byl zahájen v roce 1999, měl stanovený cíl – vytvořit evropský prostor vysokoškolského vzdělávání do roku 2010 – ten byl již oficiálně uveden do života. V roce 2010 byl zveřejněn Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky (Q-RAM), který je kompatibilní s Rámcem kvalifikací pro evropský prostor vysokoškolského vzdělávání (QF-EHEA).

Programy mobility jsou v rámci evropských zemí budovány na garanci kvality prostřednictvím počtu kreditů ECTS (Evropský systém převodu a shromažďování kreditů). Podoba národního kvalifikačního rámce představuje významný faktor ovlivňující podobu, cíle a měřítka pro hodnocení výsledků terciárního vzdělávání v příslušném státě. Český kvalifikační rámec navazuje na Rámec kvalifikací pro evropský prostor vysokoškolského vzdělávání a Evropský rámec kvalifikací pro celoživotní učení (EQF-LLL). Je metodickým nástrojem pro vývoj a zajišťování kvality kvalifikací v terciárním vzdělávání na nepřekrývající se úrovni bakalářské, magisterské a doktorské, prostřednictvím vymezení úrovně prokazovaných znalostí, dovedností a způsobilostí/kompetencí absolventů. Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky inkorporuje kreditní systém ECTS, jehož pravidla jsou obsažena v příručce z roku 2009 pro všechny cykly vzdělávání (ECTS

User's Guide). Český kvalifikační rámec přijal pro své deskriptory rozčlenění na odborné znalosti, odborné dovednosti (s další specifikací v deskriptorech jednotlivých oblastí vzdělávání) a obecné způsobilosti, které představují vyjádření očekávané míry samostatnosti a odpovědnosti absolventů na dané kvalifikační úrovni, což je společné pro všechny oblasti vzdělávání (Nantl, Černíkovský, 2010).