



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ

Distanční studijní opora

Dagmar Mastiliaková

Opava 2012

Projekt č. CZ.1.07/2.2.00/15.0178
Inovace studijního programu ošetřovatelství na Slezské univerzitě v Opavě

- Obor:** Ošetrovatelství
- Klíčová slova:** Změny v ošetrovatelství; zdraví populace; strategie WHO v péči o zdraví populace; socioekologický model zdraví; primární péče; 21 cílů „Zdraví pro všechny v 21. století“, standardy vzdělávání všeobecných sester; učební výstupy; studijní zátěž; kredity ECTS; kompetence sester v praxi; růst profesionality; rozšířené role a kompetence sester; standardy profesionální výkonnosti; úkoly sester; regulační systém ošetrovatelské praxe;
- anotace:** Distanční studijní opora „Úvod do ošetrovatelství“ je určena pro studenty bakalářského studijního programu Ošetrovatelství: Obsahuje celkem 4 kapitoly. Učební text je zaměřen na souvislosti společenských změn a vývoje v ošetrovatelství v posledních desetiletích, které ovlivnila strategie WHO v péči o zdraví populace. Přehled hlavních trendů ovlivňujících profesní vzdělávání v ošetrovatelství pomáhá pochopit komplexnost této problematiky a přizpůsobovat se těmto změnám v profesní přípravě sester a porodních asistentek. Zaměření ošetrovatelské péče na zdraví populace rozšiřuje role a kompetence sester v ošetrovatelské praxi v evropských zemích.

© Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Autor: **Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.**

OBSAH

1 SPOLEČENSKÉ ZMĚNY A OŠETŘOVATELSTVÍ.....	9
1.1 Hlavní trendy ovlivňující vzdělávání v ošetrovatelství.....	9
1.1.1 Expanzivní rozvoj informací, poznatků a komunikačních technologií.....	14
1.1.2 Výuka orientována na učební výstupy a kompetence.....	15
1.1.3 Hodnocení založené na způsobilosti.....	18
1.1.4 Společenská, demografická a kulturní rozmanitost, ekonomické a politické změny.....	20
1.1.5 Interdisciplinární přístup a orientace na komunitní péči.....	21
1.1.6 Spotřebitelsky orientovaná společnost.....	22
1.1.7 Etické a bioetické otázky.....	23
1.1.8 Nedostatek sester, pedagogů a pomocného personálu.....	24
1.1.9 Rostoucí osobní a profesní odpovědnost.....	24
1.1.10 Pestrůst, flexibilita, mobilita a distanční formy vzdělávacích programů.....	25
1.1.11 Profesionální vzdělávání pro budoucnost.....	27
2 ZDRAVÍ POPULACE A OŠETŘOVATELSTVÍ.....	32
2.1 Koncept (pojem) zdraví – vymezení, charakteristiky	33
2.1.1 Vztah zdraví člověka a společnosti.....	34
2.1.2 Modely zdraví.....	35
2.1.3 Typy zdraví.....	36
2.1.4 Pojmy používané při posuzování stavu zdraví a choroby.....	36
2.1.5 Kontinuum zdraví a choroby.....	38
2.1.6 Zdraví a typy prevence.....	38
2.1.7 Vztah podpory zdraví a prevence.....	39
2.1.8 Koncepte ošetrovatelství (WHO, 1988) – zaměřená na péči o zdraví.....	39
2.1.9 „Funkční typy zdraví“ – model pro posouzení stavu zdraví.....	41
2.2 Strategie WHO v péči o zdraví populace – východiska.....	41
2.2.1 Determinanty zdraví populace a problémy s jejich ovlivňováním	43
2.2.2 Nastolení rovnováhy ve vztahu léčba – péče.....	44
2.2.3 Socio-ekologický model zdraví.....	47
2.2.4 Úloha Světové zdravotnické organizace (WHO).....	51
2.2.5 Vznik programu „Zdraví pro všechny“ a mezinárodní aktivity WHO.....	53
2.2.6 Základní (primární) zdravotní péče a prevence	60
Hlavní charakteristiky primární péče.....	61
2.2.7 Program „Zdraví pro všechny v 21. století“ – Evropská strategie WHO	65
2.3 Funkce sester a porodních asistentek ve společnosti.....	68
2.3.1 Cíle koncepce ošetrovatelství v Evropě.....	73
2.3.2 Společenské souvislosti ošetrovatelské praxe.....	74
2.3.3 Evropská koncepce ošetrovatelství – implementace v České republice.....	79
3 PROFESNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK V EVROPĚ	86
3.1 Standardy výchovy a vzdělávání – všeobecná sestra.....	88
3.2 Principy strategie WHO pro vzdělávání sester a porodních asistentek v Evropě.....	92
3.3 Koncepce nového kurikula (obsahu) vzdělávání.....	95
3.3.1 Hlavní témata nového kurikula.....	98
3.3.2 Výchovně vzdělávací cíle (učební výstupy) – obecně.....	103
3.3.3 Taxonomie výchovně vzdělávacích cílů podle B. S. Blooma.....	105

3.3.4 Evropský systém převodu a sběru kreditů – ECTS.....	107
3.3.5 Studijní zátěž studenta a její odhad.....	107
3.3.6 Implementace Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání v České republice (Q-RAM) 2011.....	109
3.3.7 Vztah mezi pojmy učební výstupy a kompetence	109
3.3.8 Konstruktivní propojení učebních výstupů s výukou, učením a hodnocením v modulu.....	110
3.3.9 Hodnocení učebních výstupů.....	111
4 KOMPETENCE SESTER V PRAXI – RŮST PROFESIONALITY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	115
4.1 Pojem kompetence – charakteristiky.....	116
4.1.1 Kompetence sester odpovídajících za všeobecnou ošetrovatelskou péči.....	118
4.2 Profesionální ošetrovatelství – hlavní historická období.....	123
4.2.1 Novodobý růst profesionality v ošetrovatelství ve 20 století.....	126
4.2.2 Představy o profesionálním ošetrovatelství – současnost a budoucnost.....	128
4.2.3 Vztah profilu profesního vzdělávání všeobecných sester a konkrétního funkčního profilu v ošetrovatelské praxi.....	131
4.3 Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu.....	132
4.3.1 Rozšířené role sester.....	135
4.3.2 Rozšířené kompetence sester.....	137
4.3.3 Ošetrovatelská diagnostika – nová kompetence sester.....	138
4.3.4 Profesionální přístup.....	141
4.3.5 Kompetence a odpovědnosti sester v ošetrovatelském týmu – vertikální úroveň řízení.....	143
4.3.6 Náročnost a složitost ošetrovatelské situace.....	144
4.4 Standardy profesionální výkonnosti – všeobecná sestra.....	148
4.4.1 Úkoly všeobecných sester.....	151
4.5 Znalosti a dovednosti všeobecných sester.....	154
4.6 Regulační systém ošetrovatelské praxe.....	156
4.6.1 Druhy regulace.....	158
4.6.2 Regulace a personální plánování.....	164

Slovo "ošetřovat" znamená:

**chovat,
opatrovat,
živit,
kojit,
hýčkat,
laskat,**

**zkrátka "pečovat"
o individuální potřeby
jak zdravého, tak nemocného
člověka.**

D. Mastiliaková



ÚVODEM

Distanční studijní opora, kterou máte před sebou je určena nejen studentům ošetrovatelství a sestřám z klinické praxe, ale každému, kdo studuje např. sociální problematiku a má zájem pochopit širší souvislosti péče o zdraví a potřeby člověka.

Každá kapitola má své vlastní členění na podkapitoly. Všechny kapitoly mají stejnou strukturu, obsahují základní a ostatní prvky. Začátek vždy tvoří Rychlý náhled do problematiky kapitoly, kde je stručný přehled o tom, co budete studovat. Další části jsou hlavní cíle kapitoly, z nich se dozvíte, co po úspěšném nastudování příslušné kapitoly budete umět. Klíčová slova kapitoly obsahují 5-10 slov, a následuje samotný text členěný podle obsahu. V jednotlivých kapitolách naleznete i samostatné úkoly (odpovědi na ně jsou uvedeny před koncem kapitoly), stejně jako několik testových otázek a volby správných odpovědí na ně na úplném konci kapitoly. V elektronické podobě testu si budete moci ověřit, co jste si zapamatovali, případně se vrátit k textu a těm informacím, které bude nutné zvládnout pro závěrečné hodnocení. Shrnutí kapitoly vám poskytne stručný obsah toho, co jste se naučili. V závěru každé kapitoly naleznete použitou literaturu, podle které si své poznatky můžete dále rozšířit.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora s názvem „Úvod do ošetrovatelství“ obsahuje celkem čtyři kapitoly, které umožňují pochopit širší souvislosti mezi rychle se rozvíjející moderní společností a potřebou kvalitní péče o zdraví populace v regionálním, celostátním, i celosvětovém měřítku.

Systémové vymezení ošetrovatelství jako nedílné součásti systému zdravotní péče umožňuje vykonávat profesní činnost kvalifikovaným profesionálům v této oblasti. Novodobý systematický (celostní, vědecký) pohled na zdraví každého jedince má dopad na ekonomickou transformaci a změny organizačních systémů zdravotní péče. Naplňování současných společenských potřeb s evropskou dimenzí v systému zdravotní péče představuje realizaci rozsáhlých změn doprovázených implementací nových zákonných norem a standardů, např. v oblasti výchovy a vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek; standardů jejich profesionální výkonnosti, apod. Objasněny jsou funkce a kompetence všeobecných sester, jejich rozšířené role a vztah profesního vzdělávání a konkrétního funkčního profilu v praxi. Uveden je i seznam úkolů sester, rámec znalostí a dovedností a charakteristika regulačního systému ošetrovatelské praxe.

Pro studenty ošetrovatelství by mělo být objevování nových poznatků malým dobrodružstvím, které vynaloženou námahu odmění příjemným pocitem uspokojené zvědavosti.

ZMĚNY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI OBNOVUJÍ PŮVODNÍ VÝZNAM OŠETŘOVATELSTVÍ A PÉČE

"Ošetřovatelství a sestry jsou dnes zapojeny do širších společenských změn. Jsou součástí těchto změn, někdy jsou jejich původci a změny samy popohánějí, jindy jsou jimi pouze hnány.

Nikdo nezůstane nedotčen.

Pokud se však od sester očekává, že změny ošetřovatelskou praxí tak, aby dosáhly cílů programu "Zdraví pro všechny", pak musí vědět, jak to mají udělat."

" Znalosti a dovednosti, které sestry potřebují k tomu, aby se staly propagátory určité změny, pro ně dříve nebyly snadno dostupné. Osobní růst a sebevědomí, komunikační dovednosti a asertivita nebyly v minulosti běžně zařazeny do učebních osnov zdravotnických škol. I v současné době lidé ve vedení zdravotnických organizací málokdy tyto vlastnosti u sester podporují. Představme si, jaké by to bylo, kdyby každá sestra v Evropě byla asertivní, uvědomělý a kvalifikovaný propagátor změn !

A protože většina těchto propagátorů by byly ženy, jejich vliv by zdaleka přesáhl problematiku ošetřovatelství a sestry by významně ovlivňovaly celou společnost.

Osobní znalosti a dovednosti sester patří mezi hlavní prvky v procesu změn. Pokud budou vědět jak postupovat, změnu snadněji zvládnou a uspějí."

SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci* s. 23-24

1 SPOLEČENSKÉ ZMĚNY A OŠETŘOVATELSTVÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tato kapitola se zaměřuje na objasnění širších souvislostí společenského vývoje a jejich dopadu na pojetí ošetřovatelství a profesní vzdělávání všeobecných sester. 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. Poznatky o novodobých trendech v moderním ošetřovatelství umožňují studentům se s nimi pozitivně vyrovnat v zájmu vývoje tohoto oboru a uplatnění absolventů na trhu práce. Mezi hlavní vývojové trendy patří zejména: expanzivní rozvoj informací a komunikačních technologií, výuka orientovaná na kompetence, hodnocení dovedností/způsobivosti, interdisciplinární přístup, spotřebitelsky orientovaná společnost, rostoucí osobní a profesní odpovědnost, flexibilita, mobilita, aj.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly budete umět:

- Charakterizovat vývojové trendy ovlivňující vzdělávání v ošetřovatelství
- Vysvětlit význam orientace výuky a učení na získávání kompetencí
- Vysvětlit význam problémově orientovaného učení a hodnocení dosažených způsobivosti



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Společenské změny, rozvoj informačních technologií, výuka orientovaná na kompetence, hodnocení založené na způsobivosti, demografická a kulturní rozmanitost, interdisciplinární přístup, orientace na komunitní péči, spotřebitelsky orientovaná společnost, etické a bioetické otázky, rostoucí osobní a profesní odpovědnost.



1.1 Hlavní trendy ovlivňující vzdělávání v ošetřovatelství

Jak ošetřovatelská praxe, tak i profesní vzdělávání sester podléhají vlivu mnoha společenských trendů. Například *kulturní diferenciací moderní společnosti* vyžaduje řešení zcela nových problémů a otázek.

V některých ohledech zůstává vzdělávání v ošetřovatelství stejné jako v minulosti. Umožňuje sestřím získat potřebné znalosti a dovednosti tak, aby vhodně reagovaly na požadavky společnosti v poskytování ohleduplné zdravotní péče.

Způsoby, jakými ošetřovatelství naplňuje tento cíl, však podléhají mnoha trendům a vlivům ve společnosti, což mění jejich charakter a vzrůstá jejich složitost a komplikovanost.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text je zaměřen na charakteristiku deseti hlavních trendů ovlivňujících vzdělávání v ošetrovatelství ve vztahu ke studentům i vyučujícím.

Uvedené trendy a otázky naznačují, že prostředí moderního ošetrovatelství je velmi komplexní, a pomáhají nám pochopit, jak musí novodobé vzdělávání sester fungovat ve společnosti a přizpůsobovat se jejím změnám.



Přehled hlavních trendů a problémů v ošetrovatelském vzdělávání

HLAVNÍ TRENDY	Otázky týkající se studentů	Otázky týkající se pedagogů
1. Expanzivní rozvoj informací, poznatků a komunikačních technologií	<ul style="list-style-type: none"> informační přesycení, prakticky neomezený objem dat v globálním prostředí internetu, problém s rozlišením aktuálně platných a spolehlivých informací, zastarávání obsahu tištěných publikací vysoká očekávání ze strany pedagogů, omezený čas ke studiu dosažení jádrových/klíčových praktických kompetencí 	<ul style="list-style-type: none"> neustálé změny kurikula a studijních plánů omezený čas na sebevzdělávání, integraci poznatků a pomoc studentům mění se technologie a zdravotní péče, rostoucí síť kontaktů, nutnost rychlých a pohotových reakcí nedostatek času pro reflexi a kreativitu
2. Výuka orientovaná na kompetence a standardy péče založené na důkazech	<ul style="list-style-type: none"> výuka zaměřená na dosažení cílů formulovaných z hlediska klíčových praktických kompetencí, tzn. profesních dovedností přesahujících technické psychomotorické dovednosti integrace standardů a poznatků z výzkumu do ošetrovatelské praxe 	<ul style="list-style-type: none"> čas pro přípravu kurikula a osobní rozvoj, čas pro pracovní činnost, zaměření na cíle a klíčové kompetence nový konceptuální model (více praktický), standardy péče založené na důkazech základní a pokročilé kompetence, registrace, akreditace, právní předpisy
3. Hodnocení založené na způsobilosti/předvedené dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> široké spektrum učebních metod: interaktivní práce ve skupině, párová a týmová kooperace, intramurální a extramurální aktivity, projekty, PBL (problémově orientované učení), osobní odpovědnost, odpovědnost za odbornou způso- 	<ul style="list-style-type: none"> výrazné změny rolí studentů a učitelů, změny užívaných metod a obsahu učiva, méně přednášek, větší odpovědnost studentů, interaktivní výukové strategie odlišný typ přípravy, důraz na specifické cíle, klíčové kompe-

	<p>bilost, interdisciplinární učení, využití počítačů jako informačních zdrojů</p> <ul style="list-style-type: none"> • hodnocení založené na předvedené způsobilosti v rámci zkoušek, požadavky k registraci 	<p>tence</p> <ul style="list-style-type: none"> • hodnocení kompetencí prostřednictvím praktických výkonových zkoušek, úsilí o objektivitu a konzistenci, národní a nadnárodní regulace
<p>4. Společenská, demografická a kulturní rozmanitost, ekonomické a politické změny</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rostoucí etnická rozmanitost a změna věkové struktury obyvatelstva vyžaduje úctu k odlišnostem, preferencím a zvykům • násilí ve společnosti a na pracovišti • rozmanitost klinických pracovišť, náplně práce a péče o klienty • ekonomické a politické změny ovlivňují poskytování zdravotní péče a přístup ke klinickým zkušenostem 	<ul style="list-style-type: none"> • změny v populacích studentů i klientů vyžadují úctu k rozmanitosti lidí, dochází ke změnám obsahu učiva, k přesunu důrazu na geriatrickou péči a kulturní znalosti, věnuje se pozornost podpoře zdraví a redukci násilí ve společnosti • změna nároků na čas pedagogické přípravy, nutné je vyšší úsilí a zkušenost • politické a ekonomické vlivy na poskytování péče
<p>5. Interdisciplinární přístup a orientace na komunitní péči</p>	<ul style="list-style-type: none"> • široký rozsah ošetrovatelství, klinická zkušenost se získává v celé šíři komunitní péče, kontinuum sahá od akutní péče po podporu zdraví, od nemocnic po domovy klientů, od vesnických po globální celky • vyžaduje důkladnější plánování a větší míru cestování, nárůst výdajů a organizační práce, nároky na různé dovednosti, dobrou komunikaci • široké spektrum vyučujících a instruktorů s různými přístupy • interdisciplinární kooperativní učení • orientace na komunitu, skupiny, aj., projekty praktické výuky v terénu (služba občanům), globální světová společnost • alternativní léčebné postupy, rozmanitost péče 	<ul style="list-style-type: none"> • do studijního programu jsou integrovány koncepce komunitní péče, spolupráce s mnoha agenturami / společenskými skupinami a organizacemi při podpoře zdraví, služba občanům v rámci univerzitní činnosti, místní i globální problémy • větší nároky na čas a plánování, implementace různých akcentovaných obsahů učiva, metod, prostředí, mezioborová spolupráce • studenti se nacházejí v daném okamžiku na různých pracovištích, složitost výuky, hodnocení mentory, rozmanitá očekávání a cíle • alternativní léčebné postupy, rozmanitost péče
<p>6. Spotřebitelsky orientovaná společnost</p>	<ul style="list-style-type: none"> • všichni očekávají individuální ohledy, pozornost, kvalitní 	<ul style="list-style-type: none"> • změna vztahů mezi učiteli, studenty, sestrami a pacienty

	<p>péči a odpovídající hodnotu služeb</p> <ul style="list-style-type: none"> • důraz na bezpečnou a odbornou péči, dochází k častějším soudním sporům a hájení práv, sledují se chyby lékařského a ošetrovatelského personálu • větší osobní odpovědnost, odpovědnost za vlastní vzdělávání a zdraví občanské iniciativy (sdružení pacientů) za aktivní účast na péči a ochraně, vyvážení norem a osobních preferencí 	<p>s dopadem na studijní program</p> <ul style="list-style-type: none"> • větší ohled na individuální potřeby a požadavky klienta, odpovědnost za zdraví, sdílená autorita • soudní spory a hájení práv, sledují se chyby lékařského a ošetrovatelského personálu • očekávání bezpečné a odborné péče ze strany klientů a nadřízených • vyvážení norem a osobních preferencí
7. Etické a bioetické otázky	<ul style="list-style-type: none"> • integrace respektu k individuálním rozhodnutím pacienta ohledně vlastního života a užitých metod léčby do profesní praxe • alternativní řešení etických dilemat, otázky související s různými formami víry, šedá oblast mezi bílým a černým viděním, osobní názory odděleny od profesní praxe 	<ul style="list-style-type: none"> • výuka etiky, bioetických pojmů, různé interpretace a praktické kroky • výuka alternativních řešení etických dilemat, důraz na schopnost úsudku, reflexe, komunikace a péče • odpovědnost za vlastní etickou výbavu, osobní názory odděleny od profesní praxe
8. Nedostatek sester, pedagogů a pomocného personálu	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek personálu vede k omezením v klinickém vzdělávání, roste pracovní zátěž, chybí mentoři nebo mají méně času na studenty • nedostatek kvalifikovaných pedagogů vede k nárůstu poměrného počtu studentů na jednoho učitele • studenti cítí potřebu většího, ne menšího, rozsahu klinické výuky, mají větší odpovědnost bez individuálního vedení, což má dopad na jejich odborné kompetence 	<ul style="list-style-type: none"> • chybí kvalifikovaní učitelé a mentoři klinické praxe • akademicky a ekonomicky méně zdatní studenti potřebují větší podporu • nedostatek absolventů a stárnutí sester se promítají do budoucnosti ošetrovatelské profese • problémy spojené s výukou, konzultacemi a získáváním studentů
9. Rostoucí osobní a profesní odpovědnost	<ul style="list-style-type: none"> • vysoká míra stresu kvůli rostoucím nárokům školy, domácnosti a pracoviště, narušuje schopnost dosáhnout cílových kompetencí a dokončit studium • problémy s vlastním zdravím • nároky na prokázání základních a pokročilých 	<ul style="list-style-type: none"> • vysoká míra stresu kvůli změnám v kurikulu, učebních metodách a technologii, rychlé proměny klinického prostředí a souvisejících právních norem, nedostatek zdrojů • změna skladby studentské obce, vyžadují větší pomoc • vysoké nároky na klinickou prá-

	kompetencí, celoživotní vzdělávání, příprava na splnění profesních požadavků	ci, výzkum, publikace a službu společnosti, rostoucí požadavky na profesní osobní život zesilují stres
10. Pestrost, flexibilita, mobilita a distanční formy vzdělávacích programů	<ul style="list-style-type: none"> • širší odpovědnosti dospělého života ovlivňují učení a procento studentů, kteří dokončí studium • studenti vyžadují flexibilnější formy studia, otevřené programy a možnost přestupů • vysoké výdaje na studium a nároky na čas, péče o blízké, konflikty v práci a studiu • klady a zápory zprostředkovaných, elektronických studijních programů a autonomních forem učení 	<ul style="list-style-type: none"> • problémy související s filozofií kurikula, jeho přípravou a implementací pro různé dílčí skupiny studentů, otázky přechodu ze studia do praxe, konflikty • tvorba flexibilních studijních příležitostí vyžaduje více času, energie a zdrojů • studenti se „vzdalují“ učitelé (distanční a e-learningové formy) • problémy se zaváděním internetových a dalších kurzů, didaktické otázky a otázky hodnocení, kvalita vzdělání a práce a osobní odpovědnost za ně, právní a etické otázky



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 1



Zamyslete se, nad výše uvedenými trendy ovlivňujícími vzdělávání v ošetrovatelství a na list papíru vypište z pohledu studenta (Otázky týkající se studentů) ty, které považujete za prioritní ve vzdělávání sester.



1.1.1 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.

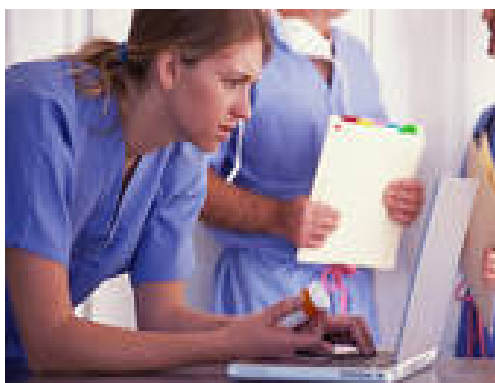
Schopnost snadno přistupovat k informacím a rovněž je rozšiřovat přináší značný užitek v mnoha sférách, přináší však také závažné otázky a problémy. Učebnice a odborné články v tištěné podobě rychle zastarávají, proto se důležitým učebním materiálem sester staly internetové zdroje.

Internetové stránky jsou zpravidla více interaktivní, než klasický text, a nabízejí navíc odkazy na množství dalších zdrojů. I když se často aktualizují, také mohou zastarávat, takže studenti snadno ztratí ve změti 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 může být časově náročné.

Internetem zprostředkované učení vyžaduje sebekázeň, soustředění a 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 těmito moderními informačními zdroji. Technologická exploze v neposlední řadě ovlivňuje i tvorbu kurikula, jeho revizi a modifikaci.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 2



Zamyslete se, které dovednosti v práci s internetem potřebujete zdokonalit v oblasti vyhledávání odborné literatury on-line.



1.1.2 Výuka orientována na učební výstupy a kompetence

Trendy moderního světa obchodu a podnikání se často přenášejí 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.

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.

Například **Lenburgová (1999)** je autorkou **hodnotícího modelu COPA (Competency Outcomes and Performance Assessment)** – jde o hodnocení dle kompetenčních kritérií/cílů a získané profesní způsobilosti.

Model vyvinutý Lenburgovou tvoří rámec podpory základních i pokročilých kompetencí během vzdělávacího procesu a klinické praxe studentů, pedagogů, sester a dalších osob. Navrhovaný model může sloužit jako pomůcka k reorganizaci kurikula a jeho základní teze jsou shrnuty v následujícím schématu:

Hodnocení dle kompetenčních kritérií/cílů a získané profesní způsobilosti

Model COPA – Competency Outcomes and Performance Assessment

1. Formulace kompetenčních kritérií/cílů

- slouží jako navigace učení od samého počátku studijního programu
- mapují očekávané cíle a výsledky
- slouží jako základ pro průběžné a komplexní/integrační hodnocení

2. Interaktivní učební strategie

- simulace skutečných klinických problémů a situací
- kasuistiky v rámci PBL (problémově orientovaného učení)
- projekty komunitní péče a jiné aktivity
- střídání výukového prostředí a podmínek, různá pracoviště práce s různými kulturami a věkovými kategoriemi

3. Hodnocení založené na profesní způsobilosti /předvedení

- různá klinická prostředí a různé typy hodnocení
- specifikované klíčové kompetence
- stěžejní složky každé dovednosti
- hodnocení ve třídě
- hodnocení a zkoušení na modelech v laboratoři
- hodnocení v klinické praxi

4. Zvládnutí základních dovedností a kompetencí pro současnou praxi

- ošetrovatelská diagnostika a intervence
- komunikace
- kritické myšlení
- pečující lidský vztah
- edukace
- management
- vedení
- integrace poznatků

Lenburgová ve svém modelu vyjmenovává osm *klíčových kompetencí ošetrovatelské praxe*, do nichž lze zahrnout všechny dílčí dovednosti sestry.

Mezi ně patří:

1. *ošetřovatelská diagnostika a intervence;*
2. *komunikace;*
3. *kritické myšlení;*
4. *pečující lidský vztah;*
5. *edukace;*
6. *management;*
7. *vedení lidí;*
8. *integrace poznatků.*

Kromě osmi uvedených oblastí zahrnují kompetenční kritéria/cíle i další obsah studijního programu. Učební strategie i přezkušování (výkonové zkoušky) jsou založeny na obsahu učiva a formulovaných učebních výstupech. Mnohé zdroje považují za nejdůležitější kompetenci *schopnost kritického myšlení*.

Existují však i jiné navrhované modely a cíle pro studenty a sestry v praxi. Profesionální organizace sester kontinuálně revidují standardy tak, aby byly orientovány na kompetence. Do této oblasti spadá například činnost JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Upravené standardy pak mají přímý dopad na ošetrovatelské vzdělávání a praxi. www.jcaho.org,



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 3



Zamyslete se, a na list papíru se pokuste formulovat kompetence sestry v oblasti podávání léků.



1.1.3 Hodnocení založené na způsobilosti

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 **PBL (problémově orientovaného učení)**, **případových studií** a **projektů** podporujících např. rozvoj komunitní péče.

Didaktický model, kterého se využívá při problémové výuce (PBL - Problem Based Learning) se skládá ze sedmi kroků (*1. objasnění významu pojmů, určení hlavních bodů a shrnutí textu. 2. Určení problému. 3. Analýza problému. 4. Sestavení struktury problému. 5. Formulace učebních cílů: otázky pro sebevzdělávání. 6. Shromažďování informací mimo skupinu. 7. Shrnutí a ověřování nových informací*).

Vychází ze společenského konstruktivismu, tzn., že získávání znalostí a dovedností není pouze důsledkem přímého přenosu znalostí učitelem, ale výsledkem (tvořivých) myšlenkových aktivit studentů. Učí se tím, že spojí novou informaci s tím, co už znali dříve.

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.

V hodnocení a evidenci (dokumentování) profesní způsobilosti je proto nutné postupovat metodicky nejlépe podle:

1. *Stanovených standardů*, aby přezkoušení způsobilosti, které se zaměřuje na behaviorální komponenty kvalifikačního studia, probíhalo podle daných pravidel.
2. *Strukturovaného portfolia* – soubor dokumentů s výsledky studia a práce studenta.

Hodnocení učebních výstupů

Dobrym vodítkem pro volbu hodnotících způsobů/technik je aktivní sloveso učebního výstupu.

- *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 výsledky 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. Poskytuje se malá zpětná vazba.

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 totiž 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.

Legálnost provádění praktických výkonů je o to důležitější, že v posledních letech byl např. v USA zaznamenán nárůst hlášených medicínských a sesterských profesních pochybení.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 4



Zamyslete se, jak byste jiným slovem vyjádřili pojem „způsobilost“.



1.1.4 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, tzn., 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 též 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 závisí 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, jenž zahrnují i alternativní postupy, obřady, tradice, přírodní léčiva. V terapeutickém vztahu a úspěšnosti péče hraje významnou roli postoj sestry k těmto modalitám.

Efektivní a promyšlené ošetrovatelské postupy jsou individualizovány dle charakteristik klienta a souvisejících okolností. Proto by studenti měli být co nejlépe vzděláni 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.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 5

Zamyslete se, zda jste se ve svém okolí setkali s jedincem, který se stal bezdomovcem a proč.



1.1.5 Interdisciplinární přístup a orientace na komunitní péči

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

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

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, apod.).

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, a ty je potřeba také vzdělávat.

Hlavní filozofií ovlivňující v důsledku těchto trendů studenty a akademickou obec je posun od „péče o nemocné v lůžkových zařízeních“ k „ošetřovatelství jako péči o podporu zdraví a její řízení ve vztahu k jedincům v rodinném kontextu, a rodiny ve společenském kontextu.“ 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, a o 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.





ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 6

Zamyslete se, jaké problémy se objevují v komunitě, kde bydlíte, a co by např. mohla mít v kompetenci komunitní sestra.



1.1.6 Spotřebitelsky orientovaná společnost

Podle stupně závislosti osob nebo skupin na zdravotní nebo ošetrovatelské péči rozlišujeme příjemce péče na: **pacienty** (závislost), **klienty** (autonomie a aktivita – péče je poskytována ve spolupráci po dohodě), **zákazníky** (nezávislost).

U konzumentů, tedy 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 posílily 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 zájmy klientů/pacientů. Tento trend si vynucuje změny a revize rovněž v ošetrovatelském vzdělávání. Sestry například musí změnit svůj přístup směrem od „poskytnutí péče pacientovi“ k „práci s klientem/pacientem“ jakožto členem spolupracujícího týmu.

To klade větší požadavky na interpersonální komunikaci ve výuce sester a na rozšíření cílů studia. Lépe informovaný a angažovaný klient je schopen účinnějších rozhodnutí, proto k nutným kompetencím sester patří schopnost edukace.

Užitečným nástrojem při nácviu této kompetence jsou společensky prospěšné projekty zařazené do výuky. Studenti pracují s klienty – spotřebiteli při plánování projektů na podporu zdraví a bezpečnosti v rámci osobní odpovědnosti za zdraví.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 7

Pokuste se zamyslet nad tím, jaká pozitiva pro rozvoj ošetrovatelství sebou přináší spotřebitelsky orientovaná společnost, a jaký to má dopad na zdraví jedinců, rodin a komunit.





1.1.7 Etické a bioetické otázky

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

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

K rozmanitým otázkám, které student bude v praxi řešit, patří *(ne) přípustnost potratu, transplantací, právo na důstojnou smrt, právo na alternativní léčbu*, a další. Od vyučujících to vyžaduje pečlivé zvážení, která témata zařadit do studijního programu a klinické praxe, a jak studentům pomoci uctivě přistupovat k rozmanitostem klientů v ošetrovatelské praxi.

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



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 8



Zamyslete se, proč se dnes ve společnosti diskutuje o eutanazii (usmrcení na žádost), a jaký je váš osobní postoj k tomuto etickému tématu.



1.1.8 Nedostatek sester, pedagogů a pomocného personálu

Opakujícím se trendem některých let je nedostatek kvalifikovaných sester, mentorů/školitelů, učitelů, popřípadě 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, tak raději pracují na částečný úvazek.

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. Svě specifické potíže mají i distanční a internetové formy dalšího vzdělávání sester.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 9

Zamyslete se, co by se mělo změnit, aby zdravotnický systém netrpěl nedostatkem sester.



1.1.9 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 s životní odpovědností a strejícími požadavky, které souvisí s omezeným časem a objemem zdrojů.

Studenti musí současně zvládat příliv informací, změny ve zdravotnictví, přesně formulované učební cíle, 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. V mnoha zemích je již zavedena povinnost celoživotního vzdělávání. Sestry v komplexním prostředí klinické praxe musí usilovat o certifikaci, splňovat licenční požadavky a sbírat kredity.

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.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 10



Zamyslete se, zda jste připraven/na k převzetí odpovědnosti v situaci, kdy jste konfrontována s realitou, že nemáte čas.



1.1.10 Pestrost, flexibilita, mobilita a distanční formy vzdělávacích programů

Ošetrovatelská literatura uplynulých třiceti let zdůrazňuje potřebu efektivních distančních a flexibilních programů. V Evropě se prosadila koncepce otevřeného kurikula – *Boloňský proces zahájen v roce 1999 se stanoveným cílem: vytvořit Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání do roku 2010 byl již oficiálně uveden v život. V roce 2011 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.

Akademické studijní programy v ošetrovatelství

Bc. – bakalářské vysokoškolské programy

První samostatné bakalářské formy studia v ošetrovatelství nabídla již v roce 1924 Yale University v USA. Tehdejší dvouletý obor vyžadoval jak vědeckou, tak klinickou přípravu. Trvalo však desítky let, než další aktivní osobnosti přesvědčily úřady, lékaře i sestry samotné o potřebnosti vysokoškolského vzdělávání v ošetrovatelství s cílem zlepšit kvalitu péče.

Vize ošetrovatelství jako samostatné disciplíny vedla k překonání technického pojetí manuálních výkonů. Solidní vzdělávací základ ve společenských a přírodních vědách by měl

sestry vést k větší efektivitě. Na evropském kontinentě položila základ bakalářskému studiu sester a porodních asistentek Evropská strategie Světové zdravotnické organizace z roku 1998.

Mgr. – magisterské vysokoškolské programy

Počátky magisterského studia v ošetrovatelství spadají z celosvětového pohledu do šedesátých a sedmdesátých let 20. století, kdy narůstala složitost zdravotní péče a potřeba vysoce kvalifikovaných sester nejen v roli klinických pracovníků, ale i v roli vyučujících a úředníků (sestra jako administrátor). Stipendia tehdy umožnila řadě sester, aby se vrátily do školních lavic a připravily se na nové pozice, včetně pozic v rodícím se výzkumu.

V současnosti ale většina magisterských programů v zahraničí připravuje sestry pro praxi v různých specializacích. Rychlé změny v devadesátých letech 20. století ukázaly efektivnost a vysokou kvalitu vstupu nových absolventek do praxe – mohly z části vykonávat i činnosti dříve vyhrazené lékařům.

V uplynulých dvou dekadách vedly sestry na mezinárodním poli usilovné právní bitvy za právo sester předepisovat některé léky, dostávat úhrady od pojišťoven, vést samostatné praxe a zdravotnická centra. Pole působnosti sester se rozšířilo a absolventky magisterských programů si získaly respekt. Tento vývoj zpětně ovlivnil procesy změn kurikula a počet magisterských studií v nabídce škol.

Rostoucí počet univerzit nabízí stále pestřejší škálu specializací. Mění se počítačové vybavení škol, filozofie učení a finanční situace, což jsou všechno podněty pro rozvoj flexibilních forem vzdělávání, zejména kombinovaného a distančního. Zvyšuje se mobilita studentů. Do výuky vstupují telekonference, síťové interakce, korespondenční kurzy a různé typy kognitivně i výkonově orientovaných zkoušek.

Ph. D. – doktorandské studium

První sestra s doktorským titulem absolvovala svou disertaci v pedagogice v USA roce 1932. Doktorské programy v ošetrovatelství se však rozšířily až za 30 let. Např. v USA mohou sestry získat v akademickém postgraduálním vzdělávání čtyři typy titulů: **Ed. D.** (doktor pedagogiky), **Ph. D.** (doktor filozofie), **DNS** (doktor ošetrovatelských věd), a **ND** (doktor ošetrovatelství).

Schvalování a akreditace studijních programů v ošetrovatelství

Všechny ošetrovatelské studijní programy musí splňovat požadavky akreditační komise. Studijní program, včetně kurikula prochází před oficiálním schválením přísným hodnotícím procesem, přičemž později je periodicky opakován s ohledem na splnění požadovaných kritérií. Všechny univerzity a vysoké školy musí dále splňovat řadu požadavků a standardů daných národními a regionálními institucemi. Studenti by měli znát akreditační status univerzity, kterou navštěvují nebo na niž se hodlají přihlásit. Akreditace znamená splnění akademických a profesně specifických standardů.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 11



Zamyslete se, co si představujete pod pojmem „kvalita“ výukového procesu na vysoké škole.



1.1.11 Profesní vzdělávání pro budoucnost

Profesní organizace usilují o rozšíření profesních rolí sester s cílem lépe naplnit požadavky péče o klienty ve zdravotnickém systému. Sestra v rámci nových rolí a rozšířených kompetencí je vnímána jako aktivní účastnice poskytování péče napříč různými typy klinického prostředí, nejen v akutní péči.

K novým rolím sestry nepatří jen *role manažerská*, ale další role, jimiž přijímá odpovědnost za výsledky péče o klienta na základě aplikace nejnovějších poznatků založených na výzkumu.

Sestře náleží rovněž *role koordinátora* práce nižších zdravotnických pracovníků. Je nezbytný dialog mezi akademickými institucemi a sestrami z praxe tak, aby byla optimalizována úroveň vzdělávání a nalezeny strategie k integraci nových rolí sester do klinického prostředí.

Současně s diferenciací profesních rolí sester, se rozšiřuje i nabídka doktorandských studijních programů jako základu pro vědu a výzkum. Hlavním cílem profesního vzdělávání je však připravit způsobilé sestry pro praxi na vysoké úrovni, která odpovídá nárokům současné klinické praxe.

Z hlediska společenských potřeb by se sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci měli vzdělávat v pěti základních oblastech:

1. *Poskytování péče orientované na klienta/pacienta;*
2. *Spolupráce v multidisciplinárním týmu;*
3. *Implementace praxe založené na důkazech (Evidence-Based Practice);*
4. *Zajišťování kvality péče;*
5. *Využívání informačních technologií;*



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 12

Zamyslete se, jaké téma (témata) by měla být zařazena do vzdělávání sester, aby se zlepšila kvalita individuální ošetrovatelské péče.



SHRnutí KAPITOLY

Mezi hlavní společenské trendy, které ovlivňují vzdělávání v ošetrovatelství patří: Expanzivní rozvoj informací, poznatků a komunikačních technologií; výuka orientována na kompetence a standardy péče založené na důkazech; hodnocení dosažených výsledků vzdělávání a učení na předvedené dovednosti; společenská, demografická a kulturní rozmanitost; orientace na komunitní péči a interdisciplinární přístup; spotřebitelsky orientovaná společnost; řešení etických a bioetických otázek; nedostatek sester v praxi; rostoucí osobní a profesní odpovědnost; potřeba větší pestrosti, mobility a flexibility studijních programů.



OTÁZKY

- 1. S čím úzce souvisí rozvoj ošetrovatelství a profesní vzdělávání sester ?**
 - a) se systémovostí
 - b) se změnami ve společnosti
 - c) s regulačním systémem ošetrovatelské praxe
 - d) se stárnutím populace
- 2. Proč rychle zastarávají informace publikované v učebnicích ? Protože:**
 - a) učebnice jsou drahé
 - b) proces vydávání učebnic je krátký
 - c) rozvoj informačních technologií urychluje přenos informací
 - d) lidé se rychle učí používat internet
- 3. Co omezuje člověka ve vyhledávání informací v neomezeném objemu informací na internetu:**
 - a) znalosti
 - b) dovednosti
 - c) objem času

d) postoje

4. Na jaký cíl se zaměřuje moderní svět obchodu a podnikání ? Na:

- a) kompetence
- b) vysokoškolské vzdělávání
- c) efektivní vynaložení zdrojů a času
- d) životní praxi

5. Jak jinak můžeme vyjádřit slovo kompetence:

- a) dovednost
- b) znalost
- c) způsobilost
- d) hodnocení

6. Která z uvedených kompetencí není tzv. „klíčová“ kompetence:

- a) komunikace, edukace, vedení lidí
- b) pečující lidský vztah a management
- c) ošetrovatelská diagnostika a intervence, integrace poznatků
- d) aplikace i.m. injekcí

7. Co je to PBL – problem based learning

- a) klasická zkouška
- b) přednáška
- c) problémově orientované učení
- d) konstruktivismus

8. Změny demografické, ekonomické, politické a kulturní rozmanitosti doprovází ve společnosti:

- a) nárůst většinové populace
- b) zanedbávání prevence infekčních onemocnění

- c) množství menšinových etnických skupin, osob chudých, nepojištěných, postrádajících trvalý domov
- d) podporu alternativní léčby

9. Co vede k rozvoji komunitní péče a omezování délky hospitalizace v nemocnicích

- a) složité chirurgické zákroky
- b) ekonomické tlaky na snížení výdajů ve zdravotnictví
- c) profesní vzdělání sester
- d) nejnovější medicínské technologie

10. Jak se projevuje „spotřebitelsky orientovaná společnost“ ve zdravotnictví:

- a) u příjemců chybí povědomí o zdraví a nemoci
- b) konzumenti péče neznají důsledky terapeutických omylů
- c) u příjemců péče roste povědomí o právech na bezpečnou odbornou péči
- d) u konzumentů péče chybí aktivní účast na fungování zdravotního systému

11. Z uvedených možností vyberte tu, která zpravidla nevyvolává etické dilema (anone) ve společnosti:

- a) potrat
- b) eutanazie
- c) transplantace kostní dřeně
- d) dárcovství orgánů

12. Proč je nutné, aby sestry získávaly profesní vzdělání (bc.) na vysoké škole:

- a) aby se naučily pracovat s informacemi a moderními komunikačními technologiemi
- b) aby bylo dosaženo větší efektivity v ošetrovatelské praxi
- c) aby mohly pokračovat ve vyšším stupni studia
- d) aby mohly rozvíjet ošetrovatelskou teorii



POUŽITÁ LITERATURA

- [1] BILLINGS, D. M., HALSTEAD, J. A. *Teaching in Nursing. A Guide for Faculty*. 2nd.ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005, ISBN 0-7216-0377-7.
- [2] DELOUGHERY, G. L.: *Issues and Trends in Nursing*. 3rd.ed. Elsevier Health Sciences, 1997. ISBN 0815126085.
- [3] POLIFRONI, E. C., WELCH, M.: *Historical and Contemporary Perspectives on Philosophy of Science in Nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1998 ISBN 0-7817-1201-7.
- [4] ROUX, G. M., HALSTEAD, J. A. *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow*. 1st.ed. Jones & Bartlett Learning, 2008 ISBN 0763752258.
- [5] SALVAGE, J., HEIJNEN, S. (1997) *Nursing in Europe. A Resource For Better Health*. WHO, Copenhagen: Regional Publications European Series, No.74,
- [6] SALVAGE, J., (1993) *Nursing in Action*. WHO Copenhagen: Regional Publication European Series, No, 48
- [7] *The Ins and Outs of Problem Based Learning* CHN University Netherlands – PBL- Problémová výuka.



ODPOVĚDI



1b; 2c; 3c; 4c; 5c; 6d; 7c; 8c; 9b; 10c; 11c; 12b;



2 ZDRAVÍ POPULACE A OŠETŘOVATELSTVÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola se zaměřuje na širší souvislosti objasňující vztah zdraví a ošetrovatelství. Charakterizuje koncept zdraví a jeho význam pro lidského jedince a společnost včetně poslání Světové zdravotnické organizace (WHO). Dále je vymezen systémový, celostní – socioekologický model zdraví a hlavní determinanty zdraví populace. Tato zjištění zveřejněná počátkem osmdesátých let změnila pohled na vztah „léčba – péče“ a přispěla k zásadním změnám zdravotní politiky v Evropě, která se začala orientovat na posilování zdraví a prevenci. Stručný přehled historicky významných aktivit a konferencí WHO v Evropě seznamuje se složitou cestou vývoje v této oblasti zahrnující i novou koncepci a cíle ošetrovatelství. Uvedeny jsou základní charakteristiky programu „Zdraví pro 21. století“ a funkce sester a porodních asistentek ve společnosti. Obě tyto profese představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu v Evropě a jejich práce podstatnou měrou přispívá k plnění cílů pro zdraví populace v 21. století v evropských zemích.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- Charakterizovat koncept zdraví a hlavní determinanty zdraví populace.
- Vysvětlit strategii WHO v péči o zdraví populace v Evropě.
- Charakterizovat dlouhodobý program „Zdraví pro všechny“ a význam primární péče.
- Charakterizovat funkce sester a porodních asistentek ve společnosti a cíle ošetrovatelství v Evropě.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je 120 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Zdraví; podpora zdraví a prevence; Světová zdravotnická organizace (SZO, angl. WHO); determinanty zdraví; strategie WHO v péči o zdraví populace; vztah léčba-péče; socioekologický model zdraví; program „Zdraví pro všechny“; primární zdravotní péče; funkce sester a porodních asistentek ve společnosti;



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na objasnění pojmu zdraví, nejstarší definici, modely zdraví, kontinuum zdraví a choroby, typy prevence, vztah podpory zdraví a prevence, koncepci ošetřovatelství a ošetřovatelský model pro posuzování stavu zdraví.

**ZDRAVÍ NENÍ VŠECHNO,
ALE VŠECHNO OSTATNÍ BEZ ZDRAVÍ NESTOJÍ ZA NIC“**

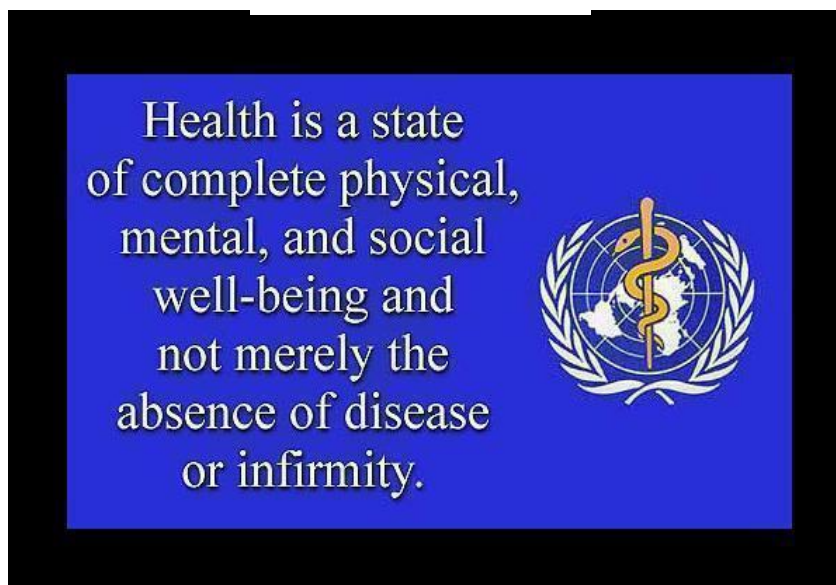
Halfdan Mahler bývalý generální ředitel WHO



2.1 Koncept (pojem) zdraví – vymezení, charakteristiky

Pojem (koncept) **zdraví** v odborné literatuře nemá jednotné vymezení nebo definici, většinou se liší u každého autora. K nejznámějším definicím zdraví patří definice WHO.

DEFINICE 2-1



WHO, 1948: Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen nepřítomnost choroby nebo slabosti.

Florence Nightingalová (1820 – 1910): Zdraví znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly. **Choroba** je reparativní proces přírody v případě nedostatku nebo poruchy.



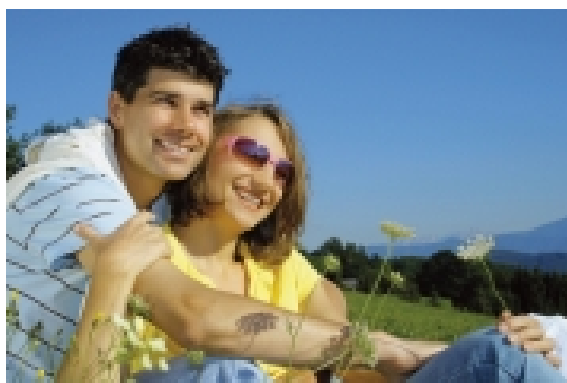
Florence Nightingale



2.1.1 Vztah zdraví člověka a společnosti

Zdraví člověka je nutné k vedení smysluplného života.

Zdraví je společensky významná hodnota pro ekonomický rozvoj každé společnosti.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 1



Mezi uvedené faktory a) – g), které ovlivňují vnímání zdraví jedincem (rodinou, komunitou) nepatří:

- a) počet členů v rodině
- b) vzdělání
- c) na hodnotovém systému, víře a přesvědčení
- d) chápání pojmu zdraví, a co pro něj zdraví znamená
- e) očekávání ve vztahu k péči o zdraví
- f) kultuře a úrovni rozvoje společnosti, v níž daný jedinec žije
- g) velikost komunity, v níž daný jedinec žije

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



2.1.2 Modely zdraví

SAMOSTATNÝ ÚKOL 2



K uvedeným modelům zdraví přiřaďte správné charakteristiky a) b) c) d):

1. Klinický (medicínský model)
2. Adaptační
3. Socioekologický
4. Eudaimonistický

a) nejkomplexnější pohled na zdraví (je to stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu vrozených a získaných schopností člověka). (*Eudaimonismus – filozofický směr zdůrazňuje úsilí člověka o dosažení blaha a pokládá ho za pramen mravnosti*).

b) novodobé celostní, systémové pojetí zdraví, vyžaduje společné úsilí společnosti a jedince, prevence je ekonomicky výhodná.

c) nejvyšší stupeň zdraví je možné dosáhnout maximální flexibilitou adaptace na prostředí. Zdraví je chápáno jako tvořivý proces. Choroba je poruchou schopnosti adaptace.

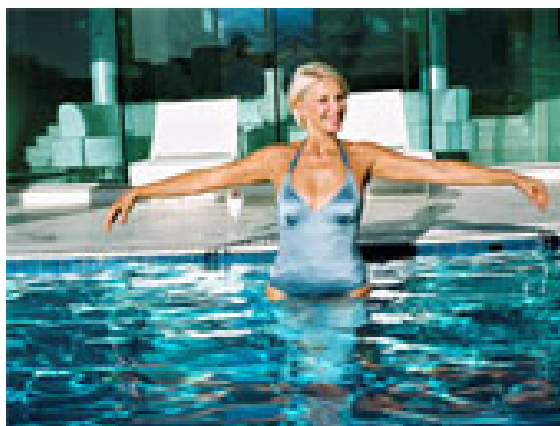
d) *nejuzší interpretace*. Lidé jsou fyziologické systémy s příslušnými funkcemi. Zdraví je chybění známek a symptomů choroby a úrazu.

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



2.1.3 Typy zdraví

- **Funkční** – je odvozen z interakce člověka a prostředí



- **Dysfunkční** – je charakterizován poruchou celkové rovnováhy a zdraví člověka, projevuje se psychosomatickými/celostními reakcemi



2.1.4 Pojmy používané při posuzování stavu zdraví a choroby



SAMOSTATNÝ ÚKOL 3

K uvedeným pojmům vyberte ty, které tento pojem správně charakterizují:

1. Blaho (wellness)
2. Blaho, zdraví a choroba
3. Pohoda
4. Nemoc

5. Nevolnost

6. Choroba

a) je pojem vyjadřující *subjektivní* vnímání rovnováhy, harmonie a vitality. Člověk pociťuje uspokojení a uvědomuje si svůj pozitivní přínos.

b) je subjektivní pocit člověka – necítí se zdrav. Tento osobní pocit může nebo nemusí souviset s chorobou.

c) je stav, který je obvykle spojen s chorobou, ale může se vyskytnout i nezávisle na ní.

d) jsou dynamické znaky, měnící se v čase, vázané na společenské potřeby a musí se stále přehodnocovat. I chronicky nemocní lidé mohou pociťovat blaho, pokud mají radost ze života a mají pro co žít.

e) je medicínský termín. Je popisován jako porucha tělesných nebo duševních funkcí, sníženou výkonností a zkrácením života.

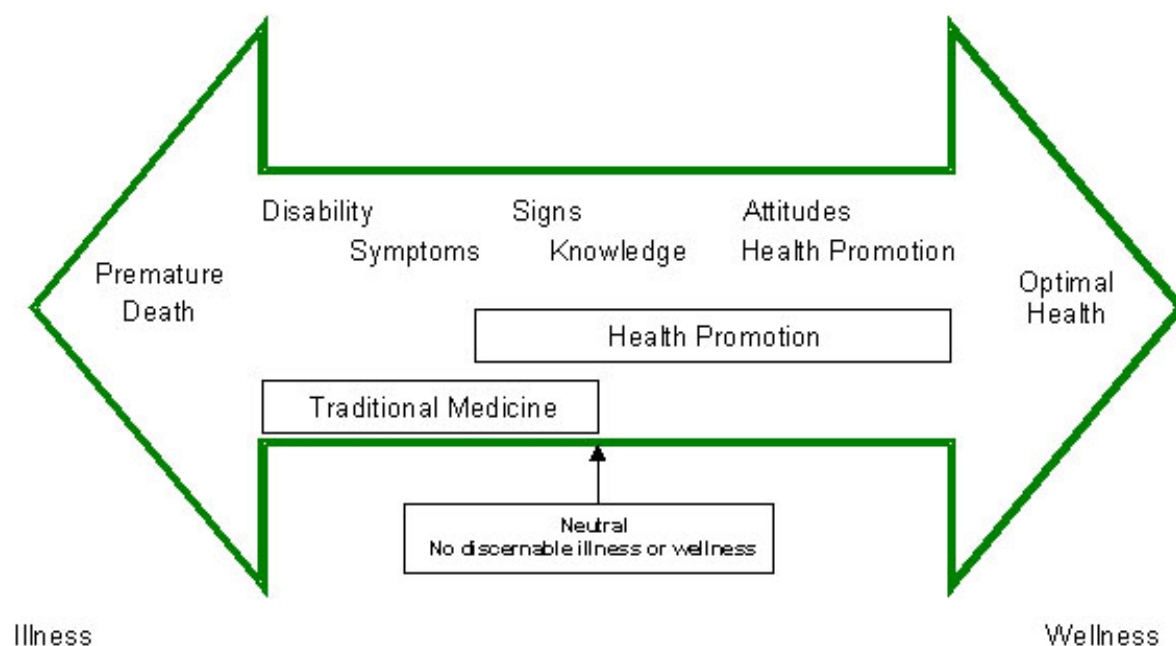
f) stav optimálního zdraví

Dimenze blaha: 1. tělesná; 2. emocionální; 3. intelektová; 4. duchovní, 5. sociální; 6. pracovní

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



2.1.5 Kontinuum zdraví a choroby



Obrázek znázorňuje průběh života člověka z pohledu jeho zdraví: **Blaho:** optimální stav zdraví (*aktivity k podpoře zdraví, rozšiřování informací, možné příznaky poruch zdraví*). **Choroba:** předčasná smrt (*tradiční medicínská léčba, projevy nemoci, zdravotní omezení, nemoc, smrt*).



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 13

Zkuste se zamyslet nad kontinuitou vlastního zdraví a tím, jak často se u Vás projevují vážnější poruchy zdraví, které vyžadují léčbu lékařem.



2.1.6 Zdraví a typy prevence

- **Prevence primární (u osob potenciálně zdravých)** – zdravotní výchova, včasné vyhledávání rizikových faktorů a úsilí o kontrolu a zásahy u rizikových osob.
- **Prevence sekundární (u osob nemocných s nadějí na brzké uzdravení)** – zvládnout léčebný proces, zabránit vzniku komplikací, trvalých následků, invalidity nebo přechodu do chronického stádia.
- **Prevence terciární (u chronicky nemocných a handicapovaných)** –

udržet zdraví, zabránit vzniku komplikací a zhoršování funkcí organismu, zajistit kvalitu života v rámci možností daných onemocněním.

2.1.7 Vztah podpory zdraví a prevence



Obrázek znázorňuje, že **podpora zdraví** (health promotion) a **prevence** mají odlišné významy – drží se za ruce, ale směřují na opačnou stranu.

Podpora zdraví směřem ke zdraví (v českém jazyce má ekvivalenty: ochrana, posilování, upevňování zdraví). **Prevence** směřem ke *konkrétním rizikům a chorobám*.

2.1.8 Koncepce ošetřovatelství (WHO, 1988) – zaměřená na péči o zdraví

Ošetřovatelství je nedílnou součástí systému zdravotní péče. Nová koncepce ošetřovatelství podle WHO z roku 1988 představuje široké pojetí péče o zdraví člověka (rodiny i komunity).

Člověk a jeho zdraví jsou v **metaparadigmatu ošetřovatelství** (předmětu zkoumání) dva hlavní koncepty (pojmy), dále k nim patří **prostředí**, ve kterém člověk žije a **ošetřovatelská činnost**.

Pro všeobecné sestry a porodní asistentky to znamená uvědomit si tyto změny zejména:

- nový filozofický (systémový, celostní) pohled na člověka a jeho zdraví

- přesnější definování a chápání zdraví (umožňují to vědomosti z oblasti teorií a modelů v ošetrovatelství)
- větší zájem o význam zdraví pro život jedince (rodinu, komunitu) a jeho očekávání kvalitní zdravotní i ošetrovatelské péče

V době převratných reforem v systémech zdravotní péče a tváří v tvář neustále narůstajícím zdravotním problémům *jsou sestry a porodní asistentky stále častěji považovány za základní zdroj většiny strategií pro reformu zdravotnictví.*

Obě tyto profese představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu v Evropském regionu, pracují na nejrůznějších pozicích a jejich práce podstatnou měrou přispívá k plnění cílů, jenž si členské státy stanovily pro zdraví populace v 21. století.



K novým výzvám, před kterými tyto dvě profese stojí patří např.: *přizpůsobení služeb v průběhu celého kontinua péče o potřeby těch nejohroženějších; edukace jedinců a celých rodin o technikách péče o sebe sama, včetně reprodukčního zdraví; edukace o pomoci při samostatném zvládnutí chronických onemocnění, apod.*

Sestrám a porodním asistentkám připadne také nová významná role v souvislosti s přeměnou nemocnic na zařízení podobná dnešním jednotkám intenzivní péče a v souvislosti s výrazným zkracováním doby hospitalizace.

K tomu je potřeba, aby tyto profese byly kompetentní a byly schopné si průběžně poradit se změnami.



2.1.9 „Funkční typy zdraví“ – model pro posouzení stavu zdraví

V souladu s novou koncepcí ošetřovatelství a rozšířenými rolemi sester a porodních asistentek vznikl v *roce 1974 v USA model pro systematické posouzení zdravotního stavu (stavu zdraví a rizik pro zdraví) klientů/pacientů*. Jeho autorkou je nyní již emeritní profesorka ošetřovatelství z Boston Colleague v Massachusetts **Marjory Gordonová** s týmem svých spolupracovníků – viz samostatná e-opora: Standardní model ošetřovatelství.

2.2 Strategie WHO v péči o zdraví populace – východiska

JAKÉ JE ZDRAVÍ LIDÍ V EVROPĚ ?

Je mnohem horší, než by mělo být !



Zdraví stojí za to, abychom se ptali:

- Jaké je ?
- Proč je takové ?
- Co společně uděláme, aby bylo lepší ?

Výsledky padesátiletého výzkumu zveřejněné v sedmdesátých letech 20. století **Thomasem McKeownem** prokázaly skutečnost, že zaměření zdravotnických služeb je chybné, a že společenské investice do zdraví nejsou dobře využívány. V *praxi se pak vliv zdravotnických služeb na zdraví lidí běžně přeceňuje, a naopak se nedoceňuje vliv vlastního chování lidí a životního prostředí.*



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění hlavních determinant zdraví populace, novou strategii WHO v péči o zdraví populace v Evropě, vztah „léčby a péče“, koordinaci profesních úkolů spojujících role lékařů a všeobecných sester a charakteristiku socioekologického modelu zdraví.



2.2.1 Determinanty zdraví populace a problémy s jejich ovlivňováním

Mezi hlavní determinanty zdraví patří:

(procentuální vyjádření prvních dvou údajů se v odborné literatuře liší):

- *životní způsob lidí – životní styl (50 %),*
- *životní prostředí (přírodní a společenské prostředí) (30 %)*
- *genetický základ, věk a pohlaví (10 %)*
- *zdravotnické služby (10 %)*

Podle Světové banky však podílu determinant zdraví populace neodpovídají náklady, které společnost do zdraví investuje. Nejnákladnější jsou v tomto ohledu nemocniční služby, zejména ty, k nimž je nezbytná špičková technika. Rychlý rozvoj medicínských technologií a překotný růst nákladů vede k závěru, že žádná země na světě, jakkoli ekonomicky výkonná, si nemůže dovolit věnovat na medicínskou péči tolik prostředků, kolik by lékaři v nemocnicích dokázali utratit v dobře míněné snaze pomoci svým pacientům.

Mezinárodní zkušenosti ukázaly, že účinné ovlivnění zdraví populace není nijak snadné. V *západních zemích*, kde úsilí o demokracii a respektování základních lidských práv bylo běžnou realitou, *se nenaplnily naděje vkládané do mechanismů tržní regulace ve zdravotnictví, očekávané zlepšení nepřinesly ani zdravotnické pojišťovací systémy, které zahrnuly jen relativně malý úsek široce chápané péče o zdraví.*

V zemích střední a východní Evropy byly rovněž neúčinné byrokraticky a centralisticky řízené soustavy zdravotní péče. Navíc zúžení možnosti rozhodování jednotlivců a sociálních skupin ve snaze dosáhnout "jednoty myšlení" omezilo schopnost občanů rozpoznat, hájit a naplňovat základní lidské hodnoty, snížila se hodnota vzdělání a omezila se možnost vyslovení vlastního názoru. Výsledkem byla u většiny občanů rezignace, pasivita a snížení zájmu o své vlastní zdraví.

Tyto zkušenosti ukázaly, že bez určité míry osobní svobody, úrovně kultury a vzdělanosti je snaha zapojit občany do péče o své vlastní zdraví neúčinná a téměř marná.

Shrnutím poznatků a zkušeností dospěli odborníci k závěru, že je nutné:

1. **Změnit strategii péče o zdraví populace tzn. změnit přístup ke zdraví a zdravotním problémům.**
2. **Připravit a realizovat programy orientované na zlepšení zdraví lidí.**

Výsledky výzkumu Evropské studie (Ashworth,1987) zahrnovaly i oblast celkové kvality péče o zdraví populace. Tyto výsledky ukázaly, že vedle kvalitní diagnostiky a léčby chorob, vzniká řada zdravotních komplikací, úmrtí a handicapů např. *snižování soběstačnosti a zvyšování závislosti na okolí*, jejichž důsledkem je *snižování kvality života lidí*.

Výzkum více méně potvrdil předpoklady, že tyto komplikace vznikají z nedostupné kvalitní ošetrovatelské (nelékařské) péče, což velmi výrazně zvyšuje náklady tradičně organizovaných zdravotnických systémů.

2.2.2 Nastolení rovnováhy ve vztahu léčba – péče



Z hlediska veřejného zájmu proto *nová strategie SZO v péči o zdraví populace* nastoluje rovnováhu ve vztahu **léčba (chorob) – péče** (o individuální potřeby jednotlivců, rodin, komunit a celé populace).

Z hlediska *efektivity* je proto nutné, aby kvalitní celková péče o lidi zdravé, nemocné, handicapované a umírající byla poskytována nejen lékaři, ale i kvalifikovanými nelékařskými profesemi: *všeobecnými sestrami, porodními asistentkami, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychoterapeuty, a jinými zdravotnickými a sociálními pracovníky*.

O zdraví populace pečují multidisciplinární týmy poskytovatelů různých zdravotních a sociálních služeb. *Každá profese v týmu plní své odborné úkoly, aby bylo dosaženo celkové kvality péče o zdraví jednotlivců, rodin a komunit, z tohoto hlediska proto není možná profesní zastupitelnost.*



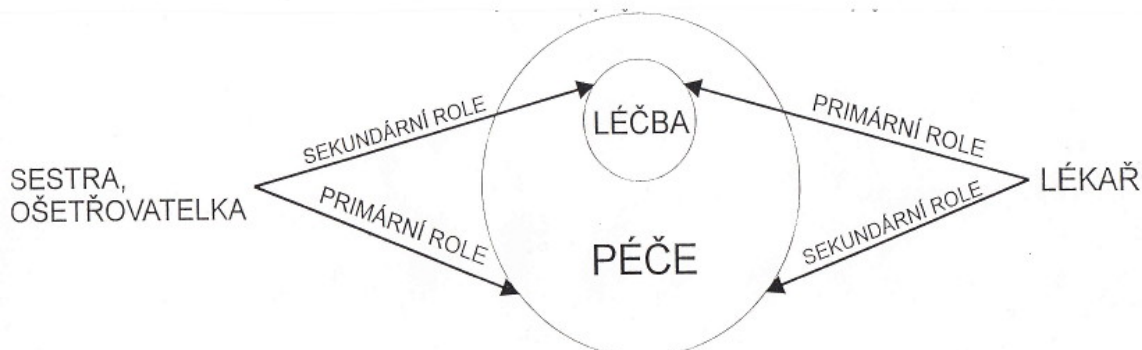
Péče je minutu co minutu věnovaná pozornost základním lidským potřebám.

Tato péče zajišťuje prostředí pro léčbu, aby mohla být uskutečněna, pokud je vůbec možná.



Následující obrázek ukazuje koordinaci profesních úkolů, které spojují *role lékařů a role všeobecných sester* v systému nově koncipované péče o zdraví populace podle strategie WHO.

MODEL: LÉČBA – PÉČE



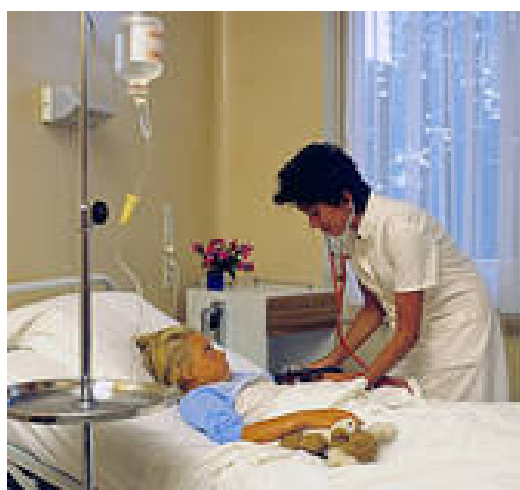
LÉČBA JE SOUČÁSTÍ PÉČE O ZDRAVÍ

LÉČBA JE OBKLOPENA ŠIROKOU BÁZÍ PÉČE

KOORDINACE FUNKCÍ SPOJUJE ROLE LÉKAŘŮ A SESTER

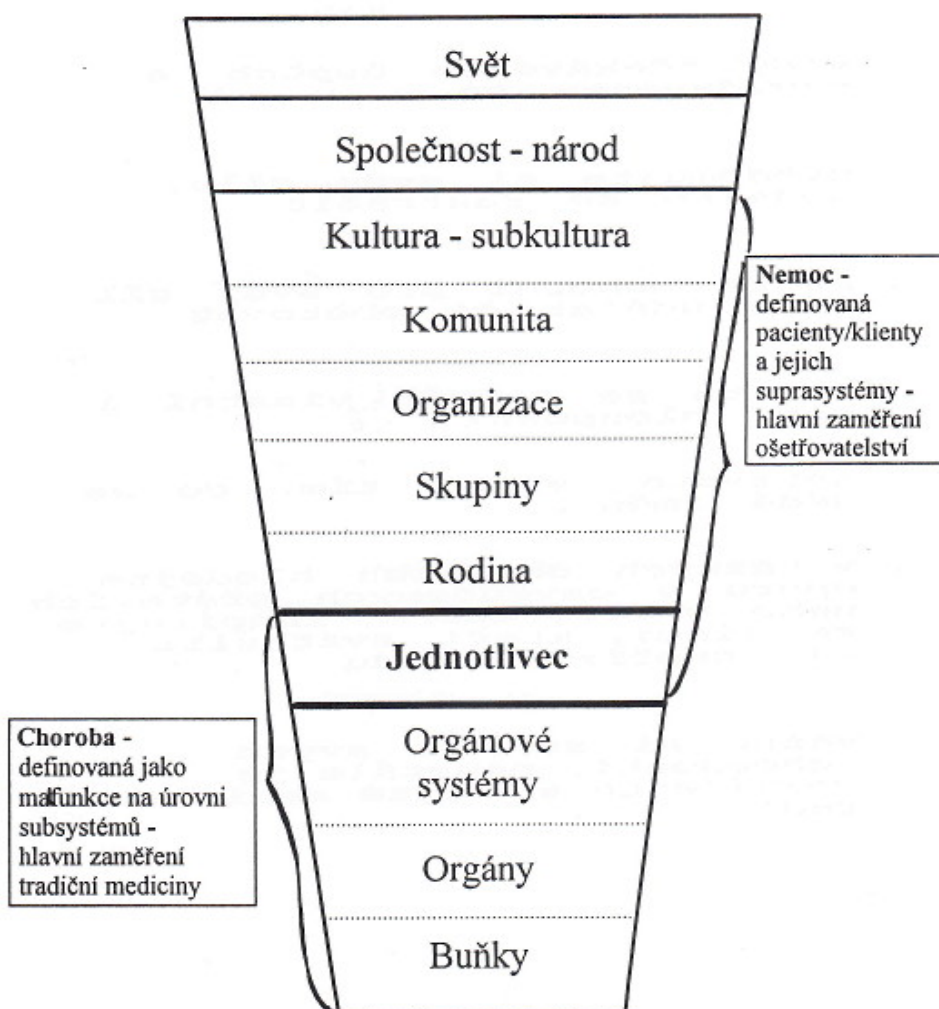
LÉKAŘ MÁ PRIMÁRNÍ ROLI V LÉČBĚ A DIAGNOSTICE

SESTRA MÁ PRIMÁRNÍ ROLI V PÉČI O POTŘEBY KLIENTŮ/PACIENTŮ.



Koncepce ošetrovatelství podle WHO (1988) systematicky vymezuje i pole působnosti ošetrovatelství vůči tradiční medicíně v systému zdravotní péče. Systémově je odlišen obsah pojmů: *nemoc* a *choroba*. – viz obrázek.

**Systémová hierarchie odlišující nemoc od choroby
a ošetřovatelství od tradiční medicíny**



2.2.3 Socio-ekologický model zdraví

V mezinárodním měřítku byla velmi důležitým podnětem tzv. **Lalondova zpráva: *Nové perspektivy zdraví Kanadčanů z roku 1974***. Vyjádřila potřebu širokého přístupu ke zdraví a současně i nezbytnost vytvoření demokraticky pojaté péče o zdraví rozvíjené pokud možno za účasti všech občanů:



LALONDOVÁ ZPRÁVA – základní charakteristiky:



SAMOSTATNÝ ÚKOL 4

Mezi uvedené základní charakteristiky Lalondovy zprávy nepatří:

- a) Zdraví není dílčí medicínskou specializací
- b) Prevence je ekonomicky výhodná
- c) Zdraví je geologickou disciplínou
- d) Psychosociální a biochemické faktory se na vzniku nemoci podílejí přibližně stejně
- e) Optimální zdraví – zvládání, vhodná výživa, tělesná aktivita, zdravé přírodní a psychosociální prostředí
- f) Zdraví je předmětem zkoumání biologických věd
- g) Zdraví může ovlivnit každá osoba svým chováním a životním stylem

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



PRO ZÁJEMCE 1

Podrobnější charakteristiky Lalondovy zprávy:

1. Zdraví není dílčí medicínskou specializací, ale vyžaduje společné úsilí nejen zdravotnických profesionálů, ale i dalších nezdravotnických profesí spolupracujících na zásadě rovnosti.
2. Lze prokázat, že preventivní úsilí orientované na udržení zdraví je ekonomicky výhodné.
3. Chránit a rozvíjet své vlastní zdraví je možností i výsadou každé osoby, která volbou svého životního stylu může své zdraví ovlivnit více, než medicína jako taková. Výchova hraje v tomto směru větší úlohu než diagnostika a léčba.
4. Psychosociální a biochemické faktory se na vzniku onemocnění podílejí zhruba stejnou mírou.
5. Znalost zdravotního stavu (tělesného a duševního) a faktorů, které jej ovlivňují, je nezbytná pro posuzování vztahu a rovnováhy mezi zdravím a nemocí, mezi životem a smrtí.

6. Optimální zdraví je založeno na zvládnutí stresu, vhodné výživě, pravidelné tělesné aktivitě a zdravém přírodním a psychosociálním prostředí.
7. Pokud se podaří zvládnout všechny nemoci lidský život se prodlouží přibližně o deset let. Lze očekávat, že biologický potenciál člověka je mnohem delší, a na to je nezbytné orientovat další výzkum.
8. Zdraví závisí přibližně z 90 % na výše zmíněných faktorech, které leží mimo tradiční oblast biomedicínských technologií, jak prokázali McKeown, Illich, Palmer, a mnozí další.



Marc LALONDE byl v roce 1974 ministrem zdravotnictví kanadské vlády. V dokumentu: *A New Perspective on The Health of Canadians (Nové perspektivy zdraví Kanadčanů)* byl poprvé použit nový široce chápaný pojem pro zdraví – **zdravotní situace** – stav, který je tvořen čtyřmi prvky: *humánní biologii, životním stylem, prostředím a organizací zdravotní péče.*



LALONDE, The Hon. Marc, P. C., O. C., Q. C., LL. L., M. A. (*1929)

SOCIO-EKOLOGICKÝ MODEL ZDRAVÍ – hlavní charakteristiky:

- *Holistické (celostní) pojetí člověka (rodiny a komunity)*
- *Sociální status (pohlaví, věk, vzdělání, příjem, bydlení).*
- *Kultura, sociální a individuální hodnoty – zájmy, životní cíle, zvyky, typy chování ve vztahu ke zdraví.*
- *Subjektivní stránky zdraví – osobní pocity, emocionální ladění (pozitivní, negativní).*
- *Uvědomění si vlivu každodenního chování na zdraví (kouření, alkohol, úrazy, nedostatečný pohyb, přejídání).*
- *Výsledný stav zdraví jedince je důsledkem jeho aktivit a životního stylu.*
- *Pěstovat vědomí vlastní důstojnosti – pečovat o sebe sama a využívat zdraví podporující aktivity a služby.*
- *Uvědomit si, že existuje široká škála metod péče, léčby a uzdravování.*



PRO ZÁJEMCE 2

Podrobnější charakteristiky socio-ekologického modelu zdraví:

1. Zaměření na celostní bytost člověka (holistické pojetí), jako člena rodiny a společnosti, který patří k určité kultuře a plní odpovídající občanské a sociální role.
2. Zájem o sociální charakteristiky zdraví, např. úroveň zdraví v závislosti na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání, apod.
3. Snaha o porozumění kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví (zájmy, životní cíle, zvyky, typy chování upevňující nebo ohrožující zdraví).
4. Pozornost věnována subjektivní stránce zdraví a roli osobních pocitů a emocí ve vztahu ke zdraví (pozitivní a negativní prožívání).
5. Úsilí o pochopení vlivu každodenního chování a jednání jednotlivce na vlastní zdraví (kouření, alkohol, úrazy, apod.).
6. Zdraví je chápáno v celé své šíři s vědomím, že výsledný zdravotní stav není jen výsledkem vztahu zdravotnického profesionála a pacienta, ale do značné míry důsledkem aktivity samotného jednotlivce.
7. Snaha vzbudit a pěstovat vědomí vlastní důstojnosti. Péče o sebe sama je nezbytnou základní podmínkou a první formou péče, na kterou potom navazují další zdravotnické služby.
8. Vědomí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování.



Socio-ekologický model zdraví zahrnuje rovnováhu ve vztahu léčba (chorob) – péče (o individuální potřeby jednotlivce, rodiny a komunity), komplementární působení, a co nejvyšší účinnost na zdraví populace.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 14

Zamyslete se, proč není ani nemůže být zdraví dílčí medicínskou disciplínou.



2.2.4 Úloha Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHO – World Health Organization (SZO – Světová zdravotnická organizace) je specializovanou organizací v rámci soustavy OSN. Má obdobné postavení v OSN jako Mezinárodní dětský fond (UNICEF), Mezinárodní organizace pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO), aj. Členy WHO jsou vlády jednotlivých států, které také poskytují finanční prostředky pro její rozpočet.



WHO má prvořadou odpovědnost za problematiku zdraví a veřejného zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Je řízena 192 členskými státy prostřednictvím Světového zdravotnického shromáždění (WHA). Sekretariát WHO má sídlo v Ženevě a v jeho čele stojí generální ředitel.



Sídlo sekretariátu WHO v Ženevě

Prostřednictvím WHO, která vznikla 7. dubna 1948 si představitelé vlád ze 192 členských zemí vyměňují znalosti a zkušenosti s cílem umožnit všem obyvatelům světa, aby dosahovali takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky i ekonomicky produktivní život.

7. duben (vznik WHO) je každoročně připomínán jako Světový den zdraví.



WHA (World Health Assembly) – zasedání WHA

WHO je decentralizována do šesti regionů: *Evropa, Amerika (Jižní, Střední, Severní), Afrika (mimo arabské země), Východní Středomoří, Jihovýchodní Asie a Západní Tichomoří*. Každá z regionálních úřadoven má program zaměřený na konkrétní zdravotní problémy ve svém regionu.



Regionální úřadovna WHO pro Evropu – sídlo v Kodani

Regionální úřadovna WHO pro Evropu má sídlo v Kodani. Evropský region zahrnuje zhruba 870 milionů osob. Evropský program WHO se soustřeďuje jak na problémy související

s industriální a postindustriální společnostmi, tak na nové demokracie ve střední a východní Evropě a na území bývalého SSSR.

Svou činnost regionální úřadovna WHO pro Evropu zaměřila do tří hlavních oblastí: *zdravý životní styl, zdravé životní prostředí, a poskytování řádné preventivní, léčebné a ošetrovatelské péče;*

2.2.5 Vznik programu „Zdraví pro všechny“ a mezinárodní aktivity WHO



Společná cesta ke zdraví tedy nemůže být jen proklamativním apelem vyzývajícím občany k větší odpovědnosti a aktivitě, ale musí se jednat o skutečnou cílevědomou pomoc jako součást poslání i povinností stávajících i nově zakládaných institucí. To ve svém důsledku posiluje autoritu státní správy i samosprávy.

Je také nezbytné, aby v tomto duchu byla změněna a rozvíjena:

- *péče o životní prostředí*
- *výchovný a vzdělávací systém*
- *informovanost občanů*
- *system zdravotní péče (oblast primární, sekundární i terciární péče)*

CO SPOLEČNĚ UDĚLÁME PRO ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ LIDÍ ?

Společná cesta ke zdraví:

- společný zájem o zdraví
- sdílená odpovědnost
- tvůrčí partnerství respektující jak svébytnost jedince, tak význam lidské sounáležitosti

ZÁKLADNÍ CÍL – Evropské strategie péče o zdraví

Dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny.



„ZDRAVÍ PRO VŠECHNY“

(1984, 1998)

Navazující cíle:

1. *Posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života.*
2. *Snížení výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přináší.*

Metodickým východiskem společné cesty ke zdraví se stal *dlouhodobě pojatý program*, založený na validním informačním a výzkumném základě a systémové teorii řešení problému.

Dokumenty WHO uvádějí, že vědecké metodiky cílového programování a systémového přístupu se začaly plně uplatňovat ve všech oblastech práce WHO hned od počátku sedmdesátých let 20. století. Na tomto základě byl posouzen vývoj zdravotního stavu populace v Evropě i ve světě ve druhé polovině sedmdesátých let.

Hlavní problémy podle WHO:



SAMOSTATNÝ ÚKOL 5

Mezi uvedené hlavní problémy podle WHO nepatří:

1. analýza státního rozpočtu bohatých zemí
2. zdravotní politika nejchudších evropských států
3. problematická kontrola a redukce rizikových faktorů pro zdraví – většina z nich je mimo resort zdravotnictví
4. stagnace a zhoršování zdraví populace
5. rychlý růst výdajů na zdravotnictví

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



Tyto problémy se staly východiskem rozsáhlého **celosvětového hnutí za zlepšení péče o zdraví populace**, které úzce souvisí s politickými, ekonomickými a společenskými změnami v jednotlivých zemích.



PŘEHLED HISTORICKY VÝZNAMNÝCH MEZINÁRODNÍCH AKTIVIT A KONFERENCÍ WHO



V roce 1977 WHO přijala dvě důležité rezoluce:

1. **Historická rezoluce** (WHA 30.43) formulovala základní cíl na příští dvě desetiletí: *Hlavním sociálním cílem vlád a WHO v následujících desetiletích by mělo být, aby **všichni občané světa** dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky a ekonomicky produktivní život.* Tento cíl je znám pod názvem **Zdraví pro všechny do roku 2000.**

2. Rezoluce (WHA 30.38) deklaruje: **Význam sester a porodních asistentek v primární péči.** Tato rezoluce se obrátila na členské státy, *aby prostudovaly jejich role a funkce a naplánovaly racionální zvýšení jejich počtu v souladu s tím, jak která země potřebuje primární zdravotní péči.*

V roce 1978 Mezinárodní konference V Alma-Atě se zaměřila na nové pojetí **Základní (primární) zdravotní péče** v závěrečné deklaraci, byla označena za jeden z nejdůležitějších prostředků realizace nové politiky péče o zdraví. S tím souvisí i nové vymezení rolí zdravotnických profesí v systému péče o zdraví. *Např. lékaři mají primární roli v léčbě a diagnostice, sekundární roli v péči. Všeobecné sestry mají primární roli péči a sekundární roli v léčbě a diagnostice.*

V roce 1980 WHO označila Program Zdraví pro všechny do roku 2000 za směrnici rozvoje péče o zdraví pro všechny členské země (WHA č.33), a tak tento program začal plnit funkci **celosvětové zdravotní strategie.**

V roce 1981 WHO přijala dokument **Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000** (WHA č. 34), následovalo vydání pomocných metodických materiálů zaměřených na ukazatelé průběžného sledování a kontrolu dílčích výsledků programu, na otázky řízení rozvoje péče o zdraví v jednotlivých zemích, a na principy hodnocení zdravotních programů. Zvláštní pozornost byla věnována průpravě zdravotnických profesí:

„Ministerstva zdravotnictví a jiná zainteresovaná ministerstva a instituce, např. ministerstvo školství, přehodnotí přípravu z hlediska počtu, typu a kvality různých potřebných kategorií zdravotnických pracovníků. Taková průprava bude odpovídat za roli zdravotníků při podnecování jednotlivců a rodin k péči o sebe sama. Zodpovědní pracovníci vyvinou úsilí, aby se potřebné reformy zrealizovaly na lékařských fakultách, dostaly do zdravotních věd a jiných relevantních vzdělávacích institucí, aby zdravotnický personál kromě svých technických znalostí byl seznámen i s filozofií rozvoje zdraví tak, jak byl zformulován v deklaraci z Alma-Aty.“

V roce 1984 schválil Evropský regionální výbor WHO **38 regionálních cílů péče o zdraví.** To byla významná změna pro systémy zdravotní péče v západní Evropě. *Poprvé v historii země EU přijaly společné zásady zdravotní politiky jako východisko samostatné i společné práce.* Důležité bylo přijetí společných kritérií pro hodnocení zdravotní situace, společných zásad řešení zdravotních problémů a rozvoj systematické spolupráce ve všech oblastech souvisejících se zdravím lidí. V tomtéž roce byla uspořádána Evropská konference o plánování a řízení, která se zabývala reformami zdravotnických soustav.

V roce 1986 se konala v Ottavě I. Mezinárodní konference **O podpoře zdraví** (Health Promotion), která se zaměřila na zdravý životní styl, chování člověka a jeho význam pro zdraví. Závěry jsou shrnuty v Ottavské chartě "O posilování a rozvoji zdraví", která zahrnuje podporu zdraví v pěti oblastech: zdravotní politice; příznivém životním prostředí; rozvoji individuálních schopností a dovedností; široké společenské aktivitě; a nově orientovaných zdravotnických službách. *V mezinárodním měřítku byla na této konferenci přijata filozofie systémového (celostního – holistického) pojetí člověka – v novodobé historii byl tak poprvé položen hlavní důraz na zdraví, nikoli na nemoci, a na nejdůležitější podmínky jeho rozvoje.*

V roce 1988 se konala II. Mezinárodní konference, rovněž orientována na posilování a rozvoj zdraví (Health Promotion) v Adelaide (v Austrálii). Zdůraznila význam zdravotní politiky a potřebu jejího systematického rozvoje.

V roce 1988 se konala ve Vídni I. Evropská konference O **ošetřovatelství týkající se rozvoje adekvátních služeb v primární péči o zdraví, zde byla také poprvé formulována Nová koncepce profesionálního ošetřovatelství a nutnost změn ve vzdělání kvalifikovaných sester** (Vídeňská deklarace).

V roce 1988 se konala v Edinburghu (ve Skotsku) Mezinárodní konference zaměřena na změny ve vzdělání lékařů. Závěry jsou shrnuty v tzv. **Edinburghské deklaraci**. Na ni navázala další konference o vzdělání a výchově lékařů v **roce 1993**, která se konala rovněž v Edinburghu.

V roce 1989 42. Světové zdravotnické shromáždění vydalo rezoluci (WHA č.42.27):

O posílení ošetřovatelství a porodní asistence v rámci podpory strategií Zdraví pro všechny do roku 2000 Členské státy v ní byly vyzvány, aby:

"...podněcovaly a podporovaly jmenování sester a porodních asistentek do důležitých vedoucích a řídicích funkcí a usnadňovaly jejich účast na plánování a realizaci péče o zdraví v dané zemi".

Počátkem devadesátých let reagovala regionální kancelář WHO pro Evropu na výzvu zemí EU k podpoře transformace zdravotnických systémů v zemích střední a východní Evropy.

V roce 1991 na jednání Regionálního výboru úřadovny WHO pro Evropu *byl přijat program EUROHEALTH*, který vycházel ze strategie WHO "Zdraví pro všechny do roku 2000", a pro období 1995 – 2000 měl šest hlavních priorit: *novou zdravotní politiku; reformu zdravotní péče; péči o matku a dítě; infekční nemoci; civilizační choroby; a podporu zdraví a životní prostředí.*

V roce 1992 45. Světové zdravotnické shromáždění vydalo rezoluci (WHA č.45.5) **Důraz na řízení ošetřovatelství sestrami** – výzva členským státům.

Toto uznání významu sester a porodních asistentek ve vedoucích funkcích bylo na shromážděních, které organizovala SZO odhlasováno několikrát. (Další rezoluce WHO, které doporučily akce zaměřené na posílení ošetřovatelství a porodní asistence WHA.47.9; WHA.48.8; WHA.49.1)

V roce 1996 se konala v Ljublani Evropská konference o reformě zdravotní péče, která analyzovala v této oblasti trendy a identifikovala naléhavé problémy i úskalí jejich řešení. Na konferenci byla všemi členskými státy přijata **Ljublanská charta**, která zdůraznila, že reforma zdravotní péče by měla být nedílnou součástí celkové zdravotní politiky. *Charta dále zdůraznila, že systémy zdravotní péče musí:*

- respektovat princip lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a profesionální etiky;
- být zacíleny na jasné úkoly týkající se přínosu pro zdraví lidí;
- být vnímavé k potřebám obyvatel;
- soustředit se na trvalé zlepšování kvality péče;
- zajistit finanční prostředky, které umožní všeobecnou a trvale udržitelnou dostupnost

zdravotní péče;

- být orientovány na základní (primární) zdravotní péči;

Ljublanská charta má významné důsledky pro reformu zdravotní péče v evropském kontextu. *Vyslovila pochyby o příznivém vlivu konkurence v oblasti zdravotní péče na zdraví.* Ukázalo se, že finanční mechanismy přerozdělování se musí zaměřit spíše na poskytování služeb, než na poptávku, aby se dosáhlo lepších zdravotních výsledků u populace. Ljublanská charta tak vrací zdraví do centra pozornosti, a tím orientuje politická a organizační opatření na přínos pro zdraví lidí.

V roce 1997 (21.- 25. července) v Jakartě v Republice Indonésie byla na čtvrté konferenci (Health Promotion) přijata **Jakartská deklarace** o vstupu **Posilování a rozvoje zdraví do 21. století**. Bylo připomenuto, že před 20 léty (1977) se členské státy WHO přihlásily k náročným úkolům celosvětové strategie Zdraví pro všechny a k principům základní (primární) zdravotní péče (z Alma-Aty, 1978). *(První tři konference k této problematice se konaly: V Ottavě 1986; v Adelaide, Austrálie, 1988; a v Sundsvallu ve Švédsku, 1991).*

V roce 1998 (v květnu) se konalo 51. Světové zdravotnické shromáždění (WHA) v Ženevě, které přijalo *novou strategii WHO: ZDRAVÍ 21 (Zdraví pro všechny v 21. století)*. Tento program představuje osnovu pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky. Program je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu široké spektrum determinant zdraví a různý stupeň jejich ovlivnitelnosti, zdůrazňuje širokou sociální podmíněnost zdraví i péče o ně, soustavně využívá poznatků výzkumu.

Evropská komise připomněla mimo jiné tyto problémy vztahující se ke zdravotnictví v souvislosti s rozšiřováním Evropské unie:

- absence moderní a jasně vymezené zdravotní politiky jednotlivých zemí
- rostoucí výskyt infekčních onemocnění a pokles proočkovanosti
- zvyšující se počet osob závislých na drogách
- špatná vybavenost záchranných služeb
- relativně nízká sociální a ekonomická pozice zdravotnického personálu jako potenciální příčina migrace
- nízké zapojení veřejnosti v péči o zdraví
- špatné životní prostředí

V roce 2000 (ve dnech 15. – 17. června) v Mnichově se konala 2. konference ministrů zdravotnictví Evropského regionu k problematice **ošetrovatelství a porodní asistence v Evropě**. Byl tak uskutečněn významný krok ke zlepšení pozice ošetrovatelství a porodní asistence. 48 ministrů zdravotnictví z Evropského regionu SZO podepsalo **Mnichovskou deklaraci** – prohlášení o záměru, jímž jsou nyní signatáři vázáni.

Podpisem deklarace se vlády zavazují:

- zajistit podíl ošetrovatelství a porodní asistence při rozhodování na všech úrovních vývoje a uskutečňování politiky;
- odstraňovat překážky zvláště v politice nábory pracovníků, v otázkách rozdílnosti pohlaví, statutu a lékařské dominance;
- vytvářet finanční pobídky a příležitosti ke kariéernímu postupu;

- zlepšovat pregraduální a další vzdělávání a přístup k vysokoškolskému vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci;
- vytvářet pro sestry, porodní asistentky a lékaře příležitosti ke společnému studiu na pregraduální i postgraduální úrovni, aby tak byla zajištěna lepší spolupráce a interdisciplinární pracovní přístup v zájmu kvalitnější péče o pacienta;
- podporovat výzkum a diseminaci informací k rozvinutí vědění a praxe založené na důkazech (evidence based practice) v ošetrovatelské praxi a praxi porodní asistence;
- hledat příležitosti k založení a podpoře programů a služeb na rodinu zaměřeného komunitního ošetrovatelství a porodní asistence, včetně kde je to vhodné, rodinné sestry (Family Health Nurse);
- posilovat roli sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a vývoji komunity.

Mnichovská deklarace rovněž zavazuje vlády k rozvíjení komplexních strategií plánování pracovních sil a odpovídajícího regulačního rámce. Ministři přislíbili, že sestrám a porodním asistentkám umožní pracovat s využitím jejich plného profesionálního potenciálu jako „nezávislým a současně vzájemně závislým kvalifikovaným odborníkům“.

V roce 2001 (21. května) 54. Světové zdravotnické shromáždění (WHA.54.12) přispělo k **posílení ošetrovatelství a porodní asistence**.

Naléhavě žádá členské státy, aby:

1. uplatňovaly reformu zdravotnictví se zapojením sester a porodních asistentek do formulování, plánování a realizace zdravotní politiky na všech úrovních;
2. vypracovaly a realizovaly národní akční plány na podporu zdraví a modely vzdělávání, legislativy, regulačních opatření a praxe pro sestry a porodní asistentky;
3. zakládaly komplexní programy rozvoje lidských zdrojů podporující přípravu a udržení kvalifikovaných sil v ošetrovatelství a porodní asistenci v rámci zdravotních služeb;
4. vypracovaly a realizovaly programy, které zajistí sestrám a porodním asistentkám zdravá pracoviště a kvalitní pracovní prostředí;
5. průběžně vyhodnocovaly potřeby sester a porodních asistentek a realizovaly národní akční plány rozvoje ošetrovatelství a porodní asistence jako nedílnou součást národní zdravotní politiky;
6. posílily rozvoj ošetrovatelských služeb, které budou reagovat na zdravotní potřeby na základě vědeckých a klinických důkazů;
7. vypracovaly plány na hodnocení ošetrovatelských služeb;



Nová politika a strategie péče o zdraví WHO – výchozí teze

- Lidé – jsou spoluvůrci svého zdraví
- Napomáhat – rozvoji dílčích aktivit směřujících ke zdraví
- Podporovat zájem občanů – odpovědnost a aktivity
- WHO – účinné usměrňování procesu

Těžiště systémových změn ve zdravotnictví:

- **Ekonomické hledisko:** snížení nákladů (*uplatnění ekonomických nástrojů řízení v systému zdravotní péče, např. DRG – platba za diagnózu v nemocnicích*)
- **Veřejnoprávní hledisko:** Nová funkce veřejné správy – zajistit dostupnost a kvalitu péče o zdraví občanů (*decentralizace státní správy – nové zákony*)



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění problematiky primární (základní) zdravotní péče a její roli v péči o zdraví.



2.2.6 Základní (primární) zdravotní péče a prevence

Mezinárodní konference o základní (primární) zdravotní péči v Alma-Atě v roce 1978 vyzvala světovou veřejnost k aktivitám, které chrání zdraví všech lidí. *Mimo jiné konstatovala, že dosavadní závažné rozdíly ve zdravotním stavu lidí uvnitř států jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné a jejich odstranění je společným zájmem všech zemí.*

Podpora a ochrana zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického a sociálního rozvoje, zlepšuje kvalitu života a přispívá k světovému míru. Lidé mají právo a povinnost podílet se na péči o své zdraví. Vlády nesou za zdraví svého lidu odpovědnost, které se mohou zhostit jen uplatněním přiměřených zdravotních a sociálních opatření.

Zdraví umožňuje lidem na celém světě vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví je prostředkem k dosažení tohoto cíle, který odpovídá sociálně spravedlivému pokroku (Alma-Ata, 1978).

Hlavní charakteristiky primární péče

Jde o nezbytně nutnou péči, založenou na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech.

Je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám za cenu, kterou si společnost a stát mohou dovolit.

Je integrální součástí jak zdravotnictví, jehož je hlavním článkem a metodou, tak celkového sociálního a ekonomického rozvoje společnosti.

Je první linií kontaktu jednotlivců, rodin a veřejnosti se zdravotnictvím, které přibližuje péči o zdraví co nejvíce k jejich bydlišti a pracovišti.

Primární zdravotní péče je současně základním článkem péče o zdraví na určitém stupni svého rozvoje v souladu s vlastním pojetím.



PRO ZÁJEMCE 3



Podrobnější charakteristiky základní (primární) péče

1. Primární zdravotní péče je odrazem a produktem ekonomických poměrů, společenských, kulturních a politických charakteristik země a obyvatel, opírá se o aplikaci podstatných výsledků výzkumu sociálních a zdravotnických služeb a o zkušenosti veřejného zdravotnictví.

2. Soustřeďuje se na hlavní zdravotní problémy společnosti a zajišťuje odpovídající preventivní, léčebné a rehabilitační služby.
3. Zajišťuje výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnutí, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné vody a základní hygienu, péči o matku a dítě, včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním infekčním chorobám, prevenci a kontrolu místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí a poranění a zásobování základními léčivými.
4. Týká se kromě zdravotnictví i dalších odvětví a faktorů celostátního a místního rozvoje, zejména zemědělství a chovu domácího zvířectva, výroby potravin, průmyslu, výchovy, bydlení, výstavby, dopravy a spojů a vyžaduje koordinované úsilí všech těchto odvětví.
5. Vyžaduje a prosazuje maximální soběstačnost skupin a jednotlivců a jejich spoluúčast na plánování, organizaci, řízení a kontrole základní péče o zdraví při maximálním využití místních, celostátních i jiných dostupných zdrojů. Proto vhodnou výchovou rozvíjí podíl veřejnosti na aktivitách v péči o zdraví.
6. Měla by být zajištěna integrovanými systémy se zpětnou vazbou, vzájemně se podporujícími a vedoucími k postupnému zlepšování péče o zdraví všech lidí, a to zejména těch, kteří to potřebují nejvíce.
7. Spočívá na územně orientované zdravotní péči poskytované zdravotnickými profesionály tj. lékaři, všeobecnými sestrami, porodními asistentkami, rehabilitačními pracovníky, pomocnými pracovníky, jinými terapeuty, vždy však řádně vzdělanými všeobecně i odborně, kteří jsou členy zdravotnických týmů a přejímají odpovědnost za výsledky své i kolektivní práce a za uspokojování zdravotních potřeb společnosti (Alma-Ata, 1978).



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění opatření k realizaci podpory zdraví, preventivních strategií a ošetrovatelskou praxi v primární péči. Vyjmenovává nejčastější rizika pro zdraví a zaměření prevence na vybraná onemocnění.



Prevenici v primární péči a podporu zdraví charakterizují přístupy, jimiž se celá společnost snaží dosáhnout zlepšení zdravotního stavu populace. K tomu lze využít celou řadu opatření, k nimž patří zejména:

- zdravotní politika státu
- výchova ke zdravému způsobu života
- komunitní programy zaměřené na zlepšení podmínek pro zdravý způsob života
- vyhledávání lidí se zvýšenými riziky a v bezpříznakovém stádiu onemocnění (depistáž, screening) a péče o ně

Preventivní strategie může být zaměřena na celou populaci, jednotlivé komunity nebo jednotlivce. Po celosvětových zkušenostech z minulých let dochází v současné době k odklonu od populačně široce založených preventivních programů.

Účinná prevence musí být směřována na jasně definovaná rizika a skupiny lidí, kteří jsou jimi ohroženi. Ideálními prostředníky pro poskytování preventivních služeb jsou praktičtí lékaři a sestry.

Primární zdravotní péče tvoří koncepční rámec, který zahrnuje nejen plánování, organizaci a poskytování péče o zdraví, ale i odborné vzdělání a průpravu těch, kteří ji poskytují.

Ošetřovatelství (ošetřovatelská péče) - praxe sester a porodních asistentek by se měla zaměřovat na:

- *podporu a zachování zdraví a prevenci vzniku onemocnění;*
- *zapojení jedinců, rodin a komunit do péče a umožnění jim převzetí větší zodpovědnosti za své zdraví;*
- *aktivní úsilí o snížení nespravedlivého přístupu ke zdravotní péči a uspokojení potřeb celých populací, zvláště těch, kterým se nedostává dostatečných služeb;*
- *multidisciplinární a multisektoriální spolupráci;*
- *zajištění kvality péče a vhodného využití technologií;*
- *restrukturalizaci, přeorientování a podpoření základních programů ošetřovatelského vzdělání, aby byly vychovány sestry, které dokáží pracovat jak v nemocnici, tak i mimo ni*

(Nursing practice, 1996).

K ZAPAMATOVÁNÍ 1



Nejčastější rizika pro zdraví

- nedostatek pohybové aktivity
- zvýšená hladina cholesterolu

- nadváha a obezita
- zvýšení krevního tlaku
- nezdravá výživa
- kouření
- konzumace alkoholu
- zneužívání drog
- nadměrná expozice ultrafialovému záření
- sexuální zneužívání a násilí
- stres



K ZAPAMATOVÁNÍ 2

Prevence je zaměřena zejména na poruchy zdraví a vybraná onemocnění:

- kardiovaskulární
- diabetes mellitus
- nádory děložního čípku
- nádory kůže
- plicní karcinom
- karcinom prostaty
- karcinom prsu
- kolorektální karcinom
- karcinom dutiny ústní
- osteoporózu
- deprese a úzkost
- sebevražedné chování



SAMOSTATNÝ ÚKOL 6

K uvedeným typům prevence přiřaďte správné charakteristiky a) b) c):

1. PRIMÁRNÍ PREVENCE (*u relativně zdravých lidí*)
 2. SEKUNDÁRNÍ PREVENCE (*u klientů s akutním onemocněním, kdy dojde k uzdravení*)
 3. TERCIÁRNÍ PREVENCE (*u chronický a nevyléčitelně nemocných*)
- a) pozorování a detekce jednotlivců a skupin s příznaky onemocnění nebo handicapu tělesného, mentálního a sociálního, zabránění vzniku komplikací, kterým lze předejít;
- b) vyhledávání a detekce jednotlivců a skupin u rizikové populace s charakteristickými

- projevy možného poškození zdraví;
- c) pozorování a detekce jednotlivců a skupin osob s poškozeným, zdravím, jejich reakci na chorobu nebo handicap v tělesných, mentálních a sociálních oblastech.

Správné řešení najdete na konci této kapitoly.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na význam a cíle dlouhodobého programu „Zdraví pro všechny v 21. století v Evropě.“



2.2.7 Program „Zdraví pro všechny v 21. století“ – Evropská strategie WHO



Základní oblasti Evropské strategie péče o zdraví – (realizace pomocí mezinárodních norem a standardů EU)

- Ekvita (spravedlnost) – podmínky pro znevýhodněné skupiny osob
- Etická hlediska – v rozhodování ve vztahu ke zdraví jedinců, rodin, komunit
- Aktivní účast občanské společnosti
- Posílení primární (základní) zdravotní péče
- Meziodvětvová spolupráce – státní správa, instituce, organizace

- Mezinárodní spolupráce

Evropský region je plný velkých protikladů. Všechny členské státy sice zastávají zásady demokracie, lidských práv a politického pluralismu, ale jsou mezi nimi jak vysoce rozvinuté a bohaté země, tak některé chudé nebo velmi chudé státy.

Počet členských států vzrostl na 51, a tím se zvětšil i rozsah problémů. Trvalé nesnáze spojené s bídou a nezaměstnaností prohlubují společenskou nerovnost a v mnoha zemích vyvolávají snížení kvality života, růst násilí a oslabení sociální soudržnosti.

Problematická kvalita zdravotnických i jiných služeb a nerovnováha mezi poptávkou a dostupností zdrojů vyvolala v mnoha zemích obavy z rozpadu obtížně vybudovaných sociálních sítí a opatření. Postupující globalizace, decentralizace a pluralismus spolu s nabídkou nových příležitostí často vyvolává dojem, že jedinci a dokonce i samotné vlády mají stále menší vliv na rozhodování o zdraví.

Během devadesátých let 20. století, poprvé od II. světové války, klesla průměrná délka života 870 milionů obyvatel Evropského regionu. Téměř ve všech zemích se zvětšil rozdíl v kvalitě zdraví mezi sociálně a ekonomicky slabšími a silnějšími skupinami obyvatel.

Situace se stát od státu liší, ale *hlavními společnými problémy regionu jsou nepřenositelné a přenosné choroby, úrazy, poruchy duševního zdraví a komplikace související s těhotenstvím a porodem*. Příliš mnoho lidí předčasně umírá, i když existují znalosti a prostředky, jak tomu zabránit. V souvislosti s budoucností zdraví v Evropě je důležité si uvědomit, že se běžně potýkáme s nejistotou a problémy, např. migrace a sociální konflikty.

Záměr programu „**Zdraví pro všechny v 21. století**“ přijatý Světovým zdravotnickým shromážděním v květnu 1998, chce realizovat vizi Zdraví pro všechny, která se zrodila v roce 1977, a kterou zahájila Konference v Alma-Atě v roce 1978.

Tento program je v souladu s regionálním akčním plánem z roku 1991 a jde o obnovenou verzi původní strategie. Tato nová politika pro Evropský region uvádí základní vztahy mezi zdravím, bídou a sociální soudržností.

Stálý záměr programu: Umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu.

Hlavní cíle:

1. ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život;
2. snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí;

Etické hodnoty programu:

- Zdraví jako základní lidské právo;
- Ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí v jednotlivých zemích, včetně mužů a žen;
- Účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství, institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví;

Základní postupy realizace programu Zdraví 21:

- Meziresortní strategie postihující determinanty zdraví;
- Příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky;
- Integrovaná základní (primární) zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství;
- Participační zdravotní rozvoj – účast všech, kdo mohou přispět ke zdraví např. rodin, škol, pracovišť, komunit, územních celků s posílením společného rozhodování a odpovědnosti;



21 CÍLŮ „ZDRAVÍ PRO VŠECHNY V 21. STOLETÍ“

SOLIDARITA V PRAXI JAKO PODMÍNKA SPRAVEDLNOSTI VE ZDRAVÍ

Cíl 1 – Solidarita zdraví v Evropském regionu

Cíl 2 – Spravedlnost ve zdraví

LEPŠÍ ZDRAVÍ PRO 870 MILIONŮ OBYVATEL EVROPSKÉHO REGIONU

Cíl 3 – Zdravý start do života

Cíl 4 – Zdraví mladých

Cíl 5 – Zdravé stárnutí

PREVENCE A ZVLÁDNUTÍ NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví

Cíl 7 – Snížení výskytu infekčních nemocí

Cíl 8 – Snížení výskytu neinfekčních nemocí

Cíl 9 – Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

SPOLEČNÉ ZDRAVOTNÍ STRATEGIE VÍCE ODVĚTVÍ

Cíl 10 – Zdravé a bezpečné životní prostředí

Cíl 11 – Zdravější životní styl

Cíl 12 – Snížení škod způsobených alkoholem, drogami, a tabákem

Cíl 13 – Zdravé místní životní podmínky

Cíl 14 – Společná odpovědnost různých odvětví za zdraví

RESORT ZDRAVOTNICTVÍ ZAMĚŘENÝ NA VÝSLEDEK

Cíl 15 – Integrovaný resort zdravotnictví

Cíl 16 – Řízení v zájmu kvality péče

Cíl 17 – Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů

Cíl 18 – Příprava zdravotnických pracovníků

OPATŘENÍ A MECHANISMY K REALIZACI ZMĚN

Cíl 19 – Výzkum a znalosti pro zdraví

Cíl 20 – Mobilizace partnerů pro zdraví

Cíl 21 – Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

Zdraví je předpokladem prosperity a podmínkou uspokojení ostatních potřeb. **ZDRAVÍ 21 je novou příležitostí, jak naplnit smysl sociální existence.** Národní vlády byly vyzvány, aby se chopily iniciativy při vytváření a financování spojení pro posilování a rozvoj zdraví jak uvnitř svých zemí, tak mezi státy.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text je zaměřen na funkce sester a porodních asistentek ve společnosti v souvislosti s uskutečňováním zdravotní politiky a fungováním systému zdravotní péče.



2.3 Funkce sester a porodních asistentek ve společnosti



DEFINICE 2-2



Sestra je osoba, která byla formálně přijata do studijního programu ošetřovatelství, je uznávána ve své zemi, úspěšně dokončila předepsané studium a získala kvalifikaci pro vykonávání praxe v ošetřovatelství jako *registrovaná sestra*.

Porodní asistentka je osoba, která byla přijata do studijního programu porodní asistence, je uznávána ve své zemi, úspěšně dokončila předepsané studium a získala kvalifikaci pro vykonávání praxe v péči o ženu v období těhotenství a porodu jako *registrovaná porodní asistentka*.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na objasnění funkcí sester a porodních asistentek ve společnosti.



Posláním všeobecných sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. To vyžaduje, aby sestry rozvíjely a vykonávaly činnosti, které podporují a uchovávají zdraví i předcházejí nemocem.

Mezi úkoly sester patří rovněž plánování a poskytování péče v průběhu nemoci a rehabilitace, kam spadají tělesné, psychické a sociální aspekty života, protože ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání.

Sestry zajišťují přiměřené zapojení jednotlivců a jejich rodin i celé komunity, pokud možno do všech aspektů péče o zdraví, a tím podporují jejich sebedůvěru a soběstačnost.

Sestry jsou také partnery jiných profesí a ostatních poskytovatelů, kteří se zabývají péčí o zdraví a souvisejícími službami.

Ošetrovatelství je věda a umění zároveň. Vyžaduje pochopení a aplikaci znalostí a dovedností, specifických pro tuto disciplínu. Staví na poznacích a technikách, které vycházejí z humanitních věd, sociologie, z biologie, fyziologie, medicíny aj.

Sestry přejímají odpovědnost za **přímé** poskytování ošetrovatelské péče a jsou v tomto směru výhradní autoritou. Jsou samostatnými pracovníci odpovědnými za péči, kterou poskytují. Každá sestra odpovídá za úroveň svého dalšího vzdělávání v klinické praxi, výzkumu, pedagogice a managementu.



Posláním porodních asistentek je poskytovat péči a rady ženám během těhotenství, porodu, v poporodním období, vést porody na základě svých kompetencí a pečovat o novorozence a kojence. Tato péče obsahuje preventivní opatření, včasné rozeznání abnormálních stavů u matky a dítěte, zprostředkování lékařské pomoci a realizaci opatření v případech nouze nebo v mimořádných situacích, kdy chybí lékařská pomoc. Má důležitou úlohu v poradenství a edukaci nejen u žen, ale i v rodinách a komunitách. Tato práce by měla obsahovat antenatální edukaci a přípravu na rodičovství a dále se rozšiřovat na určité oblasti např. v gynekologii, v plánovaném rodičovství a péči o dítě. Může pracovat v nemocnicích, na klinikách, ve zdravotních střediscích, v domácí návštěvní službě, a jiných zařízeních.

Skupina expertů WHO, definuje sestry a porodní asistentky jako profese, které mají podle zákona kompetence k rozhodování, a které k tomu budou mít i formální autoritu. Tyto profese musí přijmout odpovědnost za výkon své práce. Sestry i porodní asistentky budou pracovat v partnerském vztahu s klienty/pacienty a jejich rodinami. V rámci péče o klienty v multidisciplinárním týmu bude usilováno o navrácení jejich maximálně možné úrovně zdraví a podporu jejich práv na svobodu volby, která se týká zapojení do péče a rozhodování o své péči.

Sestry, porodní asistentky a lékaři musí být připraveni akceptovat, že rozhodování v péči o zdraví populace má multidisciplinární a multiprofesionální charakter a péče musí být orientována na potřeby klientů/pacientů.

Ačkoli každá z těchto profesí přispívá k celkové péči svým jedinečným způsobem, všechny tři profese mají společné určité dovednosti, které jsou nezbytné z hlediska zajištění kvality péče.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 7



Mezi společné dovednosti lékařů, sester a porodních asistentek nepatří:

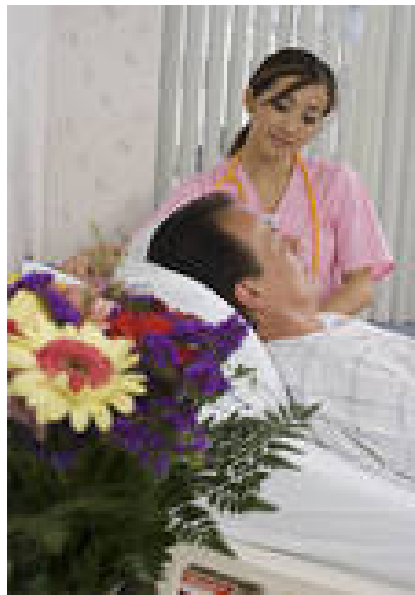
- a) distributora léků
- b) rozhodovatele o druhu péče
- c) komunikátora (zprostředkovatele)
- d) tiskového poradce
- e) manažera (na základě informací organizuje a koordinuje dostupné zdroje)
- f) poskytovatele péče
- g) vedoucího komunity (má důvěru lidí)
- h) obecního zastupitele

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



Funkce sester a porodních asistentek přímo souvisí s jejich posláním ve společnosti – plněním profesního odborného úkolu, který je obecně koncipován jako *zjištění a uspokojení bezprostředních potřeb klienta/pacienta*.

Tyto funkce jsou stále stejné, bez ohledu na prostředí (domov, pracoviště, školu, univerzitu, vězení, tábor pro uprchlíky, nemocnici, komunitu, zdravotní středisko, apod.), na dobu, kdy se péče poskytuje, na zdravotní stav jedince (skupiny), nebo na zdroje, které jsou k dispozici.



ČTYŘI FUNKCE SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK

by se měly odrazit v legislativě každé země:

PRVNÍ funkcí je:

Poskytování a řízení ošetrovatelské péče, ať už podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační nebo pomocné, pro jednotlivce, rodiny nebo skupiny. Tato péče je nejefektivnější, když se uskutečňuje v sérii logických kroků, známých jako *ošetrovatelský proces*:

- zjištění potřeb jednotlivce (rodiny, skupiny nebo komunity) a zjištění potřebných a dostupných zdrojů, kterými tyto potřeby mohou být uspokojeny;
- identifikace potřeb, které mohou být nejvhodněji a nejefektivněji uspokojeny ošetrovatelskou péčí a těch potřeb, které by měli saturovat jiní odborníci,;
- vytvoření stupnice prioritních potřeb, které je možno nejlépe uspokojit ošetrovatelskou péčí;
- naplánování a poskytování potřebné ošetrovatelské péče;
- zapojení jednotlivce (rodin, komunit) do všech aspektů péče a zaangažování komunity ke spoluúčasti (pokud je to vhodné a přijatelné);
- zdůraznění soběstačnosti a rozhodování o sobě ve všech záležitostech týkajících se zdraví;
- dokumentování všeho, co se dělá v každém stadiu ošetrovatelského procesu a použití těchto informací k vyhodnocení výsledků (účinnosti) poskytnuté ošetrovatelské péče z hlediska pacienta, rodiny, skupiny nebo komunity, sestry a systému, v jehož rámci se ošetrovatelská péče poskytuje;
- aplikace přijatelných a vhodných kulturních, etických a profesionálních standardů.

DRUHOU funkcí je:

Výuka a výchova klientů/pacientů a zdravotnického personálu, to zahrnuje:

- zjištění individuálních znalostí a dovedností vztahujících se k udržení a obnovení zdraví;
- přípravu a poskytování informací na vhodné úrovni;
- organizování a účast na výchovných a vzdělávacích kampaních;
- vyhodnocení výsledků takovýchto výchovných a vzdělávacích kampaní;
- pomoc sestrám a jiným pracovníkům získat nové znalosti a dovednosti;
- aplikaci přijatelných a vhodných kulturních, etických a profesionálních standardů.

TŘETÍ funkcí je:

Aktivní a účinné začlenění sestry do zdravotnického týmu, to představuje:

- spolupráci s jednotlivci, rodinami, komunitami a dalšími zdravotnickými profesionály při plánování, organizaci, řízení a vyhodnocování efektivity ošetrovatelských služeb, jako součástí veškerých zdravotnických služeb;
- vystupování v pozici *vedoucího* týmu ošetrovatelské péče, do kterého mohou patřit další sestry, pomocný personál i uživatelé ošetrovatelských služeb;
- delegování ošetrovatelských aktivit a úkolů na ostatní sestry a poskytování podpory při jejich práci;

- vyjednávání s uživateli péče (klienty/pacienty) a jejich spoluúčast při realizaci plánu ošetřovatelské péče;
- kontaktování a spolupráci s lidmi a dalšími členy v multidisciplinárních a multisektoriálních týmech při plánování, poskytování, rozvoji, koordinaci a hodnocení efektivity zdravotnických a sociálních služeb;
- spolupráci s odborníky na udržování bezpečného harmonického pracovního prostředí, které přispívá kolektivní práci;
- aktivní zapojení do plánování koncepcí a programů, do určování priorit a hledání zdrojů;
- účastnění se přípravy zpráv úřadům a politikům na místní, regionální a celostátní úrovni a pokud je to nutné, podávají zprávy hromadným sdělovacím prostředkům.

ČTVRTOU funkcí je:

Rozvoj ošetřovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu, což představuje:

- inovace stylů a způsobů práce s cílem dosažení lepších výsledků;
- určování oblastí výzkumu s cílem zvýšit znalosti nebo zdokonalit dovednosti v ošetřovatelské praxi a vzdělávání a účastnit se na přípravě potřebných vzdělávacích programů;
- uplatňování přijatelných kulturních, etických a profesionálních standardů v ošetřovatelském výzkumu.

Z hlediska uvedených funkcí a úkolů doporučil **Mezinárodní úřad práce** (Recommendation 157, 1977), aby uchazeči o vzdělání v ošetřovatelství: měli dokončené střední vzdělání (které může být v různých zemích různé) a měli podobné předpoklady ke studiu, jaké vyžaduje univerzita nebo vzdělávací instituce, na kterých se uskutečňuje vysokoškolské vzdělání.



2.3.1 Cíle koncepce ošetřovatelství v Evropě

A. ZAMĚŘENÉ NA ZDRAVÍ

1. pomáhat jednotlivci, rodinám, skupinám a komunitám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím;
2. podpořit jejich pozitivní zdraví (podporovat člověka jako aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je tímto směrem vzdělán, poučen a ochoten o své zdraví pečovat);
3. maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama (např. *soběstačnost* – míru do které, je člověk sám schopen o sebe pečovat);
4. provádět prevenci onemocnění;

B. ZAMĚŘENÉ NA NEMOC

5. snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka (předcházet komplikacím)
6. nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a lidí nevléčitelně nemocných a umírajících.



2.3.2 Společenské souvislosti ošetrovatelské praxe

Ekonomické, sociální a kulturní prostředí jsou v každé zemi jedinečné, ale problémy jimž čelí ošetrovatelská praxe, jsou společné. Vyskytují se v různých kombinacích a souvislostech.

Tyto problémy spolu úzce souvisí a je možné je shrnout takto:

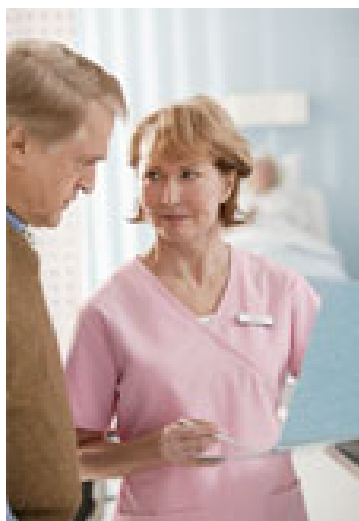
1. **Moc** – spíše její nedostatek. V žádné zemi evropského regionu se sestry plně neúčastní plánování a rozhodování na všech úrovních systému péče o zdraví populace. Na mnohých ministerstvech nejsou vůbec sestry a za problémy týkající se ošetrovatelství odpovídá lékař. Ale i na ministerstvech, kde jsou oddělení pro ošetrovatelství musí sestry neustále bojovat, aby bylo slyšet jejich hlas.

Vliv ošetřovatelství na této vládní úrovni je však důležitý z hlediska symbolického i politického, je dobrým indikátorem formální moci, kterou sestry v dané zemi mají. Nedostatek formální moci na vládní úrovni se potom odráží jinde, např. v absenci ošetřovatelství při rozhodování ve zdravotnickém týmu.

2. **Postavení žen** – ošetřovatelství je většinou ženská práce, a proto má stejné charakteristické rysy jako každé jiné ženské povolání: nízký plat, nízké společenské postavení, nedostatek uznání, špatné pracovní podmínky, špatné vyhlídky na povýšení a nedostatečné vzdělání. OSN uvádí, že ženy, které tvoří polovinu obyvatel na zemi a přispívají skoro dvěma třetinami své pracovní doby, dostávají pouze jednu desetinu světového příjmu a vlastní méně než setinu jejího majetku.

Sestry trpí touto diskriminací pohlaví ve svém osobním i pracovním životě. Většina pracuje v tzv. dvou směnách (zaměstnání a domácnost). Pečuje o potřeby druhých, ale nikdo se nestará o ně. Zvláště stresující je to v zemích, kde tráví mnoho hodin sháněním potřebných věcí pro své rodiny. Většina mužů považuje stále domácí práce a péči o děti za ženskou práci.

3. **Dominantní postavení lékařů.** Medicína ve větší nebo menší míře dominuje ve všech evropských zdravotnických systémech. Ve většině zemí evropského regionu jsou ministři, státní úředníci a další řídicí pracovníci ve zdravotnictví lékaři. V nemocnicích i na střediscích jsou sestry často považovány pouze za pomocníky lékařů, jejichž úkolem, je pouze vykonávat příkazy lékařů – přínos sester v péči o pacienta se nevidí a není doceňován. V systémech, které neuznávají důležitost práce sester a její význam pro nemocného, pak nedoceňují ani samotné sestry.



Mezi rozsahem ošetřovatelské praxe a sociálně ekonomickým vývojem země zřejmě neexistuje žádný přímý vztah.

- v některých chudých rozvojových zemích je např. ošetřovatelství silně rozvinuto a sestry poskytují všechny služby základní (primární) zdravotní péče. V některých nejchudších zemích sestry řídí převážnou část zdravotnických služeb. V jiných

zemích jsou naopak sestry využívány málo.

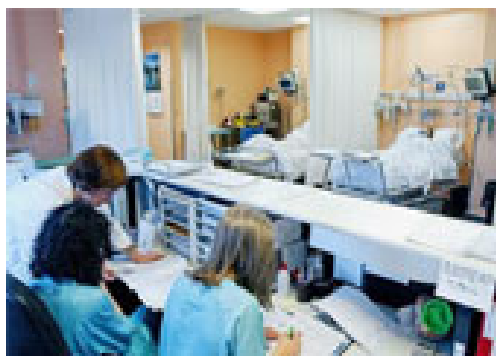
- obdobně mezi bohatými průmyslovými zeměmi jsou některé, kde sestry mají omezené pravomoci a nedostatečné vzdělání, v jiných těchto zemích je ošetrovatelství na vysoké úrovni.

Sestry často pracují s nejhudšími a nejzranitelnějšími skupinami ve společnosti bez ohledu na celkový sociálně ekonomický vývoj země.

Nejčastější faktory ovlivňující ošetrovatelskou praxi, v jakékoli zemi:

- *ekonomické zdroje;*
- *faktory demografické, epidemiologické, ekologické, politické, sociální a kulturní;*
- *samotný systém zdravotní péče - jeho organizace, financování a technologie;*
- *personální situace - počet a rozložení pracovních sil.*

Ošetrovatelská praxe je mimo uvedené faktory specificky ovlivněna vzděláním, způsobem vedení a řízení, pracovními podmínkami, legislativou a výzkumem.



Pravděpodobně neexistuje ani vztah mezi sociálně ekonomickou úrovní země a mezi vzájemným poměrem počtu lékařů a sester.

Počet lékařů a rozsah lékařské praxe však zásadně ovlivňují rozsah ošetrovatelské praxe:

- ve světě v oblastech, kde není dostatek lékařů, zejména na venkově nebo v

chudinských čtvrtích, zajišťují dostupnost základní (primární) zdravotní péče samostatně sestry;

- tam, kde je nadbytek lékařů, je samostatná role sester potlačena;
- i způsob financování lékařů má vliv na rozsah ošetrovatelské praxe: tam, kde lékaři dostávají úhradu za každý výkon, chtějí samozřejmě provádět zákroky a zajišťovat služby sami. Jsou-li financováni jinak, stávají se tyto činnosti součástí práce sester (např. aplikace injekcí, zavádění nitroděložních tělísek, zdravotnické poradenství, apod.).



Ekonomické zdroje ovlivňují ošetrovatelskou praxi přímo i nepřímo. Zdravotní péče je nákladná záležitost. I když sestry jsou nejpočetnější skupinou zdravotnických pracovníků, o přidělení finančních prostředků na vzdělávání, nábor a udržení sester v profesi zřídka mohou samy rozhodovat. *Proto je nezbytné, aby strategie rozvoje ošetrovatelské praxe byla začleněna do celkové politiky země* (zvláště, probíhají-li v ní reformy). S reformami a změnami v řízení systému péče o zdraví, jejichž cílem je i rozvoj ošetrovatelské praxe, jde ruku v ruce vzdělávání sester.

Kvalitu ošetrovatelské péče lze udržet jen za předpokladu vysoké úrovně její kontroly a řízení, změnou ve vzdělání sester (odstupňovaná struktura ošetřujícího personálu) a správné legislativy. Kromě toho by měla být ošetrovatelská praxe podporována výzkumem a zaváděním nejnovějších poznatků výzkumu do denní praxe. To vyžaduje adekvátní regulační systém, který se týká ošetrovatelské praxe.



Vůdčí osobnosti – úspěch každé změny závisí také na vůdčích osobnostech v ošetrovatelství na všech úrovních zdravotnických služeb, které dokáží vyjádřit a obhajovat hodnotu a význam ošetrovatelské praxe a aktivně vyhledávají možnosti a příležitosti k rozvoji ošetrovatelství. Jejich úsilí však musí být podporováno politickými snahami o pokrok v ošetrovatelství a musí se mu dostávat široké podpory od veřejnosti.

Nutnost zapojení sester do tvorby zdravotní politiky

V některých zemích přetrvává nedostatečná komunikace na vládních úrovních a ani hlavní sestry ministerstev nejsou dostatečně informovány a nemohou efektivně přispět k formování politiky *péče o zdraví populace*. Sestry ve vedoucím postavení musejí umět ovlivňovat rozhodování, týkající se určování priorit a přidělování zdrojů pro péči o zdraví. Měly by být respektovány a uznávány jako cenný přínos pro plánování péče o zdraví populace. Mají se zúčastňovat jednání o reformě péče o zdraví na nejvyšších úrovních a jednání se sponzory.

Vzdělání v managementu u všech pracovníků, kteří se podílejí na tvorbě zdravotní politiky, přidělování zdrojů a rozhodování, by mělo být součástí jejich postgraduálního vzdělávání.

Rozhodovací procesy – strategii rozvoje ošetrovatelské praxe je nutné začlenit do všech rozhodovacích procesů, které se týkají vytváření a plánování zdravotní politiky. K tomu jsou nutné *aktuální informace* nejen o *zdravotních potřebách obyvatel*, ale i o *sestrách samotných (jejich počtu, úrovni vzdělání, funkčním postavení a pracovním zařazení)*. Tyto údaje jsou prvním krokem ke správnému personálnímu plánování v ošetrovatelství. Uvedené informace se zpravidla shromažďují *lokálně*, a jsou nedílnou součástí *zdravotnického informačního systému* v každé zemi. Musejí k nim mít přístup všechny sestry v řídicích funkcích.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 15

Pročtete si pozorně výše uvedený text a zamyslete se, zda ve svém okolí znáte vůdčí osobnosti sester, které se významným způsobem aktivně podílejí na rozvoji ošetrovatelství.



2.3.3 Evropská koncepce ošetřovatelství – implementace v České republice

V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky **Metodické opatření ve Věstníku MZ ČR/2004 částka 9 Koncepce ošetřovatelství k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob** (www.mzcr.cz).

STRUKTURA KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Úvod

1. Definice, cíle a charakteristika oboru

1.1 Definice ošetřovatelství

1.2 Cíle ošetřovatelství

1.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství

2. Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání

2.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků oboru ošetřovatelství

2.1.1 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

- a) kvalifikační studium
- b) celoživotní vzdělávání

2.1.2 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením

- c) kvalifikační studium
- d) celoživotní vzdělávání

2.2 Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnické ho povolání bez odborného dohledu

2.3 Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace)

2.4 Průkaz odbornosti

2.5 Ošetřovatelský proces a jeho dokumentace

2.6 Ošetřovatelský management

2.7 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

3. Komunitní ošetrovatelství

4. Výzkum v ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství České republiky respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnice Evropské komise, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek.

Koncepce ošetrovatelství v České republice klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Koncepce dále vychází ze systému vydávání *osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu*, aj.

Koncepce ošetrovatelství dále vymezuje pracovníky v ošetrovatelství a jejich vzdělávání. Rozlišuje zdravotnické pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání *bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti*; a zdravotnické pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání *pod odborným dohledem nebo přímým vedením (Zákon č. 96/2004 Sb. a Vyhláška č. 55/ 2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)*



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 1

a; g;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 2

1d; 2c; 3b; 4a;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 3

1f; 2d; 3a; 4b; 5c; 6e;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 4



c); f);



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 5



1; 2;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 6



1b; 2a; 3c;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 7



a); d); h);



SHRNUTÍ KAPITOLY



Tato kapitola se zaměřuje na objasnění vztahu zdraví a ošetřovatelství. Charakterizován je koncept zdraví a jeho význam pro lidského jedince a společnost včetně poslání Světové zdravotnické organizace (WHO). Dále je vymezen systémový, celostní – socioekologický model zdraví a hlavní determinanty zdraví populace. Tato zjištění zveřejněná počátkem osmdesátých let změnila pohled na vztah „léčba – péče“ a přispěla k zásadním změnám zdravotní politiky v Evropě, která se začala orientovat na posilování zdraví a prevenci. Stručný přehled historicky významných aktivit a konferencí WHO v Evropě seznamuje se složitou cestou vývoje v této oblasti zahrnující i novou koncepci ošetřovatelství. Uvedeny jsou základní charakteristiky programu „Zdraví pro 21. století“, funkce sester a porodních asistentek ve společnosti. Obě tyto profese tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu v Evropě a jejich práce podstatně přispívá k plnění cílů pro zdraví populace v 21. století na evropském kontinentě.



OTÁZKY



1. Zdraví člověka je nutné k:
 - a) vykonávání volnočasových aktivit
 - b) vedení smysluplného života
 - c) pocitu užitečnosti pro okolí

- d) péči o osoby blízké
- 2. Mezi nejznámější modely zdraví nepatří:
 - a) socioekologický
 - b) socioekonomický
 - c) klinický
 - d) adaptační, eudaimonistický
- 3. Koncepce ošetrovatelství WHO z roku 1988 představuje:
 - a) péči o nemocné
 - b) široké pojetí péče o zdraví člověka, rodiny a komunity
 - c) péči o přírodní prostředí
 - d) péči o společenské prostředí
- 4. Pro celostní posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta sestrou byl vytvořen model:
 - a) „Environmentální teorie“ F. Nightingalové
 - b) „Transkulturní péče“ M. Leiningerové
 - c) „Sebepéče“ D. E. Oremové
 - d) „Funkční typy zdraví“ M. Gordonové
- 5. Mezi hlavní determinanty zdraví nepatří:
 - a) rozsah komunitní péče
 - b) genetický základ, věk a pohlaví
 - c) organizace zdravotnických služeb
 - d) životní styl a životní prostředí
- 6. Co tvoří podstatu péče o zdraví jedince:
 - a) koordinace fungování zdravotnické péče
 - b) minutu co minutu věnovaná pozornost základním lidským potřebám
 - c) zdravé prostředí
 - d) léčba choroby
- 7. Model „léčba – péče“ představuje:
 - a) koordinaci léčebného procesu
 - b) koordinaci funkcí a spojení rolí lékařů a sester
 - c) sekundární prevenci
 - d) koordinaci ošetrovatelského procesu
- 8. Lalondova zpráva v roce 1974 nevyjádřila:
 - a) potřebu širokého přístupu ke zdraví a demokraticky pojaté péče o zdraví
 - b) zdraví není dílčí medicínskou disciplínou
 - c) na vzniku nemoci se podílejí psychosociální a biochemické faktory přibližně stejně
 - d) prevence je ekonomicky nevýhodná
- 9. Socioekologický model zdraví nezahrnuje:
 - a) holistické (celostní) pojetí člověka a jeho zdraví

- b) neuvědomění si vlivu každodenního chování na zdraví
 - c) pěstování vědomí vlastní důstojnosti a péče o sebe sama
 - d) subjektivní pocity, emocionální ladění
10. Regionální úřadovna WHO pro Evropu nezaměřuje svou činnost na:
- a) zdravý životní styl
 - b) zdravé životní prostředí
 - c) poskytování řádné preventivní, léčebné a ošetrovatelské péče
 - d) přenosné choroby ve Východním Středomoří
11. Základním cílem Evropské strategie péče o zdraví je:
- a) tvůrčí partnerství a lidská sounáležitost
 - b) dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny
 - c) sdílená odpovědnosti
 - d) informovanost občanů
12. Mezinárodní konference v Alma-Atě v roce 1978 byla věnována:
- a) globální strategií zdraví pro všechny
 - b) novému pojetí primární zdravotní péče
 - c) determinantám zdraví populace
 - d) podpoře a posilování zdraví
13. Za historické rezoluce WHA z roku 1977 jsou považovány:
- a) WHA č. 34 Globální strategie v péči o zdraví
 - b) WHA 30.43 a WHA 30.38 (Zdraví pro všechny do roku 2000 a Význam sester a porodních asistentek v primární péči)
 - c) WHA č. 42.27 O posílení ošetrovatelství a porodní asistence
 - d) WHA č. 45.5 Důraz na řízení ošetrovatelství sestrami
14. Otawská charta (z konference věnované posilování a rozvoji zdraví) z roku 1986 je historicky významná tím, že:
- a) přijala filozofii systémového (celostního, holistického) pojetí člověka a jeho zdraví
 - b) podporuje zdravotní politiku
 - c) našla východiska k řešení problémů ve zdravotnictví
 - d) vyzvala ministerstva zdravotnictví členských států k aktivitě
15. I. Evropská konference O ošetrovatelství (zabývající se novou koncepcí) se konala v roce:
- a) 1977
 - b) 1988
 - c) 1978
 - d) 1989
16. Mezi hlavní charakteristiky primární zdravotní péče nepatří:
- a) je základním článkem péče o zdraví a integrální součástí zdravotnictví
 - b) je všeobecně dostupná jedincům, rodinám za společensky únosnou cenu

- c) je to nezbytně nutná péče založená na vědeckých poznatcích, metodách a postupech
 - d) je to nezbytně nutná akutní péče poskytovaná v nemocnicích
17. Mezi nejčastější rizika pro zdraví nepatří:
- a) nedostatek pohybové aktivity a nezdravá výživa
 - b) nadváha, obezita a kouření
 - c) konzumace alkoholu a zneužívání drog
 - d) ochrana před expozicí ultrafialovým zářením
18. Preventivní programy ve zdravotnictví se nezaměřují na:
- a) sociální postavení jedinců
 - b) nádory plic, děložního čípku, kůže, prostaty, dutiny ústní, prsu,
 - c) deprese, úzkost, sebevražedné chování
 - d) diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění
19. Funkce sester a porodních asistentek ve společnosti nezahrnuje:
- a) poskytování a řízení ošetrovatelské péče, rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu
 - b) výuku a výchovu klientů/pacientů a zdravotnického personálu
 - c) aktivní a účinné začlenění sestry do zdravotnického týmu
 - d) zapojení sester do mezinárodních misí ve válkou postižených oblastech světa
20. Cíle koncepce ošetrovatelství v Evropě jsou zaměřené na:
- a) společné dovednosti všech zdravotnických profesí
 - b) komunikaci s klienty/pacienty
 - c) na zdraví (1_4) a na nemoc (5_6)
 - d) na finanční a daňové poradenství



POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- [1] *Alma-Ata 1978: Primary Health Care*. Geneva, WHO, 1978 Health For All Series, No.1
- [2] *HEALTH 21: The Health For All Policy Framework For The WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health For All Series, No.6)
- [3] SALVAGE, J., HEIJNEN, S. (1997) *Nursing in Europe*. A Resource For Better Health. WHO, Copenhagen: Regional Publications European Series, No.74,
- [4] SALVAGE, J., (1993) *Nursing in Action*. WHO Copenhagen: Regional Publication European Series, No, 48
- [5] *WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education for Health for All: Report on a WHO expert group meeting*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/DLVR 04 05 01).
- [6] www.who.int, www.euro.who.int, www.who.int/library/euro/en/

[7] www.mzcr.cz (EU kvalifikace, právní předpisy)

[8] www.mzcr.cz – Program ZDRAVÍ 21; www.euro.who.int, www.who.int



ODPOVĚDI



1b; 2b; 3b; 4d; 5a; 6b; 7b; 8d; 9b; 10d; 11b; 12b; 13b; 14a; 15b; 16d; 17d; 18a; 19d; 20c;



3 PROFESNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK V EVROPĚ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola se zaměřuje na širší souvislosti profesního vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek v Evropě. Cituje dokumenty WHO a standardy v této oblasti rozebírá principy a koncepci kurikula. Charakterizuje hlavní témata nového kurikula zaměřená na: teorii a praxi ošetrovatelství; vývoj člověka a sociální prostředí; podporu zdraví a zdravotní výchovu; sociální a behaviorální vědy; komunikační dovednosti; organizační struktury a procesy; profesní, etické a morální problémy ošetrovatelství; evaluace a audit; etnické a kulturní hodnoty; etické a morální aspekty; klinickou praxi a manuální zručnost. Dále pojednává o učebních výstupech; evropském systému převodu kreditů (ECTS); studijní zátěži studenta a jejím odhadu; implementaci Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání v ČR (Q-RAM); o vztahu mezi pojmy učební výstupy a kompetence; konstruktivním propojování učebních výstupů s výukou, učením a hodnocením v předmětech/modulech; uvedeny jsou příklady vyhodnocování učebních výstupů.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- Charakterizovat standardy 1-8 pro výchovu a vzdělávání všeobecných sester
- Specifikovat koncepci a témata nového kurikula
- Charakterizovat pojmy: učební výstupy, studijní zátěž studenta, kredity ECTS, hodnocení učebních výstupů



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Doporučený čas ke studiu této kapitoly je 60 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Standardy výchovy a vzdělávání všeobecných sester; Evropská strategie WHO pro vzdělávání sester a porodních asistentek; výchovně vzdělávací cíle/učební výstupy; ECTS, studijní zátěž;



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na objasnění strategie WHO v profesním vzdělávání všeobecných sester. Program „Zdraví pro všechny“ představuje hluboké změny v ošetrovatelské praxi a to vyžaduje i změny v profesní přípravě sester.



Strategie Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny“ představuje hlubokou změnu ošetrovatelské praxe a vyžaduje i nový způsob profesní přípravy sester. Tento způsob profesní přípravy musí naučit kritickému a tvořivému myšlení, a samotné sestry musí zaujmout odlišný postoj ke své práci a rozšířeným rolím.

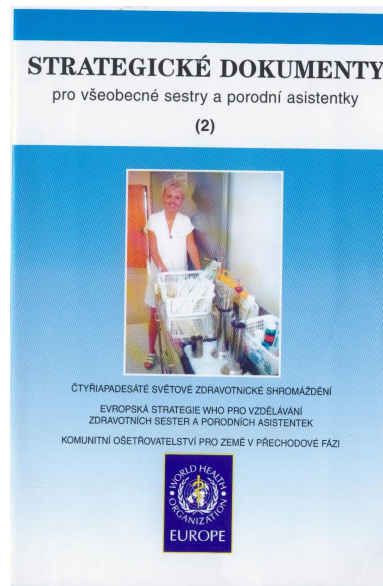
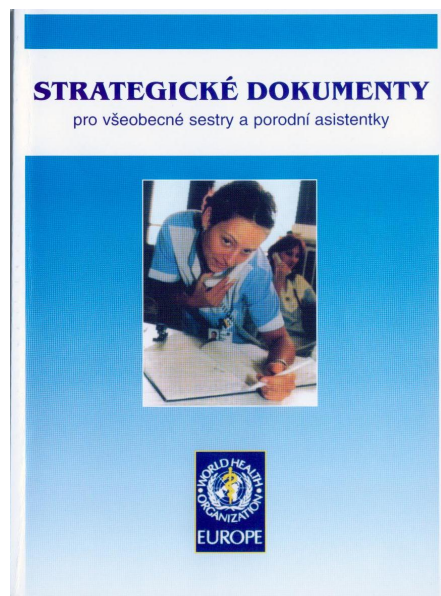
Jádro učebních osnov tvoří základní (primární) péče, která připraví sestry na roli, která zahrnuje nejen nemocniční péči, ale i samostatnou práci v terénu. Sestry se naučí jak pomáhat lidem v péči o sebe sama, aby uměli adekvátně uspokojovat své tělesné i psychosociální potřeby, a jak by měli podporovat, zachovávat a posilovat své zdraví.

Zaměření výuky na zdraví neznamená, že bude zanedbávána nemoc a péče o nemocné. Znamená to však nastolení rovnováhy ve vzdělání a přípravě sester na vícerozměrnou koncepci zdraví tzv. socioekologický model zdraví, který mimo jiné chápe člověka jako holistickou (celostní) bytost v úzkém sepětí s rodinou i komunitou, ve které žije.

Vedle znalostí z biologie a medicíny sestry musí znát a rozumět i psychosociálním aspektům zdraví jako jsou například etnické a kulturní faktory ovlivňující zdraví, spiritualita a religiozita, význam zdravého pojetí sebe sama a sebeúcty pro duševní a tělesné zdraví, individuální prožívání a zvládání stresových situací, vyrovnávání se ztrátou, smutkem, smrtí atd.

Sestry musí porozumět všem těmto aspektům, které ovlivňují zdraví lidí, protože jim slouží a musí chápat jejich rozdílné postoje ke zdraví a životnímu stylu. Znalosti lidí a jejich chápání zdraví se stávají nedílnou součástí systému hodnot jednotlivců i kultury společnosti.

V roce 1989 Evropská komise doporučila, aby byly sestry v 21. století vzdělávány na vysokoškolské úrovni. Kariérní řády pro určité funkce v pracovních oblastech v ošetrovatelství však budou vyžadovat i vyšší úroveň akademického vzdělání. QF-EHEA -Rámcová kvalifikace pro Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání (vyhlášen v roce 2010), zahrnuje hierarchie bakalářského, magisterského a doktorandského studia. Akademický kreditní systém ECTS bude platný ve všech zemích Evropské Unie.



3.1 Standardy výchovy a vzdělávání – všeobecná sestra

STANDARD 1

Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti, která má svou osobní hodnotu a důstojnost bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

Sestra

1. Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetřování a zaznamenávání osobních údajů.
2. V péči o klienta používá předepsaný způsob identifikace podle jména a příslušných údajů o jeho osobě, nejbližších příbuzných a prostředí, ve kterém žije.
3. Používá spolehlivé metody přivolání pomoci v případě potřeby.
4. Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdravotního stavu.
5. Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
6. Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

STANDARD 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

Sestra

1. Využívá poznatky z přírodních a společenských věd k interakci s klientem (skupinou, komunitou, veřejností) jako s jedinečnou lidskou bytostí, která má svou osobní hodnotu a důstojnost.
2. Sestavuje ošetřovatelskou anamnézu a provádí příslušná fyzikální vyšetření za pomoci vhodných nástrojů screeningu a hodnocení.
3. Pořizuje záznam, který obsahuje všechny příslušné údaje o klientovi. Tento záznam musí být průběžný a využitelný i v budoucnosti.
4. Zjišťuje bezprostředně, dočasně a dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
5. Zjišťuje a hodnotí reakce klienta na aktuální a potenciální zdravotní problémy.
6. U klientů zjišťuje návyky a přesvědčení, které ovlivňují jejich zdraví a úroveň péče o zdraví.
7. Stanoví ošetřovatelské diagnózy a sestavuje plán ošetřovatelské péče po konzultaci s klientem, a pokud je to nutné i s jinými odborníky.

STANDARD 3

Sestra zajišťuje pro klienta bezpečné prostředí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně jeho celkové spokojenosti, zdraví a uzdravení z nemoci.

Sestra

1. Shromažďuje a využívá již získané a dostupné údaje o riziku, které hrozí ze strany prostředí v obcích, domácnostech, nemocnicích aj. zdravotnických zařízeních.
2. Zjišťuje aktuální a potenciální rizika ohrožující udržení zdraví.
3. Monitoruje rizikové životní prostředí.
4. Učí personál postupům, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí, která ohrožují zdraví.
5. Zasahuje, aby minimalizovala nebo vyloučila rizika pro klienta ze strany životního prostředí.
6. Edukuje klienty o změnách způsobu života, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí.

STANDARD 4

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetřovatelské praxi.

Sestra

1. Kriticky hodnotí tradiční (historické) modely ošetrovateľskej praxe a zdôvodňuje potrebu nových efektívnejších, ktoré zaisťujú vyššiu kvalitu individuálnej ošetrovateľskej péče.
2. Aplikuje nové poznatky tak, aby modifikovala a zlepšila zavedené spôsoby praxe.
3. Systematicky shromažďuje údaje, ktoré súvisia s problematikou ošetrovatelství.
4. Zisťuje problémy v klinickom ošetrovatelství a pomocou výskumného procesu prispívá k ich riešeniu.
5. Výskum využíva k tvorbe nových poznatkov v ošetrovateľskej praxi.

STANDARD 5

Sestra vykonáva vhodné zásahy a liečebné úkony, aby klientovi uľahčila prežívanie náročných životných situácií, nemoci, zotavovanie z ochorenia a alebo prispela k dôstojnému umieraniu.

Sestra

1. K rozhodovaniu o spôsobe péče a ošetrovaní využíva získané údaje o celkových (psycho-fyziologických) reakciách klientov na ochorenie a náročné životné situácie.
2. Sestavuje plán rienej ošetrovateľskej péče, ktorý zaisťuje a podporuje terapeutický režim a predchádza komplikáciám.
3. Vykonáva terapeutické zákroky, ktoré usnadňujú a napomáhajú telesnému a duševnému uzdraveniu klienta a predchádzajú komplikáciám.
4. Zahajuje neodkladné zákroky, ktoré sú nevyhnutné pre prežitie a zotavovanie z choroby.
5. Uspokojuje všetky bio-psycho-sociálne potreby klienta, ktoré súvisia s jeho aktuálnym i potenciálnym zdravotným stavom.
6. Vytvára priaznivé (materiálne a psychologické) prostredie, ktoré podporuje zdravie, prispieva k zotavovaniu z nemoci alebo zaisťuje doprovádzanie a dôstojnú smrť.
7. Plán rienej ošetrovateľskej péče pruběžne reviduje, vyhodnocuje dosahované výsledky vo zmene zdravotného stavu klienta a stanovuje nové priority.

STANDARD 6

Sestra hodnotí efektívnosť poskytnutej ošetrovateľskej péče na základe subjektívneho a objektívneho stavu klienta a dosahovaných výsledkov vo zmene jeho zdravotného stavu.

Sestra

1. Reakcie klienta na neuspokojené potreby sú východiskom pre stanovenie výsledkov (cílů) ošetrovateľskej péče, pri plánovaní a poskytovaní péče metódou ošetrovateľského procesu.

2. Očekávané výsledky ošetrovatelské péče (cíle) odvozuje z celkových reakcí klienta/pacienta.
3. Záznamy v individuální dokumentaci klienta (jeho celkové reakce a ošetrovatelské
4. zásahy) vede systematicky a přehledně tak, aby je bylo možné zpětně vyhodnotit.
5. Určuje měřitelná kritéria očekávaných výsledků (cílů), která jsou dosažitelná po
6. poskytnutí plánované péče.
7. Reviduje a modifikuje plán ošetrovatelské péče pokud není v souladu naplánovaná péče a dosažený výsledek (cíl).

STANDARD 7

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat rovnováhu mezi potřebou individuálního osobnostního rozvoje a optimálními schopnostmi.

Sestra

1. Hodnotí stav a schopnosti klienta naučit se dovednostem v péči o sebe sama.
2. Učí klienta základním dovednostem, které jsou potřebné pro to, aby se mohl sám o sebe postarat.
3. Učí klienta rozlišovat změny ve vývoji zdravotního stavu.
4. Klienta v předstihu informuje o možných změnách zdravotního stavu.

STANDARD 8

Sestra sleduje vývoj a změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

Sestra

1. Shromažďuje základní údaje o zdravotním stavu a vývoji.
2. Zjišťuje banální i výrazné tělesné a psychické reakce klienta na změnu zdravotního stavu.
3. Podle potřeby mění plán řízené ošetrovatelské péče o klienta ve spolupráci s ním i s ostatními zdravotnickými pracovníky.
4. Zajišťováním doporučené léčby a ošetrovatelskou péčí o tělesné a psychické reakce klienta ovlivňuje změnu jeho zdravotního stavu.
5. Po dosažení potřebných změn ve zdravotním stavu klienta, nadále sleduje jeho celkový stav zdraví.
6. Poskytování ošetrovatelské péče koordinuje v případě, že se na ní podílí i jiní zdravotničtí pracovníci.

STANDARD 9

Sestra je povinná se soustavně vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

Sestra

1. Svůj osobní všestranný rozhled si rozšiřuje tím, že vyhledává poznatky a kontakty s jinými profesionálními a společenskými skupinami.
2. Pro svůj profesionální rozvoj využívá všech možností kontinuálního vzdělávání.
3. Aktivně participuje a účastní se akcí své profesní organizace.
4. Ve své ošetrovatelské praxi aplikuje a využívá všechny nové poznat



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 16

Po prostudování výše uvedených standardů 1 – 9 se zamyslete, co byste v každém z nich ještě doplnil/a.



3.2 Principy strategie WHO pro vzdělávání sester a porodních asistentek v Evropě



PRO ZÁJEMCE 4

Základní principy profesního vzdělávání sester a porodních asistentek v zemích Evropské unie:

1. V každé zemi musí být profese sester a porodních asistentek integrální součástí základní legislativy a regulačního rámce pro zdravotnické profese.

2. Vzdělání a praxe sester a porodních asistentek musí být založena na hodnotách a cílech, které vedou k podpoře a udržení zdraví u zdravých lidí a celých komunit. Dále musí být založena na individualizované a holistické péči o nemocné, musí brát v úvahu potřeby péče u populace v zemi, a veškerá tato péče musí být realizována na základě stanovených standardů pro kvalitu.
3. Vzdělání sester a porodních asistentek musí být zaměřeno na individualitu člověka (zdravého, nemocného) a brát v úvahu, že ke každému takovému člověku patří jeho rodina, partner, sociální skupina a komunita.
4. Vzdělání sester a porodních asistentek musí být proporcionální (interdisciplinární a multiprofesionální), aby byla usnadněna efektivní týmová spolupráce.
5. Předpokladem pro přijetí do studijního programu v oboru ošetrovatelství a porodní asistence je úspěšné dokončení všeobecného – středního stupně vzdělání s takovou úrovní znalostí a dovedností, které jsou nutné pro studium na univerzitě.
6. Kvalifikace porodní asistentky může být dosaženo buď přes studijní program, který je založen na předchozí kvalifikaci sestry nebo přes přímý studijní program.
7. Minimální akademická úroveň kvalifikace v oboru ošetrovatelství a porodní asistence musí být univerzitní "bakalář".
8. Úspěšným dokončením studijního programu ošetrovatelství musí být profesní kvalifikace: všeobecná sestra; u studijního programu porodní asistence musí být profesní kvalifikace porodní asistentka.
9. Délka studijního programu musí být dostatečná, aby bylo možno získat specifické profesní kompetence a nesmí být kratší, než 3 akademické roky.
10. Během svého studia studenti nesmí být zaměstnanci a musí mít statut univerzitního studenta.
11. Musí být pouze jedna úroveň kvalifikovaných sester. Této sestře (podobně jak je tomu i u jiných profesí) pomáhají v péči o klienty školení asistenti (nižší kategorie ošetrovatelského personálu).
12. Obsah vzdělání (kurikulum) musí být založen na nejnovějších poznatcích v oboru (výsledcích výzkumu) a způsobilosti (vědomostech, dovednostech, zručnosti tzn. kompetencích).
13. Specifické kompetence musí zahrnovat: schopnost pracovat v nemocnici, v zařízeních primární péče, a jako člen multiprofesionálního zdravotnického týmu.
14. Direktivy EU pro vzdělání a praxi sester a porodních asistentek je nutno chápat jako minimální požadavky.
15. Ukončení studia a získání kvalifikace je základem pro další profesní vzdělávání, které je nezbytné pro udržení kompetencí v praxi, pro specializaci a pro rozvoj expertních dovedností.
16. Univerzity, jejich školy nebo fakulty, ústavy/oddělení ošetrovatelství a porodní asistence a místa pro praktickou výuku (v nemocnicích a zařízeních primární péče) musí být formálně akreditovány. Na těchto místech musí fungovat kontrolní systémy pro neustálé zvyšování a udržování vysoké kvality výuky.
17. Vzdělávací programy pro ošetrovatelství a porodní asistenci musí být rovněž akreditovány, pravidelně revidovány a mít validní systémy pro evaluaci, kontrolu a zlepšování kvality na místní, regionální a národní úrovni.

18. Všechny studijní programy je nutné převést na kreditní systém v teoretické i praktické výuce. (Je to určitý počet bodů, které student získá po splnění studijních požadavků a ověření získaných znalostí a dovedností z výuky daného předmětu nebo praxe).
19. Ředitel školy nebo děkan fakulty/ústavu/oddělení ošetrovatelství musí být akademicky vzdělaná sestra a podobně u školy, fakulty, ústavu, oddělení porodních asistentek to musí být akademicky vzdělaná porodní asistentka.
20. Výuka ošetrovatelství musí být prováděna kvalifikovanými sestrami a výuka porodní asistence musí být prováděna kvalifikovanými porodními asistentkami.
21. Učitelé ošetrovatelství a porodní asistence musí:
 - splňovat požadavky na univerzitního učitele (magisterskou, doktorandskou akademickou úroveň),
 - mít takové vzdělání, aby byli schopni vhodně aplikovat a v plném rozsahu realizovat strategie založené na nejnovějších poznatcích vědy a výzkumu: ve výuce studentů, při vlastním učení a studiu, při určování cílů a hodnocení dosažených výsledků,
 - mít kvalifikaci, na které je studijní program založen,
 - mít minimálně dva roky praktických zkušeností v daném oboru,
 - vyučovat v takové oblasti odborné praxe, ve které je učitel odborníkem,
 - být odpovědný za klinický dohled při praxi studentů podle jejich oblasti odborné praxe. Tato odpovědnost musí být sdílena s odborným asistentem (zkušeným praktikem), který se na praktické výuce studenta podílí.
22. V situacích, kdy pro teoretickou výuku schází takto kvalifikované sestry a porodní asistentky, je možné je pozvat z jiných zemí. Tito dobrovolníci jsou zaregistrováni v regulačních systémech všech vyspělých zemí. Prioritou v těchto případech se pak stává výběr zkušených sester a porodních asistentek dané země, které absolvují kurzy pro učitelé, a z těch jsou pak vybrány vhodné typy pro výuku.
23. Odborní asistenti (zkušení praktici, sestry a porodní asistentky z klinických pracovišť), kteří vyučují, dohlížíjí nebo pomáhají studentům při praxi musí:
 - být experty ve svém oboru a
 - mít vhodnou přípravu pro roli vyučujícího.
24. V situacích, kdy pro praktickou výuku schází takto kvalifikované sestry a porodní asistentky, je možné je pozvat z jiných zemí. Prioritou v těchto případech je pak výběr zkušených sester a porodních asistentek dané země, které absolvují kurzy pro výuku praxe jak v nemocnicích, tak v zařízeních primární péče, z těch jsou pak vybrány vhodné typy pro praktickou výuku.
25. Učitelé z jiných disciplín než ošetrovatelských, např. veřejného zdravotnictví, medicíny, společenských věd (např. psychologie, pedagogika, etika, právo, atd.) musí být specialisty ve svém oboru.
26. Univerzitní školy/fakulty/oddělení ošetrovatelství a porodní asistence musí mít vhodné personální a materiální zdroje, včetně knihoven, laboratoří, zařízení a vybavení pro nacvik klinických dovedností, aby bylo možno realizovat studijní programy jak pro pre-graduální, tak pro post-graduální úroveň.



3.3 Koncepte nového kurikula (obsahu) vzdělávání

1. Koncepte kurikula pro pre-graduální (počáteční, kvalifikační) vzdělávací program pro sestry a porodní asistentky, který používá evropská strategie obsahuje: předměty, výchovně vzdělávací cíle, plány (rozvrh – účelné uspořádání obsahu výuky), popis praktických schopností a dovedností učit se a vyučovat jiné, způsoby využívání strategií hodnocení a metod vyhodnocování výsledků a vzdělávacích cílů.
2. Toto kurikulum ve všech uvedených aspektech musí připravit osoby kvalifikované (sestry a porodní asistentky), aby byly schopny plnit své role a funkce, pro které mají kompetenci.
3. Plán kurikula musí být z hlediska kvality integrovaný:
 - **struktura** např. logické uspořádání, vhodné proporce teorie/vyučování a učení ve třídě, stejně jako výuka praxe v nemocnicích a zařízeních primární péče.
 - **proces** např. musí akceptovat přístup, který je orientován na studenta a propojovat teorii a praxi tak, aby to studentům usnadňovalo integraci teoretických a praktických poznatků, které jim pak umožňují postupné přebírání odpovědnosti.
 - **výsledek** např. příprava sester a porodních asistentek, které jsou kompetentní pracovat v zařízeních primární, sekundární a terciární péče.
4. Obsah kurikula musí být založen na nejnovějších poznatcích z výzkumu a vztahovat se na priority v systému péče o zdraví populace, které jsou v souladu s hledisky epidemiologickými, demografickými a sociokulturními v dané zemi.
5. Hlavním předmětem/oblastí učení musí být teorie a praxe ošetrovatelství nebo porodní asistence.
6. Následující předměty musí být zařazeny jako minimum, a jejich aplikace do ošetrovatelství nebo porodní asistence musí být jednoznačná (jasná):
 - podpora zdraví, výchova ke zdraví a terapeutická edukace pacienta
 - společenské a behaviorální vědy
 - biologické vědy
 - komunikace
 - profesionální, etické a právní problémy a východiska
 - práce s informacemi

- organizování, řízení, kontrola (audit)
7. Výuka, učení a hodnotící strategie se musí odlišovat od tradičních způsobů výuky. Musí být založeny na teorii vzdělávání (výuky, učení) dospělých, ve kterých učitel má roli osoby, která studentovi usnadňuje učení a role studenta není pasivní, ale je aktivním účastníkem výukového procesu.
 8. I když didaktické metody mají své místo při využívání různých strategií výuky, nesmí být dominantní. Je nutné používat metody, které stimulují aktivní přípravu studentů např. semináře, konzultace, laboratorní demonstrace, řešení problémových situací, samostudium. Strategie výuky a učení musí používat nejvhodnější technologie, včetně nových způsobů komunikace a informačních systémů.
 9. Kritické zhodnocení propojenosti teorie a praxe v kurikulu, by vždy mělo obsahovat: do jaké míry je uplatňován přístup orientovaný na studenta, výuku a učení dospělých, jaké metody výuky jsou používány, a také získávat důkazy o uplatňování teoretických poznatků v praxi. Toto hodnocení by mělo být kompetentní, tvořivé a mělo by obsahovat i stručný souhrn podstatných součástí.
 10. Výuka, učení, hodnotící strategie a praktická výuka musí pomáhat studentům, aby se naučili *jak se učit* a zaměřit se na:
 - systematickou, na důkazech založenou péči, která je individualizovaná a orientovaná na potřeby pacienta nebo zdravé osoby,
 - rozvíjení a realizaci péče, osvojení akceptujícího (nehodnotícího) přístupu ke klientům/pacientům,
 - osvojení zvědavého a na získávání informací zaměřeného myšlení,
 - schopnost analyticky a kriticky myslet,
 - schopnost plně využívat informačních technologií,
 - schopnost řešení problémů,
 - schopnost týmové spolupráce,
 - integrovanou péči,
 - schopnost vedení lidí,
 - pracovat v partnerském vztahu,
 - podílet se na rozhodování.
 11. Kapacitu kvalifikovaného personálu a pacientů, kteří přispívají nebo se podílejí na výuce a učení studentů, je třeba maximálně využívat.
 12. Vyhodnocování všech aspektů kurikula je nutné naplánovat a pravidelně provádět.
 13. Je nutné připravit a jasně formulovat měřitelné výsledky (výchovně vzdělávací cíle) k zajištění objektivní evaluace.
 14. Klinická prostředí, kde probíhá praktická výuka sester a porodních asistentek musí být pravidelně auditována podle předem stanovených a přijatých standardů.
 15. Monitorovacího procesu (při hodnocení klinického prostředí), by se také měli účastnit externí kolegové a studenti.



Splnění minimálních požadavků stanovených ve směrnicích Evropské Unie je nezbytným předpokladem pro volný pohyb sester na trhu práce v rámci EU: minimální doba denního studia musí být tříletý program o 4600 hodinách teorie a praxe. Rada Evropy doporučuje, aby teoretická složka nečinila méně než třetinu a praktická složka ne méně než polovinu celkového programu.

Účastníci porady WHO, která se zabývala změnou kurikula se pak dohodli na větších podrobnostech, např. **že vzdělání musí sestře umožnit:**

- vybrat si informace, podle kterých může zhodnotit zdravotní stav klientů, stanovit problémy, plánovat a poskytovat péči a také vyhodnotit výsledky poskytnuté péče o jednotlivce, rodinu nebo komunitu,
- aplikovat do ošetrovatelské praxe výsledky výzkumu,
- využít v péči svoji schopnost řešit problémy a podnikat přiměřené kroky,
- přispívat k organizaci a rozdělení péče,
- účastnit se výuky, kontroly a dohledu nad druhými,
- být odpovědná za péči, kterou poskytne,
- účinně spolupracovat v multidisciplinárním týmu,
- spolupracovat s lidmi a úřady v nejrůznějších prostředích ve prospěch jednotlivců, rodin a komunit,
- chápat význam etiky péče o zdraví a ošetrovatelské profese a jejich vlivu na odbornou praxi sester,
- aplikovat legislativu, platnou pro systém péče o zdraví,
- reagovat na měnící se vlivy ve zdravotnictví,
- rozpoznat politické problémy, které se vztahují nebo mohou ovlivnit ošetrovatelskou praxi.

McMurray uvádí další schopnosti sestry v péči mimo nemocnici např. základní ošetrovatelské dovednosti:

- základní znalosti o zdraví a nemoci;
- jasné chápání veřejného zdraví;

- schopnost aplikace ošetrovatelského procesu;
- schopnost dokumentovat a komunikovat;
- schopnost vysvětlovat problémy zdraví veřejnosti a zdravotní péče spotřebitelům a jiným profesím ve společnosti;
- schopnost plánovat v čase a stanovit priority;
- schopnost učit a radit;
- schopnost řešit problémy, rozhodovat, chápat a realizovat změnu;
- znát společenské zdroje a schopnost je využít;
- chápat financování, které slouží poskytované péči;
- mít schopnost spolupracovat s druhými.



3.3.1 Hlavní témata nového kurikula

TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

- definice a charakteristické rysy ošetrovatelství
- vývoj poznatků, hodnot, postojů, koncepcí a ideologií v ošetrovatelství
- pojetí ošetrovatelské péče
- ošetrovatelský proces
- ošetrovatelské modely
- faktory ovlivňující vývoj ošetrovatelské praxe
- výzkum, metody výzkumu v ošetrovatelství
- vyhodnocování a aplikace nových poznatků výzkumu v praxi
- aplikace principů ošetrovatelství u různých věkových skupin klientů/pacientů, v různém prostředí a v různých zařízeních
- stanovení ošetrovatelských diagnóz a odpovídajících ošetrovatelských intervencí
- metody léčby a její výsledky ve vztahu k odpovědnosti sestry a činnosti, které souvisejí s normálními životními funkcemi
- kompetence a činnosti sester v oblastech jako je rehabilitace, farmakologie, intenzivní péče, povinnosti sester a ošetrovatelské intervence
- alternativní přístupy v péči

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 17



Pozorně si přečtete výše uvedená témata kurikula v oblasti teorie a praxe ošetrovatelství a označte ta, která podle Vás mají nejvyšší prioritu.



VÝVOJ ČLOVĚKA A SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

Studentky ošetrovatelství by měly studovat normální vývoj člověka (od početí až do smrti) a normální lidské činnosti během života:

- normální lidský růst, vývoj, struktura, funkce a degenerace
- struktura rodiny, rodinné vztahy a jejich dynamika
- kultura, zvyky, tradice a jejich vlivy na zdravotní stav člověka
- sociální vztahy
- povaha, struktura a příčiny poruch zdraví nebo postižení
- zhodnocení stavu zdraví a výživy
- zhodnocení životního prostředí a komunity
- procesy nemoci, které souvisí s normální strukturou a funkcí organismu, etiologie, patologie, klinické příznaky a obvyklý průběh nemoci
- identifikace běžných nemocí souvisejících s tělesnými systémy a smyslovými orgány (v průběhu celého života)

PODPORA ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA

- základní (primární) zdravotní péče jako nejdůležitější prostředek realizace nové politiky péče o zdraví (programu WHO Zdraví pro všechny)
- regionální cíle WHO zaměřené na "Zdraví pro všechny"
- koncepce výchovy ke zdraví a podpory zdraví (na primární, sekundární a terciární úrovni v systému péče o zdraví)
- základní předpoklady zdraví pro každodenní život
- plánované rodičovství
- sociální, ekologické, politické, kulturní a ekonomické faktory, které ovlivňují zdraví
- metody prevence – hromadného vyšetřování ("screeningové" metody)
- zhodnocení zdravotního stavu jedince, rodiny a komunity
- maximální realizace zdravotního potenciálu jedince
- podpora soběstačnosti a nezávislosti, péče o sebe sama a svépomoci v životě jedince
- podpora jedinců, rodin a společenství (komunit)
- využívání údajů o zdravotním stavu populace při identifikaci cílových – problémových skupin nebo ohrožených jedinců
- metody výchovy a techniky výuky ke zdraví
- plánování a hodnocení programů výchovy ke zdraví zaměřené na regulované

rodičovství, těhotenství, předškolní děti, školáky, adolescenty, mladé lidi a starší občany

- administrativní struktury řízení zdravotní výchovy na všech úrovních státu – centrální, regionální, lokální
- metody, které podporují nebo urychlují změny (např. informovaný souhlas, přesvědčování apod.)
- zdravé prostředí a hygiena
- hygiena práce



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 18

Pročtěte si pozorně výše uvedená témata kurikula v oblasti podpory zdraví a zdravotní výchovy a označte ta, která podle Vás mají nejvyšší prioritu.



SOCIÁLNÍ A BEHAVIORÁLNÍ VĚDY

Témata se zaměřují na studium lidí v jejich prostředí:

- sociální a ekonomické souvislosti
- normální psychický vývoj
- rodiny, skupiny, komunity a jejich vzájemná závislost
- dynamika skupiny
- sociologie, pojetí sociální struktury společnosti a její kontroly
- etnické a kulturní rozdíly, včetně hodnot, postojů a zvyků menšinových skupin
- vliv sociální politiky na zdraví a zdravotní péči
- společenské organizace a instituce (vládní, nevládní), dobrovolné organizace, orientovanost v celostátních a mezinárodních zdravotnických organizacích, jejich úkolech a odpovědnosti
- aktivity každodenního života (péče o sebe sama)
- vzájemné vztahy mezi psychickými procesy a tělesnými funkcemi (psychosomatická interakce)
- sociologické souvislosti zdraví a nemoci

KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

- pojetí sebe sama, sebeúcta,
- citlivost a otevřenost k druhým lidem
- verbální a neverbální komunikace
- rozvoj komunikačních dovedností
- komunikace s různými kulturními a etnickými skupinami, postiženými a invalidními

lidmi, s kolegy v pracovním týmu (individuálně i v rámci multidisciplinární spolupráce)

- edukační techniky a dovednosti v poradenství, při výchově a výuce
- získávání a zpracovávání informací
- spolupráce se sdělovacími prostředky
- komunikační techniky pro terapeutické účely
- využívání informačních technologií

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA A PROCESY

Témata by měly zahrnovat faktory, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi:

- systémy péče o zdraví a poskytování zdravotních a sociálních služeb
- legislativní struktura
- politika péče o zdraví
- organizační struktury, zejména multidisciplinární spolupráce
- teorie a trendy řízení a jejich aplikace v ošetrovatelství
- informační systémy
- národní zdravotní a sociální politika na centrální, regionální a místní úrovni

PROFESNÍ, ETICKÉ A MORÁLNÍ PROBLÉMY OŠETŘOVATELSTVÍ

- dějiny a vývoj ošetrovatelského povolání
- autonomie a odpovědnost
- schopnost vést a rozhodovat
- vztahy k jiným profesním skupinám
- koncepce, zásady a tradice etiky povolání
- etické kodexy a morální dilemata v ošetrovatelství
- kázeň a disciplinární proces
- pracovně právní vztahy, vztahy zaměstnavatel a zaměstnanec
- práva jednotlivců, rodin a společenství (komunit)
- mlčenlivost, ochrana práv pacientů a právní odpovědnost
- role profesních, statutárních nebo regulačních orgánů

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 19



Zamyslete se nad výše uvedenými profesními, etickými a morálními problémy ošetrovatelství a odpovězte si na otázku, zda jsou Vám všechny jasné a srozumitelné.



EVALUACE A AUDIT

- evaluační teorie a jejich využití v ošetrovatelství
- evaluační modely a metody
- klasifikační systémy v ošetrovatelství
- zajištění kvality ošetrovatelské péče
- ekonomika ve zdravotnictví a její využití v ošetrovatelství
- využívání evaluačních výsledků jako základu pro změnu a zlepšení

ETNICKÉ A KULTURNÍ HODNOTY

- definice kultury a etnicity
- společné a odlišné znaky mezi jednotlivými etnickými skupinami v zemi
- pojetí neměnnosti dominantní skupiny
- kultura a etnicita: rozdílné úkoly a chápání v souvislosti se vznikem, růstem a vývojem rodiny
- lidé, zdraví, choroba, smrt – etnické dimenze
- úloha zdravotní sestry, ošetrovatelství a poskytování péče o zdraví – etnická dimenze
- multikulturní společnost – důsledky pro organizaci, správu a poskytování zdravotnických služeb a výkonů
- odlišné kulturní pojetí povolání zdravotní sestry a pečovatele
- etnocentrismus a jeho následky pro realizaci, plánování a řízení péče o zdraví
- problémy tělesně a mentálně postižených – etnická dimenze
- interkulturní komunikační problémy – verbální a neverbální komunikace
- způsoby (prostředky a techniky) usnadňující interkulturní vzájemnou komunikaci
- migrační tendence – následky pro náklady v oblasti péče o zdraví, metody a poskytování služeb

ETNICKÉ A MORÁLNÍ ASPEKTY

- etika a hodnoty – definice
- etická pravidla a společenské normy
- etické a morální aspekty rozdílných kultur
- pojetí lidí od narození až po vesmír
- etická pravidla a morální problémy při výkonu zdravotnického povolání
- rovnost, rovnoprávnost a právo všech na důstojnou existenci a zdraví
- život pro všechny
- právní nárok jedince a skupin na sebeurčení
- porod, život, zdraví, choroba a smrt z etického a morálního hlediska
- zdraví jako hodnota v ošetrovatelství

- etické cíle a hodnoty ošetřovatelství a etická odpovědnost ošetřovatelského personálu při práci v komunitách
- etické a morální aspekty ošetřovatelství v souvislosti s prací ošetřovatelského personálu v komunitách a v nemocnici
- sociální odpovědnost a odvaha ve zdravotnickém povolání
- konflikty hodnot při výkonu povolání, a ve společnosti

KLINICKÁ PRAXE A MANUÁLNÍ ZRUČNOST

- nové techniky a technologie v ošetřovatelství
- nové techniky a technologie v medicíně, nové techniky a technologie v celkové všeobecné péči o zdraví



3.3.2 Výchovně vzdělávací cíle (učební výstupy) – obecně

Cíl (učební výstup/výsledek) je základní kategorií vyučování. Pojem cíl znamená ideální představu toho, čeho má být v činnosti dosaženo.

Cíle vyučovacího procesu určují výběr obsahu učiva, výběr optimálních metod, organizačních forem a materiálního zabezpečení vyučovacího procesu.

Proto hodnocení studentů, učitelů i vzdělávacích institucí je ve své podstatě založeno na zjišťování míry dosažení stanovených cílů.

Pokud výchovně vzdělávacím programům chybí jasně stanovené cíle (učební výstupy), učitelé to vede k tomu, že při vyučování využívají více svoji bezprostřední intuici, než jasnou představu toho, čeho má být výukou dosaženo.

Proto je velmi důležité, aby cíle (učební výstupy) byly stanoveny nejen na konci vyučovacího procesu, ale i v kterémkoli okamžiku jeho průběhu (např. kreditní systémy na vysokých školách).

Popis cíle (učební výstupu) mimo vyjádření obsahu (témat učiva), musí obsahovat i činnosti žáků při osvojování obsahu a také požadovanou úroveň osvojeného učiva (získané dovednosti).

Všeobecné cíle výchovy a vzdělávání se musí konkretizovat a definovat pro různé oblasti a etapy výchovy a vzdělávání. Tyto cíle se mezi sebou mohou lišit mírou všeobecnosti a významu.

Dosažení všeobecných cílů závisí na dosažení řady dílčích a etapových cílů a naopak, dílčí cíle musí odpovídat a vycházet z cílů všeobecných.

Specifické cíle (učební výstupy) se podle psychických procesu "učících se" obvykle dělí na:

- **kognitivní** (poznávací – vzdělávací) tyto cíle zahrnují oblast vědomostí, intelektových schopností, poznávacích schopností např. vnímání, paměť, myšlení, tvořivost apod. kognitivní cíle převažují při vzdělávání.
- **psychomotorické** (zručnost, návyk – dovednost) tyto cíle zahrnují oblast motorických dovedností a návyků za účasti psychických procesů např. rozvoj pohybových dovedností, používání pomůcek a zařízení, obsluhu přístrojů atd. Tvoří hlavní náplň praktických cvičení.
- **afektivní** (postojové – výchovné) tyto cíle zahrnují oblast citovou, postoje, hodnotové orientace a sociálně-komunikačních dovedností. Jejich dosažení je hlavním záměrem výchovy.

Specifické cíle (učební výstupy) by měly jednoznačně definovat stav, kterého má být dosaženo, to znamená změny v osobnosti studentů – jejich vědomosti a dovednosti.

Důležitá je *kontrolovatelnost, měřitelnost* těchto cílů (učebních výstupů), aby bylo možné porovnat dosažené výsledky s vytýčenými cíli a vyhodnotit, zda bylo cíle dosaženo nebo nikoli.

Výkon studentů je proto nutné při formulaci specifických cílů (učebních výstupů) popsat tzv. **činnostními slovesy**, které představují pozorovatelnou činnost.

Při formulaci těchto cílů si můžeme pomoci otázkami:

"Mohu to, co bude student předvádět vidět nebo slyšet?"

"Bude se jeho činnost odlišovat od jiných činností?"

"Je tato činnost měřitelná? Mohu změřit délku jejího trvání nebo frekvenci?"



3.3.3 Taxonomie výchovně vzdělávacích cílů podle B. S. Blooma

1. ZNALOSTI/VĚDOMOSTI – zapamatování

Na této úrovni si student vybaví nebo obnoví: *konkrétní poznatky, fakta, pojmy, postupy, zásady, normy, pravidla, klasifikační kategorie, všeobecné i abstraktní poznatky, zákony, teorie*. Jde tedy o paměťovou reprodukci uvedených prvků učiva.

Činnostní slovesa, která jsou typická pro tuto úroveň jsou: **napsat, definovat, rozeznat, opakovat, reprodukovat (doplnit, popsat, přiřadit, vybrat, určit)**.

2. POROZUMĚNÍ/POCHOPENÍ

Student je schopen porozumět významu obsahu sdělení, které mu je předloženo ve slovní, obrazové nebo symbolické podobě. Obsah musí zpracovat do takové podoby, která je pro něj smysluplná např. *překlad z jednoho jazyka do druhého, do jiné terminologie, jiné podoby, vysvětlení obsahu vlastními slovy, odlišení podstatného od nepodstatného, předvídání důsledků, které bezprostředně vyplývají z daných předpokladů, formulace toho, co je v textu obsaženo explicitně* apod.

Činnostní slovesa, která se používají pro vyjádření výkonnosti studenta na této úrovni: **jinak formulovat, ilustrovat, vysvětlit, vyjádřit vlastními slovy, jinou formou, rozlišit (zkontrolovat, rozšířit, nakreslit, naskicovat, vyplnit, opravit)**.

3. APLIKACE

Smysluplné použití abstrakcí a zevšeobecnění: *teorií, zákonů, principů, vztahů, metod, postupů, pojmů, pravidel* v konkrétních situacích.

Činnostní slovesa: **aplikovat, demonstrovat, naskicovat, nakreslit, poukázat, řešit, vyčíslit, vypočítat, vyhledat (navrhnout, naplánovat, uspořádat)**.

4. ANALÝZA

Rozbor komplexních informací (systému, procesu) na prvky a části, určení hierarchie prvků, principů, jejich organizace, určení vztahů a interakce mezi prvky.

Činnostní slovesa: **udělat rozbor, rozlišit, specifikovat, rozčlenit, určit (rozhodnout, klasifikovat, dedukovat).**

5. SYNTÉZA

Složení prvků a části do předem neexistujícího celku, kterým může být *zpráva, plán, postup řešení, odvození souboru abstraktních vztahů* apod.

Činnostní slovesa: **kategorizovat, klasifikovat, kombinovat, modifikovat, napsat zprávu, navrhnout, organizovat, reorganizovat, shrnout, vyvodit závěry, vytvořit, zkonstruovat, vyvinout.**

6. HODNOCENÍ/POSOUZENÍ

Na této úrovni by měl student posoudit, *zda myšlenky, vztahy, výtvary, metody, apod. odpovídají stanoveným kritériím nebo normám z hlediska přesnosti, efektivnosti, hospodárnosti nebo účelnosti.* Toto hodnocení může být kvantitativní a kvalitativní.

Činnostní slovesa: **argumentovat, obhájit, rozhodnout, oponovat, srovnat, posoudit, prověřit, zdůvodnit, zhodnotit, uvést výhody a nevýhody.**

Příklady formulací učebních výstupů v dané učební jednotce nebo modulu.

Student je schopen:

- **IDENTIFIKOVAT** zdroje chyb při měření krevního tlaku.
- **PROKÁZAT** jazykovou zdatnost při použití anglického jazyka (slovní zásoby, gramatiky) v klinickém ošetrovatelství.
- **APLIKOVAT** zásady ošetrovatelské péče založené na důkazech v péči o seniory.
- **MODIFIKOVAT** směrnici pro kontrolu kvality ve zdravotnickém zařízení.
- **POROVNAT** kvalitu práce sestry absolventky s kvalitou práce sestry s 20letou praxí.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 20



Pozorně si přečtěte výše uvedenou Bloomovou taxonomii výchovně vzdělávacích cílů a uvedené příklady formulace učebních výstupů. Na list papíru naformulujte učební výstup/výsledek svých znalostí/vědomostí o „zdraví“.



3.3.4 Evropský systém převodu a sběru kreditů – ECTS

Evropský systém převodu a sběru kreditů (ECTS) byl poprvé představen v roce 1989, jehož hlavním úkolem bylo zjednodušit uznávání studia na zahraničních vysokých školách pro studenty v programu ERASMUS.

Od té doby se ECTS stal nedílnou součástí národních vzdělávacích systémů ve většině Evropských zemí. Na Bergenské konferenci (2005) ministři školství evropských zemí označili ECTS za jeden z klíčových prvků pro *Rámec kvalifikací pro Evropský prostor vysokoškolského vzdělávání* a stanovili kreditní rozsahy pro jednotlivé cykly získávání kvalifikací. Na této konferenci byly také přijaty *Evropské standardy a směrnice v oblasti zabezpečení kvality v rámci Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání*.

Implementace ECTS napomohla osvojení Standardů a směrnic, zejména při poskytování informací studentům a využívání učebních výstupů (kvalifikací) zaměstnavateli.

ECTS pomáhá interpretovat a porovnávat studijní programy. Může být použit pro všechny typy studijních programů, bez ohledu na formu jakou studium probíhá (prezenční, kombinovaná, distanční), i pro účely celoživotního vzdělávání. ECTS napomáhá mobilitám studentů na domácí, národní i mezinárodní úrovni.

V rámci ECTS je 60 kredity ohodnocena studijní zátěž a učební výstupy za dobu jednoho akademického roku tj. 1200 – 1800 hodin studia. Jeden kredit ECTS představuje učební výstupy, pro které je potřeba přibližně 25-30 hodin studia.

3.3.5 Studijní zátěž studenta a její odhad

Studijní zátěž studenta ve formálním vysokoškolském vzdělávání zahrnuje průměrnou dobu potřebnou k úspěšnému dokončení všech naplánovaných studijních aktivit.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 8



Z uvedených aktivit studenta vyberte ty, které mezi ně nepaří:

1. čtení zábavné literatury
2. účast na seminářích,
3. prázdninové volno
4. samostudium,

5. příprava projektů
6. příprava na zkoušky
7. volnočasové aktivity
8. účast cvičení
9. docházka na přednášky

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



Porozumění studijní zátěži studenta v jednotlivých studijních programech a modulech je užitečné nejen pro studenty, ale i pro akademické pracovníky zejména při sestavování studijních plánů.

Ve stávajících systémech, které nepoužívají moduly bývají jednotlivé předměty ohodnoceny různým (často nízkým) počtem kreditů, a k dosažení 60 kreditů za jeden akademický rok bývá celkový počet předmětů vysoký.

V systémech modulárních je tématicky integrovaným modulům přiřazen stejný (zpravidla vyšší) počet kreditů, např. 10 kreditů ECTS. Pracovní zatížení jednoho modulu je založeno na celkovém objemu práce, kterou student musí vykonat jako součást celého studijního programu. Tato práce je stanovena ve vztahu k učebním výstupům, jichž musí být dosaženo, a času (pracovní doby), který student potřebuje, aby jich dosáhl.



Odhad studijní zátěže studenta. Každý modul je založen na určitém počtu výukových činností např.

- ***typ výuky v modulu:*** přednáška, seminář, cvičení, praxe, laboratorní práce, samostatné studium pod dohledem, konzultace, stáže, práce v terénu, práce na projektu, aj.
- ***typ studijní činnosti studenta:*** docházka na přednášky, plnění stanovených úkolů, nácvik praktických dovedností v laboratoři, vypracování písemných prací, čtení knih, učení se jak např. konstruktivně kritizovat práci druhých, předsedání schůzi, aj.
- ***typ hodnocení studenta:*** ústní zkouška, písemná zkouška, prezentace, test, písemná práce, vědecká práce, informační zpráva (protokol) o praxi, písemná zpráva (protokol) o terénním průzkumu, průběžná hodnocení, aj.

Vyučující musí stanovit, které činnosti jsou přiměřené a vhodné, aby student dosáhl učebních výstupů daného modulu, a stanoví také čas, potřebný k dokončení těchto činností. Pokud je objem práce příliš velký, nebo naopak příliš malý, měly by být učební výstupy a kredity podrobeny revizi odborným týmem, který sestavuje studijní plán.

3.3.6 Implementace Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání v České republice (Q-RAM) 2011

Aktuálním úkolem na vysokých školách je implementace *Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání v České republice (Q-RAM)*. Jde o nástroj pro vývoj a zajišťování kvality kvalifikací v terciárním vzdělávání prostřednictvím vymezení úrovně prokázaných znalostí, dovedností a způsobilosti absolventů. Jde o významnou změnu ve způsobu, jakým bylo dosud vzdělávání, výuka a studium pojímáno a popisováno.

Evropskou dimenzi vysokoškolského vzdělávání posiluje i rozvoj modulů a z nich složených studijních programů, což usnadňuje mezinárodní mobility studentů a získání uznávaného titulu.

Popis učebních výstupů v modulech umožňuje porovnávat kvalifikace podle jejich obsahu a profilu absolventů, nikoliv jen podle použitých metod a způsobu výuky.

K učebním výstupům se vztahuje i studijní zátěž studenta složená z průměrné doby potřebné k úspěšnému dokončení plánovaných studijních aktivit. Tuto zátěž vyjadřují kredity Evropského systému převodu a sběru kreditů (ECTS), 1 kredit ECTS = 25-30 hodin studia.

Učební výstupy (studijního programu a jednotlivých modulů) představují soubor znalostí a profesionálních dovedností, které vyjadřují, co daný student bude znát, čemu bude rozumět nebo jaké činnosti bude schopen provádět po absolvování daného učebního procesu. Učební výstupy v jednotlivých modulech vytyčují požadavky pro udělení kreditů a jsou formulovány akademickým personálem (vyučujícími).

3.3.7 Vztah mezi pojmy učební výstupy a kompetence

Vztah mezi pojmy kompetence a učební výstupy analyzovali Hartel a Foegeding, 2004.

- **Kompetence** tito autoři vymezují jako „*obecné formulace vymezující požadované znalosti a dovednosti studenta při absolvování studijního programu*“.
- **Učební výstupy** přesně specifikují to, co očekáváme, že budou studenti schopni předvést, aby prokázali, že si dostatečně osvojili danou kompetenci.

Kompetence podle těchto autorů navazují na učební výstupy. Užitečnou pomůckou pro formulaci učebních výstupů je Bloomová taxonomie vzdělávacích cílů – nabízí jasnou strukturu a seznam činnostních sloves.

3.3.8 Konstruktivní propojení učebních výstupů s výukou, učením a hodnocením v modulu

„Učební výstupy popisují to, co je formálně hodnoceno a uznáno studentům. Poskytují východisko k realizovanému modelu návrhu kurikul v terciárním vzdělávání s přesunem důrazu od učiva a výuky k vlastní učební aktivitě studenta.“ (Allan,1996)

„Učební výstupy představují jeden z hlavních stavebních kamenů transparentního terciárního vzdělávání a kvalifikací. Je potřeba vyhnout se nedorozumění ohledně jejich podstaty, významu a role, jinak dojde k oslabení vzdělávacích základů Boloňského procesu.“ (Adam, 2004).

Doporučený postup při propojování učebních výstupů, výukových a učebních aktivit a hodnocení v modulu:

1. Jasně formulovat učební výstupy.
2. Zvolit výukové a učební metody, které co nejpravděpodobněji zajistí dosažení učebních výstupů.
3. Vybrat způsoby hodnocení toho, do jaké míry bylo učebních výstupů dosaženo.
4. Zhodnotit učební výstupy a zkontrolovat, nakolik odpovídají tomu, co bylo zamýšleno

Učební výstupy	Výukové a učební aktivity	Hodnocení
<p>Kognitivní (Viditelné důkazy: znalostí, porozumění, aplikace, analýzy, syntézy a kritického posouzení)</p> <p>Afektivní (Integrace postojů, idejí a přesvědčení)</p> <p>Psychomotorické (Osvojení zručnosti a fyzických dovedností)</p>	<p>Přednášky</p> <p>Tutoriály</p> <p>Diskuze</p> <p>Laboratorní nácvik</p> <p>Klinická praxe</p> <p>Práce ve skupinách</p> <p>Semináře</p> <p>Prezentace vrstevníkům, aj</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Písemný test – volba z více možností. • Esej, písemná práce. • Laboratorní protokoly a výzkumné projekty. • Rozhovory a obhajoby. • Praktické hodnocení. • Vystavení posteru. • Práce v terénu. • Klinické zkoušky. • Prezentace. • Portfolio. • Specifické výkony. • Projekty. • Vytvoření artefaktu, aj. <p>Zkouška na konci modulu</p>

3.3.9 Hodnocení učebních výstupů

Dobrym vodítkem pro volbu hodnotících způsobů/technik je aktivní sloveso učebního výstupu.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 9



K uvedeným formám hodnocení přiřaďte správnou charakteristiku a) b) c):

1. Formativní hodnocení
 2. Sumativní hodnocení – hodnocení úspěchu učení.
 3. Průběžné hodnocení
-
- a) Shrnuje učební výsledky 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.
 - b) je kombinací formativního a sumativního hodnocení. Obvykle zahrnuje opakované sumativní hodnocení. Znamky z hodnocení se evidují. Poskytuje se malá zpětná vazba.
 - c) 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.

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.





ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 8

1; 3; 7;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 9

1c; 2a; 3b;



SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola se zaměřuje na souvislosti profesního vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek v Evropě. Citovány jsou dokumenty WHO a standardy v této oblasti. Podrobně jsou rozebrány principy a koncepce kurikula. Charakterizována jsou hlavní témata nového kurikula zaměřená na: teorii a praxi ošetrovatelství; vývoj člověka a sociální prostředí; podporu zdraví a zdravotní výchovu; sociální a behaviorální vědy; komunikační dovednosti; organizační struktury a procesy; profesní, etické a morální problémy ošetrovatelství; evaluace a audit; etnické a kulturní hodnoty; etické a morální aspekty; klinickou praxi a manuální zručnost. Dále je pojednáno o učebních výstupech; evropském systému převodu kreditů (ECTS); studijní zátěži studenta a jejím odhadu; implementaci Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání v ČR (Q-RAM); o vztahu mezi pojmy: učební výstupy a kompetence; konstruktivním propojování učebních výstupů s výukou, učením a hodnocením v předmětech/modulech; uvedeny jsou příklady vyhodnocování učebních výstupů.



OTÁZKY

1. Hlavním důvodem ke změnám v profesním vzdělávání všeobecných sester je:
 - a) požadavek profesní asociace
 - b) nízké platové ohodnocení sester
 - c) organizace komunitní a domácí péče
 - d) orientace zdravotnické politiky na program „Zdraví pro všechny“
2. Výuka všeobecných sester je primárně zaměřena na:
 - a) rodiny a komunity
 - b) nemocniční ošetrovatelskou péči
 - c) vícerozměrnou koncepci zdraví tzv. Socioekologický model zdraví
 - d) zvládání stresových situací
3. Principy pro vzdělávání sester a porodních asistentek v Evropě jsou stanoveny:
 - a) strategií Ministerstev zdravotnictví jednotlivých států
 - b) strategií profesních organizací
 - c) strategií všech regulačních subjektů

- d) strategií Světové zdravotnické organizace (WHO)
4. Proč jsou ve vzdělávání sester naplňovány požadavky směrnic EU, aby:
- byla dodržena délka studia
 - studenti po dobu studia nepracovali
 - byl naplněn předpoklad volného pohybu sester na trhu práce v rámci EU
 - se studenti naučili cizí jazyk
5. Mezi hlavní témata nového kurikula ve studijním programu nepatří:
- vývoj člověka a sociální prostředí
 - teorie a praxe ošetrovatelství
 - podpora zdraví a zdravotní výchova
 - dějiny společenských věd
6. Pod pojmem „Učební výstupy“ se rozumí to, co:
- student vykáže ve svém portfoliu
 - vyučující stanoví jako výukový cíl
 - student prokáže u ústní zkoušky
 - bude student schopen předvést, co je formálně hodnoceno a studentovi uznáno
7. Co je to ECTS:
- výměnný program ERASMUS
 - rámec vysokoškolských kvalifikací v Evropském prostoru
 - evropský systém převodu a sběru kreditů
 - získání 60 kreditů za akademický rok
8. Co se rozumí pod pojmem studijní zátěž studenta:
- vymezení doby prázdnin ve studijním programu
 - doba na zvládnutí teoretické části studia
 - čas věnovaný praktické části výuky
 - průměrná doba potřebná k úspěšnému dokončení všech naplánovaných studijních aktivit
9. Plánované studijní aktivity studenta nezahrnují:
- docházku na přednášky a účast na seminářích
 - účast na cvičeních a samostudium
 - přípravu projektů a přípravu na zkoušky
 - prázdninové volno
10. Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání v ČR (Q-RAM) je:
- převod kreditů ECTS získaných za středoškolskou maturitu
 - seznam získaných dovedností na střední škole
 - nástroj pro vývoj a zajišťování kvality kvalifikací v terciárním vzdělávání
 - výukové cíle a počet získaných kreditů
11. Hodnocení učebních výstupů u studentů neprobíhá způsobem:
- formativního hodnocení

- b) sumativního hodnocení
- c) etického hodnocení
- d) průběžného hodnocení



POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- [1] HARTEL, R. W. and FOEGEDING, E. A. (2004). *Learning: Objectives, Competencies, or Outcomes. Journal of Food Science Education, (3) 69 – 7.*
- [2] MILLER, C., HOGGAN, J., PRINGLE, S. and WEST, C. (1988) *Credit Where Credit's Due.* Report of the Accreditation of Work-based Learning Project. Glasgow. SCOTVEC.
- [3] NANTL, J. ČERNIKOVSKÝ, P. a kol. *Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky. I. díl Národní deskriptory. 1. vyd. MŠMT Praha: TAURIS, 2010*
- [4] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (1) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2000*
- [5] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2002*



ODPOVĚDI

1d; 2c; 3d; 4c; 5d; 6d; 7c; 8d; 9d; 10c; 11c;



4 KOMPETENCE SESTER V PRAXI – RŮST PROFESIONALITY V OŠETŘOVATELSTVÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Problematika kompetencí všeobecných sester je aktuální doménou úzce související s růstem profesionality v ošetrovatelství v posledních desetiletích. Představuje potřebnou způsobilost pro výkon povolání, znalosti, dovednosti a postoje. Pojem kompetence je spojován nejen s učebními výstupy, na které navazuje při profesním vzdělávání sester, ale zejména je používán v oblasti pracovně právních vztahů (základem kompetence sestry je plnění určitého odborného úkolu – zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb klientů/pacientů). Extenzivní kompetence sester v Evropě byly vymezeny v doporučení Evropská komise. V textu jsou charakterizovány souvislosti ve vztahu profesního vzdělávání a funkčního profilu v praxi; rozšířené role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu; pole působnosti ošetrovatelství s pohledem na ošetrovatelskou diagnostiku; východiska pro organizaci a poskytování ošetrovatelské péče. Zmíněn je obsah standardů profesionální výkonnosti sester; seznam úkolů všeobecných sester; okruhy znalostí a dovedností všeobecných sester, regulační systém ošetrovatelské praxe a význam registru pro personální plánování.



CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly budete umět:

- charakterizovat pojem kompetence v ošetrovatelství
- vysvětlit růst profesionality v ošetrovatelství
- vysvětlit východiska pro organizaci a poskytování ošetrovatelské péče
- charakterizovat skupiny úkolů všeobecných sester
- popsat regulační systém ošetrovatelské praxe



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je 120 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Kompetence sester, profesionální ošetrovatelství, úkoly profesionální ošetrovatelské péče, rozšířené role sester, kompetence v oblasti ošetrovatelské diagnostiky, profesionální přístup,

mezinárodní etický kodex sester, náročnost a složitost ošetrovatelské situace, standardy profesionální výkonnosti sester, regulační systém ošetrovatelské praxe, registrace, registr.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění pojmu kompetence vošetrovatelství.



4.1 Pojem kompetence – charakteristiky

Pod pojmem kompetence se obvykle rozumí rozsah působnosti nebo činnosti, souhrn oprávnění a povinností svěřených právní normou určitého orgánu nebo organizací, příslušnost po odborné nebo věcné stránce, funkční nebo služební pravomoc.

V ošetrovatelství pojem kompetence představuje potřebnou způsobilost pro výkon povolání sestry. V této oblasti jsou kompetence definované jako znalosti, dovednosti a postoje umožňující příslušné osobě samostatně vykonávat svoji činnost, nepřetržitě se odborně vzdělávat a rychle se přizpůsobit měnícím se podmínkám. Potřebné znalosti, dovednosti a postoje získá příslušná osoba v rámci vzdělávání, které má odborně specifický obsah a určitou minimální dobu trvání.



DEFINICE 4-1

V dokumentech *Tuning Educational Structures in Europe, 2004, Uživatelské příručky ECTS, 2009, aj.* jsou uvedeny následující definice kompetencí vztahující se k ošetrovatelství:

1. Kompetence je komplexní spojení znalostí, postojů a hodnot, které jsou potřebné pro bezpečné a spolehlivé předvedení v určitých situacích (*Gonzi, 1994*)
2. Kompetence je úroveň předvedení demonstrující efektivní aplikaci znalosti, dovednosti a úsudku (*ICN, 1997: 44*)
3. Kompetence je stav znalostí, dovedností, energie (síly), zkušeností a motivace, která je nutná k adekvátní reakci osoby s profesionální odpovědností na požadavky (*Roach, 1995: 172*)
4. Kompetence je schopnost plnit určité profesionální funkce, které jsou složeny z oblastí profesionální praxe. Kompetence vyžaduje znalosti, vhodné přístupy a viditelné mechanické a intelektuální dovednosti, které odpovídají za schopnost poskytovat specifické profesionální služby (*WHO, 1988: 68*)
5. Kompetence znamená prokazatelnou schopnost používat znalosti, dovednosti a osobní, sociální nebo metodické schopnosti při práci a studiu a v profesním nebo osobním rozvoji. (*Evropský rámeček kvalifikací pro celoživotní vzdělávání – EQF-LLL, 2008*).
6. Kompetence je schopnost přenášet poznatky do praxe. (*Uživatelská příručka*)

ECTS 2009).

7. **Kompetence v ošetrovatelství (Miller, 1988)** popisuje dva typy kompetencí: v **užším smyslu** – konkrétní ošetrovatelský výkon; a v **širším smyslu** – schopnost sestry propojit kognitivní, afektivní a psychomotorické dovednosti při poskytování ošetrovatelské péče.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 21



Zamyslete se nad výše uvedenými definicemi pojmu kompetence a vyberte jednu z nich, která je podle vašeho názoru ta nejlepší.



Získané kompetence nejsou striktně určeny dosažením základů profesního vzdělání. *Výkon povolání – profese vyžaduje kontinuální osobnostní rozvoj* např. udržování znalostí na úrovni nejnovějších poznatků, schopnosti adekvátního rozhodování, zavádění změn v rámci profese apod.

Vzdělávací program musí být koncipovaný s ohledem na odborné kompetence. Důležitá je vstupní úroveň znalostí a schopností uchazečů (předpoklady pro vysokoškolské studium), aby uchazeči zvládli studijní program a získali vzdělání a dlouhodobé odborné kompetence kvalifikovaného odborníka.

Vymezení kompetencí sester na úrovni Evropské unie musí být *extenzivní* a pokrývat nejdůležitější společné kompetence, které budou požadované pro výkon povolání v libovolném státě. Vymezení kompetencí současně poskytuje i potřebné garance pro profesionální ochranu.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na objasnění základu kompetencí sester – koncepci úkolu profesionální ošetrovatelské praxe. Jasná koncepce profesionálního úkolu sester spolu s definicí výsledků ošetrovatelské činnosti slouží k vymezení profesionální činnosti pomocí stan-

dardů ošetrovatelské praxe, zákonných norem profesionální odpovědnosti a standardů profesionální výkonnosti.



4.1.1 Kompetence sester odpovídajících za všeobecnou ošetrovatelskou péči

Za základní znak každé profesionální činnosti je považováno splnění určitého odborného úkolu. Tento úkol nevysvětluje jen činnost, ale je i základem určitých profesionálních kompetencí, které jsou od tohoto úkolu odvozeny.

Úkol profesionální ošetrovatelské péče je koncipován jako zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb klienta/pacienta. Aby mohl být tento úkol splněn, zůstává činnost sestry omezena na kontakt s klientem/pacientem (jeho rodinou nebo jeho nejbližšími osobami).

Výsledkem úsilí sestry o uspokojení potřeb klienta/pacienta je zlepšení jeho celkových reakcí – fyziologických, verbálních a projevů. Pacientů v subjektivní pocit zlepšení obsahuje určitou míru uzdravování ve vztahu k pocitu nepohodlí – úzkosti, obav, strachu, bezmoci, beznaději, nespokojení fyziologických potřeb, apod. Pozorovatelná změna zlepšení stavu klienta umožní sestře, aby zhodnotila, zda její profesionální úkol byl splněn a bylo dosaženo smysluplného výsledku.

Plnění odborného úkolu, slouží profesionalizaci ošetrovatelské péče dvojitým způsobem:

- pomáhá získat základní a další nezbytně nutné informace, které jsou nutné k vyjasnění a posouzení kompetencí, kterou sestra potřebuje pro plnění profesionálního úkolu.
- z profesionálního úkolu vyplývá funkční rámec a odpovídající zákonná norma, která stanovuje kompetence kvalifikovaných sester potřebné pro organizaci práce v multidisciplinárním týmu.

Jasná koncepce profesionálního úkolu sester a definice funkčních výsledků ošetrovatelské činnosti v rámci celkové (multiprofesionální) péče slouží k vymezení profesionální činnosti třemi vzájemně se prolínajícími způsoby:



SAMOSTATNÝ ÚKOL 10

Mezi vzájemně se prolínající způsoby, které slouží k vymezení profesionální činnosti nepatří:

1. Poskytuje sestrám povinnou účast na tvorbě legislativy
2. Poskytuje možnost politické angažovanosti

3. Poskytuje vztahový rámec pro hodnocení činnosti profesionálních sester (Standardy profesionální výkonnosti).
4. Poskytuje příležitost povinného členství v profesní organizaci
5. Poskytuje vztahový rámec, a tím umožňuje i vytvoření zákonných norem a směrnic pro profesionální odpovědnost.
6. Poskytuje dostatek nutných údajů pro vyjasnění profesionálních kompetencí (Standardy ošetřovatelské praxe).

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



Evropská komise konstatuje, že nová koncepce péče o zdraví (orientace na primární péči) vyžaduje i nový, efektivně fungující typ sester poskytujících ošetřovatelskou péči. *Ve vzdělávacích programech stojí v popředí zdraví nikoli léčba v nemocnicích.* Obsahově nově vzdělané sestry budou mít vysokou míru odpovědnosti a autonomie, budou disponovat rozsáhlými profesními kompetencemi:

Činnost zdravotních sester, které odpovídají za všeobecnou ošetřovatelskou péči zahrnuje: péči o děti, dospívající, dospělé a staré lidi při akutních a chronických poruchách zdraví, při somatických a psychických potížích, o které je pečováno v nemocnicích nebo mimo ně. Tyto sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím na psychologické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života postižených osob.

Sestry musí být dále schopné:

- Zavádět a realizovat opatření pro zlepšení zdraví a zabránit vzniku onemocnění jednotlivců, rodin, skupin a komunit;
- Převzít odpovědnost za vlastní ošetřovatelskou činnost;
- Vzájemně spolupracovat při ošetřování a provádět vyšetřování ve stanovených případech;
- Informovat a vést pacienty, studenty ošetřovatelství, kolegy a kolegyně;
- Sledovat výzkumné a vývojové práce, spolupracovat na nich a využívat je, zajišťovat kvalitu ošetřovatelské péče;
- Plánovat svoji práci a práci skupiny, řídit a kontrolovat pracovní tým, spolupracovat s jinými odborníky. Vycházet při tom z jejich profesionální praxe, zapojit se do multidisciplinární spolupráce při řešení zdravotních problémů. **Při provádění těchto činností sestry uplatňují metodu ošetřovatelského procesu.**

DOPORUČENÍ EVROPSKÉ KOMISE (1998) – čtyři oblasti extenzivních kompetencí (funkcí) všeobecných sester

SESTRA

- **Naslouchá** klientům /pacientům a hovoří s nimi, aby vybuodovala důvěrný vztah a zajistila jejich spoluúčast na ošetřování;
- **Zjišťuje a hodnotí** potřeby klientů/pacientů v oblasti péče a pomoci s ohledem na jejich kulturní a světový názor;
- **Sestavuje** pro klienta/pacienta ošetrovatelský plán (pokud je to možné, ve spolupráci s ním), zohledňuje jeho přání a zachovává jeho důstojnost;
- **Realizuje** ošetrovatelský plán, kontroluje plánovaná opatření;
- **Zhodnotí** realizaci plánu a vyhodnotí dosažené výsledky, dokumentuje fáze ošetrovatelského procesu.

1. AUTONOMNÍ FUNKCE

1.1 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE VZNIKU NEMOCÍ

Sestra sleduje jednotlivce, rodiny a komunity, o které pečuje z celkového hlediska, bere v úvahu prostředí, ve kterém žijí a jejich způsob života.

SESTRA

1. Zjišťuje potřeby klientů/pacientů v oblasti tělesné, psychické a sociokulturní, z hlediska rizik pro jejich zdraví.
2. Zjišťuje všechny dostupné zdroje (lidské i materiální), které jsou nutné pro zvládnutí rizik a umí je využít.
3. Určuje opatření, která podporují zdraví nebo prevenci onemocnění, a která mohou udělat jednotlivci, rodiny a skupiny sami nebo s pomocí někoho jiného.
4. Vysvětluje jednotlivcům, rodinám a skupinám, jak mohou sami své prostředí a životní styl ovlivnit nebo jim doporučí je změnit.
5. Motivuje jednotlivce, rodiny a skupiny k tomu, aby změnili v případě potřeby svůj životní styl.
6. Podílí se na vyhodnocování výsledků provedených opatření nebo sama zabezpečí toto vyhodnocení.

1.2 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ A ZDRAVOTNÍ VÝCHOVY

SESTRA

1. Zjišťuje potřebu informací jednotlivců, rodin a skupin, aby jim je mohla odpovědně poskytnout.
2. Zprostředkovává jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným potřebné informace v přiměřené formě a stará se o to, aby tyto informace byly srozumitelné, a aby mohla dosažené výsledky v informovanosti klientů

vyhodnotit.

3. Organizuje a účastní se kampaní na podporu zdraví a prevence a hodnotí výsledky těchto programů.
4. Podílí se na vzdělávání ošetrovatelského personálu a jiných pracovníků ve zdravotnictví.

1.3 PODPORA A PROVÁZENÍ OSOB V KRIZOVÝCH SITUACÍCH

SESTRA

1. Zjišťuje a odhaluje utrpení a těžkosti klienta/pacienta, podporuje ho a provází, včetně doprovázení při umírání.
2. V případě úmrtí jeho tělo ošetřuje s úctou a příbuzným projeví účast.

2. KOOPERATIVNÍ FUNKCE

SESTRA

- Své úkoly v multidisciplinárním a multiprofesionálním týmu vnímá upřímně v partnerském vztahu, a podílí se na všech společných opatřeních v zájmu zdraví klienta.
- Provádí všechna vyšetření a ošetření, která naordinuje lékař.
- Zná hranice svých rolí a kompetencí, a pokud je to nutné, požádá o spolupráci kompetentní odborníky.

3. VÝZKUM A VÝVOJ V OŠETŘOVATELSTVÍ

SESTRA

1. Kriticky reviduje svoji denní praxi a realizuje výsledky výzkumu.
2. Ziskává nové vědomosti tím, že se podílí na výzkumné práci v oblasti ošetrovatelství nebo výzkum sama provádí.
3. Podílí se na výzkumu v multidisciplinárním týmu.
4. Účastní se systematicky a nepřetržitě na programech zajišťování kvality.
5. Usiluje o další odborný růst v rámci dalšího vzdělávání.

4. PLÁNOVÁNÍ, KOORDINACE A ŘÍZENÍ

SESTRA

1. Rozeznává rizika na poli ošetrovatelské péče a provádí nezbytná opatření.
2. Pracuje ve skupinách, kontroluje pracovní tým a kooperuje s jinými odborníky.

3. Při výkonu svých činností sleduje jejich efektivitu a náklady.
4. Hodnotí, kontroluje a vzdělává podřízené pracovníky.
5. Ovládá nové informační a komunikační technologie.
6. Účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení, které se týkají ošetrovatelství.

Všechny tyto úkoly musí být plněny v souladu se zákony, etickými principy a profesními standardy, které platí pro sestry odpovídající za všeobecnou ošetrovatelskou péči v členských státech Evropské unie.



Nově koncipované vzdělání, jehož výsledkem jsou profesní kompetence, má vědecký základ a umožní sestřím osvojit si všestrannější pohled na péči. Součástí tohoto přístupu je i koncepční model ošetrovatelské péče ("funkční typ zdraví"), který umožňuje identifikovat jednotlivé prvky holistické ošetrovatelské péče.

Metodou a zároveň standardem ošetrovatelské praxe z hlediska systémového přístupu je ošetrovatelský proces, který je myšlenkovým algoritmem (systémovou teorií) řešení problému.

Cílem vysokoškolského studia sester proto je, aby zvládly systémový přístup, a tím nejen získaly široké všeobecné profesní vzdělání, ale aby si také osvojily adekvátní postoje a způsob myšlení, které jsou nezbytné nejen pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče svěřeným klientům/pacientům, ale i pro rozvoj samotného oboru.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění hlavních historických období v ošetrovatelství z hlediska profesionality.



4.2 Profesionální ošetřovatelství – hlavní historická období

Historický vývoj péče o zdraví, jehož nedílnou součástí je ošetřovatelská péče vždy ovlivňovaly společenské a sociálně – ekonomické podmínky. Značný vliv na ošetřovatelství měly kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj medicíny, sociální a hospodářská situace a celkový stav zdraví obyvatel. Kořeny ošetřovatelství sahají hluboko do minulosti.

Ošetřovatelství lze rámcově rozdělit na **tři hlavní historická období**:

Neprofesionální ošetřovatelství

Je historicky nejdelším obdobím. Člověk je obdařen svobodnou vůlí, která ho od nepaměti podněcovala k tomu, aby pomáhal sobě i ostatním. Známe je rčení: „*Pomoz si člověče, i Pán Bůh ti pomůže*“. Už v nejstarších dobách měl člověk vnitřní potřebu starat se o sebe, o své zdraví a zdraví svých blízkých.



Touha udržet si zdraví souvisela s přežitím jedince, rodiny i sociální skupiny. Dominující postavení v ošetřovatelské péči zaujímaly ženy. Vědomosti, zkušenosti, i zděděné moudrosti si předávaly z pokolení na pokolení.

Na léčení i ošetřování používaly přírodní zdroje, přičemž nemocné ošetřovaly v jejich domácnostech. Tento způsob ošetřování a pečování přetrvával i v českých zemích, až do příchodu křesťanství a v určitých podobách existuje dodnes.

Charitativní ošetřovatelství

Vyvíjelo se spolu s křesťanstvím. Orientovalo se na péči o specifické skupiny, především o nemocné, chudé, opuštěné děti a jedince závislé na pomoci jiných. Rozvoj charitativního ošetřovatelství v českých zemích úzce souvisel se zakládáním mnišských řádů, klášterů, útulků, špitálů a nemocnic.

Řeholní řády existující od dob křížáckých výprav. Jejich členové se zavazovali k dodržování čtvrtého slibu, totiž věnovat se v první řadě poutníkům a nemocným. Výraz »špitální« pochází z lat. hospitalarius a opravdu původně znamenal, že řeholník se zabýval pohostinstvím chudobných v hospici nebo v klášteře. K nejznámějším z těchto řádů patří Řád sv. Jana z Boha a kamiliáni. Ženské ošetřovatelské řády zahrnují všechny sestry, které pečují o nemocné a chudobné (např. alžbětinky, františkánky, šedé sestry, milosrdné sestry) a kromě toho sestry, které náleží k ženským větvím řádu johanitů, řádu Ducha svatého a jiných.



Např. *Alžbětky* z Řádu sv. Alžběty (členky řeholního společenství sv. Františka, založeného v roce 1229, ženská římskokatolická kongregace zaměřená na ošetrovatelskou službu v nemocnicích, poskytovaly své ošetrovatelské služby nemocným v rámci svého zvláštního poslání, jímž bylo konání skutků milosrdenství.

Církevní *řád milosrdných bratří* byl založen Janem z Boha, který dostal titul nebeského patrona nemocných, nemocnic a ošetrovatelství. Posláním *Sester svatého Kříže* bylo vykonávat charitativní, sociální a pastorační služby.

Pro ošetrovatelství na našem území měly tyto aktivity značný význam nejen proto, že umožňovaly ošetřovat chudé a opuštěné, ale i proto, že soustřeďovaly zkušenosti předešlých generací, obohacovaly je a odevzdávaly je i mimo klášterní zařízení.

Charitativní ošetrovatelství se zaměřovalo především na uspokojování nejzákladnějších potřeb života, tj. na zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, na hygienu, duchovní podporu a později i na léčivou péči. Charitativní ošetrovatelství ovlivnilo vývoj a další zaměření péče a vzdělávání v ošetrovatelství na několik století a působí až dodnes.

Profesionální ošetrovatelství

Rozvíjelo se spolu s rozvojem medicíny, se vzděláváním v medicíně a se vznikem nemocnic. I když úzce souvisí s jeho zakladatelkou Florence Nightingalovou, určitá profesionální příprava, kterou vyžadovalo fungování nemocnic a veřejného zdravotnictví, již existovala i předtím.

Skutečné začátky historie cílené ošetrovatelské péče v českých zemích jsou spojeny s rozšířením křesťanství. První cílené organizované poskytování ošetrovatelské péče tělesně i duševně nemocným bylo poskytováno v kláštrech. O profesionálním ošetrovatelství se začíná hovořit od období „reformace ošetrovatelství“, o kterou se zasloužila Florence Nightingalová.

Na profesionalizaci ošetrovatelství měly velký vliv především tři významné osobnosti, jejichž činnost byly motivována utrpením raněných na bojištích: Florence Nightingalová, ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova a Henriho Dunanta, zakladatele Červeného kříže.

Florence Nightingalová (1820 – 1910) je považována za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství a zároveň i za první teoretičku v ošetřovatelství. Její čtyři zásady – *čistota, dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo* – se na dlouhé období staly mottem i kritériem ošetřovatelské péče. Vytvořila základy vzdělávání v ošetřovatelství, protože se přičinila o vznik školy ošetřovatelek při nemocnici sv. Tomáše v Londýně v roce 1860 a vydala knihu *Poznámky o ošetřovatelství*, která byla v roce 1874 přeložena do sedmi jazyků včetně češtiny. F. Nightingalová prosazovala ošetřovatelství jako autonomní povolání. Dáma s lampou, jak ji pojmenovali ranění vojáci, se stala pro veřejnost symbolem ošetřovatelství.



12. květen Mezinárodní den sester

Den narození Florence Nightingalové byl vyhlášen mezinárodním dnem sester. Mezinárodní rada sester (ICN) uděluje každoročně sestrám cenu Florence Nightingalové.

Zásadou profesionalizace ošetřovatelství vznikla v roce 1899 v Londýně **Mezinárodní rada sester** (ICN – *International Council of Nurses*), jež je federací mezinárodních sesterských organizací. Jejím cílem a posláním je zlepšovat zdravotní péči, kvalitu ošetřovatelských služeb a sociálně- pracovní podmínky sester.





PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na růst profesionality v ošetrovatelství s rozvojem ošetrovatelských služeb, rozlišení pojmů povolání a zaměstnání, a na představy o profesionálním ošetrovatelství koncem 20. a počátkem 21. století.



4.2.1 Novodobý růst profesionality v ošetrovatelství ve 20 století

Na rozdíl od omezeného rozvoje ošetrovatelství ve většině střeoevropských a výchoevropských zemích (tradiční dominantní postavení medicíny), prošlo ošetrovatelství zejména v Anglii, USA, Kanadě, Japonsku, Austrálii a dalších, přirozeným společenským vývojem.

Rychlý vývoj zaznamenalo zejména vzdělávání v ošetrovatelství a široká škála nemocničních a komunitních ošetrovatelských služeb. Tyto změny umožnily ošetrovatelské profesi pokrýt požadavky na nově organizované služby a tím i výrazný vzrůst profesionality.

Růst profesionality v ošetrovatelství se projevuje zejména ve vztahu k šíři a hloubce vědomostní báze, specializačnímu vzdělání, etice a autonomii. Je třeba odlišovat pojmy: *povolání* a *zaměstnání*.

Povolání (profese) vyžaduje speciální vědomosti, dovednosti a přípravu; je to práce, která je předmětem osobního zájmu člověka, který ji pravidelně vykonává (většinou po celý život), a má k tomu předpoklady a vzdělání.

Zaměstnání je činnost, ve které se člověk po určitý čas angažuje např. obchod. Zaměstnání nemusí být vždy předmětem osobního zájmu zaměstnance a může být dočasné.

Povolání se obecně liší od jiných druhů zaměstnání potřebou dlouhodobého speciálního vzdělávání nebo výcviku s cílem dosáhnout patřičných znalostí a dovedností k plnění úkolů ve službě člověku, organizaci nebo společnosti.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 11

Mezi charakteristické znaky profese nepatří:

1. politická angažovanost
2. vlastní teorie
3. kompetence
4. vážnost a úcta
5. prestiž
6. etický kodex
7. profesní organizace
8. hlavní zdroj příjmu
9. vysokoškolské profesní vzdělání

10. kooperace s dobrovolníky v sociální péči
Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



Jedním z nejdůležitějších znaků profese jsou kompetence stanovené zákonem pro plnění odborných úkolů a zajištění jejich vymahatelnosti v rámci pracovně právních vztahů.

Zaškolení profesionála představuje celkový socializační proces se širším a hlubším zaměřením na sociální a postoje aspekty jeho osobnosti, než je to obvykle u jiných druhů zaměstnání.

Profesní autonomii a kompetence pro rozhodování mohou získat všeobecné sestry a porodní asistentky (i jiné profese) pouze na základě adekvátního profesního vzdělání a změny zákona. Pak může být odstraněna i tradiční dvojkoľejnost v řízení ošetrovatelské péče, kdy koňečnou odpovědnost za ošetrovatelskou péči bude mít sestra nikoli lékař.

Vertikální řízení (nadřízenost, podřízenost), znamená primárně rozdělení práce na základě vzdělání, profesní kompetence a odpovědnosti. Termín *vertikální rozdělení práce* by měl být vnímán bez pozitivních nebo negativních významů. Jde o standardní hierarchii při řízení jakékoli pracovní činnosti.

Získání profesní kvalifikace a kompetence pro autonomní činnost zahrnuje i odpovědnost za individuální péči o svěřené klienty/pacienty. Poskytována ošetrovatelská péče je založena na systémovém přístupu a na znalostech obecných teoretických metod a postupů. Sestra samostatně provádí *zhodnocení* zdravotního stavu klienta/pacienta a míru uspokojení jeho potřeb. Získané informace *analyzuje*, ošetrovatelskou péči *naplánuje a realizuje*, průběžně také *vyhodnocuje* její účinnost včetně zvolených postupů (výsledkem by mělo být zlepšení zdravotního stavu klienta/pacienta).

Pro nové profesní vzdělání a kompetence sester v praxi byl stanoven termín *sestra I. úrovně*, (výsledek dohody z Mezinárodní konference práce-ILO v roce 1977). Tento standardní termín se používá mezinárodně v souvislosti se zaměstnáváním a pracovními podmínkami kvalifikovaných sester. Termín *sestra I. úrovně* byl zvolen z důvodů vymezení kompetencí a odpovědnosti v rámci pracovně právních vztahů (vertikální řízení profese ve zdravotnických zařízeních i v multidisciplinárních týmech).

V kontextu nového profesionálního profilu ošetrovatelství jsou sjednoceny komplexní odborné úkoly, které jsou zaměřeny na podporu zdraví, prevenci vzniku komplikací a onemocnění, snižování soběstačnosti a tím i kvality života jednotlivců, rodin a komunit. Takto nově koncipovanou ošetrovatelskou péči potřebují *lidé zdraví, nemocní, handicapovaní a umírající*. Ošetrovatelská péče je poskytována formou nově organizovaných služeb. Pro ošetrovatelskou péči je charakteristické, že poskytovatel péče je v **přímém** kontaktu s uživateli těchto služeb.



4.2.2 Představy o profesionálním ošetrovatelství – současnost a budoucnost

Ve společnosti existují různé názory na to, co se očekává od role, kterou plní ošetrovatelská profese, a která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy.

Existují tři možné představy:

Všechny tyto představy obsahují prvky, které jsou legitimní a hodnotné.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 12

Mezi představy týkající se role ošetrovatelské profese nepatří:

- a) představa sestry jako náhrada milující, utěšující a pečující matky, která jedná instinktivně a tyto úkoly plní jako své poslání;
- b) představa sestry, která bude vždy loajální vůči pacientovi, i když ho to může poškodit
- c) představa sestry, která jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů klienta/pacienta;
- d) představa sestry, která se podřídí jakémukoli rozhodnutí nadřízeného
- e) představa sestry, která podle nařízení lékaře plní zručně a efektivně některé úkoly v rámci diagnostiky a léčení chorob;

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 13



Současné vymezení podoby sestry jako profesionála, nezahrnuje prvky:

1. emocionální stránku a společenskou důležitost profesionální praxe;
2. nerozhodnost při vymezování kompetencí pomocného personálu
3. profesionální znalosti a vytvoření nezávislého úsudku a názoru.
4. nekritické myšlení v náročné ošetrovatelské situaci
5. technickou kompetenci a dovednosti nezbytné pro profesionální praxi;

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



Profesionální ošetrovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, dovednosti a postoje, které musí mít *vědecký základ*.

Praktická realizace nové zdravotní politiky v péči o zdraví obyvatelstva a uplatňování nové legislativy představuje i změnu tradičního pohledu na člověka jako uživatele (příjemce) zdravotní a ošetrovatelské péče.



Konzumenti/spotřebitelé péče/ klienti/pacienti

Závislost na zdravotním systému rozhoduje o tom, zda-li je člověk zákazníkem, klientem nebo pacientem.

Označení:

- **pacient** vyjadřuje **stav závislosti** na zdravotním systému – vyšetření, léčba, rehabilitace, péče je zaměřena převážně na nemoc a její následky.
- **klient** vyjadřuje **partnerský vztah**, jedinec je autonomní a je aktivní při poskytování péče.
- **zákazník** vyjadřuje **úplnou nezávislost** na systému zdravotní péče – rozhoduje se samostatně např. při získávání informací nebo v edukačním procesu.

Na pacienta nelze pohlížet jako na pasivní bytost, která se trpělivě a odevzdaně podrobuje rozhodnutím a péči zdravotnických profesionálů. Označení *uživatelé – konzumenti zdravotnických služeb nebo klienti* naznačuje, že nejde o pasivní, ale o *aktivní spolupráci* při

poskytování péče. Lidé jsou svéprávné bytosti a mají právo rozhodovat a aktivně se podílet na péči o své zdraví.



Současná a budoucí profesionální praxe v 21. století

Profil sestry – *profesionála*, který má široké vzdělání ve všeobecném ošetrovatelství na vysoké škole, je na jedné straně definován jako základ, k němuž na jedné straně dospěla předchozí praxe, a na druhé straně tvoří základ očekávání a požadavků budoucnosti (společenský pokrok, vývoj a nová organizace zdravotních a sociálních služeb, který vede ke změně ve vzdělávání zdravotnických profesionálů a profesních kompetencí v praxi).

Ve společenském vývoji hraje roli mnoho faktorů např. důraz na zdraví a soběstačnost lidí, stárnoucí populace, růst nákladů na zdravotní péči, která vyžaduje výkonný management. Mezi další faktory patří zavádění nových vědeckých poznatků a technologií, modifikace tradiční institucionální léčebné péče.

Důraz na zdraví a běžnou péči o sebe sama bude zvyšovat poptávku po profesionálech v ošetrovatelství.

Profil *profesionálního ošetrovatelství* je charakterizován určitým stupněm napětí mezi současnou situací a novými, výrazně náročnějšími požadavky na osobnost a kvalifikaci sestry. Není divu, vždyť převážná většina sester získala kvalifikaci ve starém systému a mnohé z nich si nutnost změny a její hloubku ještě plně nestačily uvědomit.

Všeobecné sestry v 21. století získají profesní vzdělání na základě nového kurikula bakalářský titul na vysoké škole, a jako registrované budou mít právo poskytovat bez odborného dohledu ošetrovatelskou péči v různých zařízeních systému primární, sekundární i terciární péče.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na vztah profilu vzdělávání sester a konkrétního funkčního profilu v ošetrovatelské praxi. Objasňuje role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu s rozšířením o ošetrovatelskou diagnostiku důsledků choroby pro soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života klientů/pacientů – hlavní oblasti, na které se zaměřuje ošetrovatelství.



4.2.3 Vztah profilu profesního vzdělávání všeobecných sester a konkrétního funkčního profilu v ošetrovatelské praxi

Jádro profesní kvalifikace sester tvoří vzdělání ve *všeobecném ošetrovatelství* (od toho byl odvozen termín: *všeobecná sestra*, termín SZO: sestra pro zdraví všech).

Pro srovnání:

Jádro profesní kvalifikace lékařů tvoří vzdělání ve *všeobecném lékařství*.

Termín všeobecná sestra nemá za cíl stavět tuto sestru do protikladu se sestrou specialistkou. Podstatou tohoto termínu je zviditelnit systémový (vědecký) základ všeobecného ošetrovatelství a zvýraznit základní péči o potřeby jednotlivce, rodiny a komunity.

Vzdělávání ve všeobecném ošetrovatelství představuje širokou teoretickou bázi základních systematických poznatků o člověku, jeho zdraví, přírodním a sociálním prostředí, ve kterém žije, o vývoji ošetrovatelských modelů, o metodologii ošetrovatelské praxe, o ošetrovatelských činnostech, o systému hodnot na nichž je ošetrovatelství založeno, a které začínají být ve stále větší míře důležité i pro ostatní zdravotnické pracovníky.

Od získání profesní kvalifikace *všeobecná sestra*, se pak odvíjí konkrétní *funkční profil* v ošetrovatelské praxi. Podle toho v jaké oblasti zdravotnictví a služeb ošetrovatelské péče budou absolventky/sestry pracovat, budou mít možnost se i *specializovat*.



Obory specializace obsahuje vždy platné nařízení vlády: např. v ošetrovatelské péči o duševní zdraví; v ošetrovatelské péči v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči; v ošetrovatelské péči o pacienty ve vybraných klinických oborech; apod.

Každá oblast specializace (post-graduálního kurzu, modulu) bude mít vymezené kurikulum (včetně kreditů) a profil, který bude zahrnovat požadovanou úroveň výstupních znalostí a dovedností.

Konkrétní funkční profil v praxi tj. oblast, ve které všeobecná sestra pracuje a také se v rámci celoživotního vzdělávání specializuje např. v péči o diabetiky; v intenzivní nemocniční péči; v perioperační péči; v domácí péči; v komunitní péči, apod.; Na pracovišti má sestra formálně stanovenou pracovní náplň, která je rámcově vymezena strukturálním profesním standardem ošetrovatelské praxe – ošetrovatelským procesem a standardy ošetrovatelských výkonů, činností, plánů ošetrovatelské péče, aj. V rámci instituce, kde je tato péče klientům/pacientům poskytována.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 22

Zamyslete se, zda je studentům na klinické praxi dostupná náplň práce sester na daném pracovišti.



4.3 Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu

Na plnění nových profesních rolí a kompetencí všeobecných sester nelze pohlížet z hlediska tradiční organizace zdravotnického systému a postavení sester v tomto systému jako středních zdravotnických pracovníků.

Tradiční systém zdravotní péče byl organizován z hlediska úzké resortní potřeby (orientace na léčbu nemoci) nikoli ze širokého hlediska veřejného zájmu a potřeb občanů (v minulosti chyběla, ale i v současnosti ještě není dobudována adekvátní struktura služeb následné a ošetrovatelské péče). Vzdělávání a postavení sester odpovídalo službě tradičnímu systému, nikoli službám a potřebám klientů/pacientů.



S praktickou realizací nové politiky péče o zdraví občanů ZDRAVÍ 21 vzniká nová struktura zdravotních a sociálních služeb v rámci systému primární, sekundární a terciární péče. Tento vývoj z ekonomického hlediska vyžaduje nové vymezení profesních kompetencí, celkovou změnu struktury zaměstnanosti a změnu tradičních způsobů organizace práce. *Např. ošetrovatelská zařízení ve světě běžně řídí kvalifikované sestry (zaměstnávání lékařů v těchto zařízeních je pro stát velmi drahé a zbytečně zvyšuje náklady).*

Vzniku nových druhů zařízení a služeb napomáhá *standardizace* (tvorba účinných nástrojů systémového řízení), např. *strukturálními standardy* je možné vymezit druh zdravotnických zařízení a služeb, jejich materiální a personální vybavení podle toho, k jakému druhu péče jsou určeny.

Efektivitu řízení je možné zajistit rovněž standardním způsobem: např. zákonem o řízení zdravotnických zařízení. V zákoně jsou vymezeny *vertikální kompetence top managementu* a tím nedochází k zasahování do pravomocí profesí (např. lékařů a sester), tím je zajištěn průhledný systém profesních kompetencí a odpovědnosti. Péče o zdravotní stav člověka vyžaduje neustálou pozornost, koordinaci a integraci, což za aktivní účasti klienta/pacienta může zajistit pouze **týmová spolupráce** zdravotnických profesionálů.

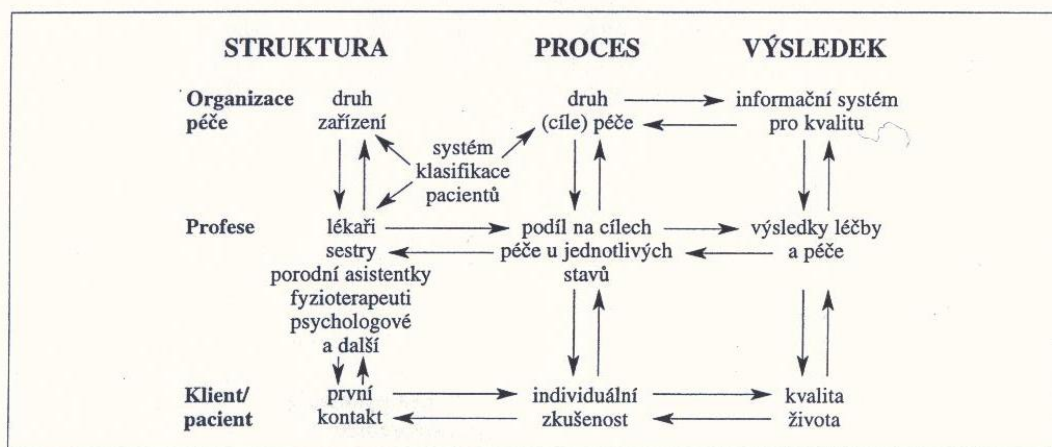
Na *horizontální* úrovni v multidisciplinárním týmu jsou v centru zájmu *potřeby klienta/pacienta*. Konkrétní činnost každé *profese* v týmu pro poskytování **přímé péče** je možné rámcově vymezit tzv. *standardy procesu a výsledku*. Profese se těmito standardy při poskytování přímé péče řídí a za svou činnost jsou v rámci pracovních právních vztahů plně odpovědné.



Oddělení kvality péče (kontrolní oddělení) v zařízení, pak systematickou kontrolní činností (celkovými audity) sleduje kvalitu péče z hlediska potřeb klientů/pacientů a efektivity péče a přijímá opatření k jejímu zlepšování.

Následující obrázek znázorňuje systémový rámec zajišťování kvality péče (TQM, CQI).

7.5 SYSTÉMOVÝ RÁMEC ZAJIŠTĚNÍ KVALITY PÉČE (TQM, CQI)



(Modifikováno z Alison L. Kitson: A Framework for Quality, A patient-centered approach to quality assurance in health care – RCN Standards of Care Project 1989, s. 7).

Ošetrovatelská profese se zaměřuje na jednotlivce nebo skupiny lidí, kdy ve spolupráci s ostatními zdravotnickými profesionály přispívá ke konečným výsledkům (cílům) péče a tím ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

V současné době se na mezinárodní úrovni pracuje na standardizaci ošetrovatelské praxe (ICNP, TELENURSE), která mimo jiné obsahuje i standardní vymezení výsledků, kterých bylo dosaženo realizací ošetrovatelské péče.

Každá profese má své specifické znalosti a dovednosti a svoji jedinečnou roli v péči o zdraví člověka, i když hranice nemusí být vždy jasná a některé činnosti se mohou překrývat.

V ošetrovatelství hraje důležitou roli **nepřetržitý kontakt** s klientem/pacientem, který umožňuje *pozorování*.

V posledních desetiletích v důsledku rychlého rozvoje zdravotních i společenských věd a zastaralé legislativy v organizaci a řízení zdravotnictví vzrostla nevyhraněnost profesionální podoby těch pracovníků, kteří se zabývají ošetrovatelstvím. Nárůst úkolů v práci ošetrovatelského personálu, přesun různých jiných činností na sestry vedl k jejich odvádění od vlastního ošetrovatelství, což zpětně vedlo k hledání a vyjasňování profesionální identity včetně zdůrazňování nezávislosti této profese.

Extrémní zdůrazňování nezávislosti jakékoli zdravotnické profese nese sebou dvě rizika:

- může být ohrožena spolupráce s ostatními profesemi např. netolerancí v péči o zdraví lidí, kde jedna disciplína nemůže nahradit druhou;
- pokud "profesionální praktik" klade příliš velký důraz na svou vlastní pozici, snadno zapomíná na klienta/pacienta;

Těmto rizikům lze předejít, jakmile systém zdravotní péče má za hlavní cíl **zdraví** jednotlivce i celé společnosti. Takto široce pojatý cíl zdravotní péče nelze realizovat pouze jednou skupinou profesionálů.

Tradiční nekonkrétnost profesionální podoby ošetřovatelství a z ní vyplývající konflikty týkající se kompetence a odpovědnosti sester v péči a provádění mnoha medicínských výkonů sestrami začíná být nyní postupně řešena novou legislativou a standardizací na úrovni EU i jednotlivých zemí. Profesionální standardy jasně vymezí kompetence všeobecných sester a porodních asistentek a umožní jim volný pohyb na evropském trhu práce.



4.3.1 Rozšířené role sester

Plnění profesionálních rolí všeobecné sestry a porodní asistentky v praxi vlastně popisuje jejich činnost: Jsou to role:

- ošetřovatelky
- pomocnice
- **komunikátora** (zprostředkovatele)

- učitelky
- poradkyně
- obhájkyňe práv klienta/pacienta
- nositelky změn
- **vedoucího** týkající se:
 - a) zlepšování zdravotního stavu jednotlivců (rodin, komunit)
 - b) zvyšování efektivity zdravotní péče a úrovně osobní spokojenosti v zaměstnání;
 - c) zlepšování postojů občanů a zákonodárců k ošetrovatelskému povolání a jejich očekávání kvalitní péče.
- **manažérky** (delegování pravomocí);
- **výzkumnice** (v klíčové strategii sjednocení vědeckých hledisek s hledisky klinické ošetrovatelské péče – zdůvodnění proč to, či ono děláme).

Profesionální role sestry se prolínají a navzájem se nevyklučují, slouží k objasnění různých činností a povinností sestry.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 23

Zamyslete se, které z výše uvedených rolí sester nejsou dosud v praxi naplňovány.



Profesionální ošetrovatelství v současné době v ČR vymezují zákony např.:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách; Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických profesích; a Vyhláška č.55/ 2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Činnost sester pak probíhá buď v přímém nebo nepřímém kontaktu s klienty/pacienty.

1. Sestry v přímém kontaktu s klienty/pacienty – *přímý kontakt s jednotlivci nebo skupinami lidí, kteří potřebují péči. Tento přímý kontakt je nepostradatelnou částí ošetrovatelství.*

Sestry, které neposkytují ošetrovatelskou péči jednotlivcům nebo skupinám "v přímém kontaktu" jsou mimo tuto koncepci přímého poskytovatele péče.

2. Sestry v nepřímém kontaktu s klienty/pacienty – *jde zejména o zaměstnání v administrativních a manažérských funkcích, dále ředitelé ošetrovatelských služeb, výkonní a čestní členové profesních organizací, učitelé, pracovníci výzkumu. Výkon těchto*

funkcí má jinou pracovní náplň, vyžaduje vyšší formy speciálního postgraduálního vzdělání v oblastech jako je management, pedagogika a psychologie, vědecký výzkum. Sestry, které jsou zaměstnány v těchto oblastech jsou zárukou rozvoje ošetrovatelské disciplíny, poznatků k zajištění kvality péče, vzdělání a vědeckého výzkumu, a tím zajišťují budoucnost a rozvoj ošetrovatelské profese.

Poskytování podpory a pomoci lidem je závislé nejen *na dostupných zdrojích*, ale také na *subjektivních potřebách příjemců péče*, jejich ochotě požádat o pomoc a také na příležitosti, kdy mohou požádat o pomoc. To znamená i přijetí pomoci lidmi, kteří nejsou schopni o ní požádat nebo nejsou schopni ani vyjádřit své potřeby, přesto však je jim nutná pomoc a péče poskytnuta.

Metody a výběr poskytovatelů péče jsou určeny potřebným druhem péče. Některé se zaměřují na jednotlivce, jiné jsou aplikovány na skupinu.

Převažuje názor, že v procesu podpory zdraví jsou nutné určité osobní vztahy mezi poskytovatelem a příjemcem péče. Povaha a intenzita tohoto vztahu závisí na druhu pomoci, kterou profesionálové nabízejí, a který je ovlivněn četností a kontinuitou kontaktu a faktory měnících se kulturních a společenských podmínek.



4.3.2 Rozšířené kompetence sester

Všeobecná sestra za použití standardní metody ošetrovatelské praxe – ošetrovatelského procesu *hodnotí, analyzuje a diagnostikuje celostní (psychosomatické) reakce* klienta/pacienta na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo náročné životní situace: *např. dušnost, bolest, nepohyblivost, netoleranci aktivity, poruchu sebeděče, riziko dušení, riziko úrazu, úzkost, strach, paniku, bezmocnost, stud, osamělost, méněcennost, smutek, poruchu adaptace, manipulativní chování, pocit sociální izolace, poruchu komunikace, poruchu smyslového vnímání, zmatenost, atd.*). Tato činnost klade důraz na individuální odbornost sestry.

Ošetrovatelskou činnost (viz role sestry) nelze chápat v tradičním pojetí a z hlediska tradiční organizace práce. Aktivity kvalifikované sestry zahrnují i ovlivňování lidí tak, aby jejich lidský potenciál byl využit k udržování a podpoře zdraví. Jde o nabízení pomoci lidem, když se u nich objeví *celostní reakce* na neuspokojené základní životní potřeby a aktivity.

Individuální ošetrovatelské problémy – celostní reakce mohou vzniknout jak u člověka zdravého (v průběhu každodenního života např. ztráta zaměstnání, úraz, úmrtí v rodině, apod.), tak u člověka nemocného, handicapovaného nebo umírajícího.

Činnost kvalifikované sestry je především zaměřena na podporu jednotlivce, aby získal potřebnou *psychosomatickou rovnováhu* a *soběstačnost* tak rychle, jak je to jen možné. Když toho nelze dosáhnout, cílem je pomoci člověku akceptovat závislost na péči, a pokud není možné uzdravení, s úctou a ohleduplností doprovodit umírajícího a zajistit mu pokojnou smrt.

Spolupráce lékařů a sester v multidisciplinárním týmu je založena na *partnerské spolupráci* profesionálů. Diagnostika a léčba chorob je primárně v kompetenci lékařů, sestry v této oblasti mají sekundární roli (ošetrovatelská činnost lékařskou diagnostiku i léčbu doplňuje v zájmu pacienta).

Systematické ošetrovatelské posouzení, ošetrovatelskou diagnostiku a stanovení priorit z hlediska ošetrovatelské péče provádí sestra u každého jednotlivce (rodiny nebo komunity), pokud ošetrovatelskou péči potřebují **nezávisle** na konkrétní lékařské diagnóze. *Pouze v případě, kdy je ohrožen život pacienta, je cíl lékaře a sestry společný, a tím je záchrana života.* V jiných situacích není pro sestru prioritní choroba jako taková, ale ty *celostní reakce* na nespokojené základní životní potřeby, které jsou jejím důsledkem, a které nemocného nejvíce trápí, omezují či obtěžují. Zajištění kvalitní péče o potřeby nemocného znamená skloubení činnosti lékařů, sester, fyzioterapeutů a ostatních profesí v multidisciplinárním týmu, a to vyžaduje vzájemný partnerský vztah.



4.3.3 Ošetrovatelská diagnostika – nová kompetence sester

Jevy, na které se zaměřuje sestra, jsou konkrétní **ošetrovatelské problémy** – *celostní reakce* jednotlivce (rodiny nebo komunity), které se objevují (nebo které sestra může předvídat na základě své odbornosti) *např. snížená soběstačnost ve schopnostech sebepéče: najíst se, umýt se, vykoupat se, obléci se, upravit se, dojít si na toaletu, dojít si nakoupit, uvařit si, a uklidit si domácnost.*

Porucha zdraví člověka

- se na jedné straně jeví jako **skutečná tělesná choroba nebo duševní nemoc**
- na druhé straně **vznikají pro klienta/pacienta závažné důsledky pro jeho soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života.** *Např. pacient po úraze má nařízený léčebný klid na lůžku: omezený pohyb mu nedovoluje být plně soběstačný, a je odkázán na pomoc druhé osoby. Jeho celostní reakce na toto omezení může mít různou podobu psychosomatické nerovnováhy, podle toho, jak kvalitně je zajištěna individuální péče o jeho potřeby (např. tišení bolesti, pohodlí na lůžku, hygienu, oblékání, úpravu zevnějšku, vyprazdňování, spánek, kontakt s rodinou, trávení volného času, atd.)*

Choroba je primárně v kompetenci lékaře, její důsledky pro soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života jsou hlavní oblasti, na které se zaměřuje ošetřovatelství. To představuje odlišnost nikoli rozdělení. Odlišnost tvoří přechodnou oblast, kde jedna profesní činnost doplňuje druhou.

Příklady ošetřovatelských problémů, které se týkají soběstačnosti, psychosomatické rovnováhy a kvality života člověka (výčet není vyčerpávající):

- omezení nebo neschopnost pohybu
- poruchy srdeční činnosti, krevního oběhu a dýchání
- neschopnost nebo omezení v provádění osobní hygieny, oblékání a úpravy zevnějšku (mytí, koupání, péče o vlasy, ústa, zuby, apod.)
- neschopnost pečovat o kůži a jednotlivé části těla (např. o nohy, o stomii, atd.)
- omezení nebo neschopnost najíst se, napít se, nakoupit si, uvařit si
- narušený nebo nedostatečný spánek, odpočinek
- poruchy, omezení nebo nevhodné prostředí pro vylučování,
- poruchy sexuálních funkcí a reprodukce
- bolest (akutní, chronická)
- tělesné nepohodlí (např. nauzea, zvracení, svědění, škytavka, závrať, křeče, pálení žáhy, mravenčení, brnění, apod.)
- teplota (tělesná a okolní),
- negativní emoce a prožitky, které jsou spojeny s nemocí, léčbou, život ohrožujícími stavy a náročnými životními situacemi (např. úzkost, strach, obavy, osamělost, lítost, smutek, deprese, atd.)
- poruchy komunikace
- poruchy poznávání, vnímání a orientace místem, časem, osobou, zmatenost, halucinace, bludy, dezorientace, apod.
- trvalá neschopnost rozhodovat se, vybírat si, volit mezi možnostmi
- poruchy sebepojetí a sebeúcty (např. situační krize, komplexy méněcennosti)
- změny tělesného vzhledu a změny ve vnímání těla, způsobené onemocněním nebo vnějším zásahem (např. amputace části těla, stomie, znetvoření po úrazech, onemocnění kůže, apod.)

- dysfunkční vnímání vlastního zdravotního stavu
- rizika násilí, poškození, úrazu
- rizika infekce
- vážné psychologické stresy související s porodem, růstem, vývojem a smrtí
- neschopnost navázat a udržet kontakty s nejbližšími rodinnými příslušníky v rodině nebo s přáteli

Tyto ošetrovatelské problémy jsou chápány jako celostní reakce člověka. Někdy bývají přechodné nebo se znovu objevují v modifikované podobě.

Standardizace ošetrovatelských problémů. První definice ošetrovatelské diagnózy vznikla v roce 1973 a první taxonomie ošetrovatelských diagnóz vznikla v 1987 v USA.

Pojem diagnóza – obecný význam:

- 1. umění určit (pojmenovat) problém na základě jeho projevu a příznaků,**
- 2. závěr týkající se podstaty nějakého problému nebo jevu,**
- 3. analýza průběhu a podstaty problému, stavu nebo situace,**

Pojem *diagnóza* je specifikován svým odborným charakterem, proto se neomezuje se na žádnou konkrétní profesi.

Diagnostický proces

Každý odborník ve svém oboru, pokud vyvozuje určitý závěr o povaze problému nebo stavu *diagnostikuje* (např.: svářeč – svár na potrubí; sociální pracovník – sociální situaci klienta; lékař – chorobu; sestra – reakci pacienta; apod.)

(Problematikou ošetrovatelské diagnostiky se zabývá e-opora: Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika).



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na profesionální přístup sester, který významně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Jeho základ tvoří profesionální etika, kterou stanovuje Mezinárodní etický kodex sester.



4.3.4 Profesionální přístup

Kvalita péče poskytovaná klientům/pacientům kvalifikovanými sestrami je založena na **profesionálním přístupu**, který je na jedné straně charakterizován zaměřením na klienta/pacienta a na druhé straně se zaměřuje na spolupráci s ostatními spolupracovníky a členy zdravotnického týmu.

Základ tohoto přístupu tvoří **profesionální etika**. Pro sestry byl stanoven Mezinárodní radou sester (ICN) ETICKÝ KODEX. Národní profesní organizace jej většinou v plném rozsahu akceptují.

MEZINÁRODNÍ ETICKÝ KODEX SESTER

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN – International Council of Nurses) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester (ČAS) hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články:

Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře. Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin. Sestra je také spoluodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

Sestry a ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kva-

lifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinná realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání. Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestry a spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů. Sestra je povinná účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 14

Mezi charakteristiky profesionálního přístupu sester nepatří:

- a) S klientem/pacientem budou jednat nebo o něm rozhodovat s úctou a respektem, bez ohledu na jeho sociální a ekonomický stav, vzdělání, kulturu, rasu, pohlaví, náboženské vyznání, typ nebo trvání choroby a handicapu.
- b) V případě, klient/pacient potřebuje finanční prostředky, neváhat a poskytnout mu osobní půjčku.
- c) Klienta/pacienta budou motivovat, aby převzal a nesl odpovědnost za základní sebek péči a léčení.
- d) V případě, že pacient nesouhlasí s léčbou předat ho raději do péče jiné kolegyně.
- e) V zájmu klienta/pacienta budou dodržovat přísnou mlčenlivost o věcech, o kterých se dozvěděly.
- f) V zájmu zlepšování kvality péče a rozvoje nových poznatků se budou podílet o své profesionální znalosti a zkušenosti.
- g) Při vstupu do soukromí klienta/pacienta nebo při tělesném kontaktu budou respektovat jeho důstojnost.
- h) Klientovi/pacientovi budou poskytovat správné informace a respektovat jeho pohled

a názor.

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje na kompetence sester v ošetrovatelském týmu na vertikální úrovni řízení.



4.3.5 Kompetence a odpovědnosti sester v ošetrovatelském týmu – vertikální úroveň řízení

V pracovních vztazích vzniká nutnost dělby práce na základě profesionální odbornosti, kompetence a odpovědnosti, která je základním prvkem řízení a organizace práce.

Rozdělení kvalifikace sester na vyšší a nižší úroveň představuje **vertikální** řízení a rozdělení práce (nadřízenost, podřízenost). To primárně znamená rozdělení práce na základě vzdělání a profesionální kompetence a odpovědnosti (standardní hierarchie při řízení jakékoli pracovní činnosti).

Pro všeobecnou sestru (Bc.) je charakteristické, že nese odpovědnost za ošetrovatelskou diagnostiku a komplexní zhodnocení náročnosti ošetrovatelské situace a podle potřeby přiděluje personál s nižší kvalifikací k pacientům. Je odpovědná za kontinuitu ošetrovatelské péče během všech fází ošetrovatelského procesu a určuje KDY a KDO bude péči vykonávat. Nese konečnou odpovědnost za poskytnutou péči.

Pro ošetrovatelský personál s nižší kvalifikací je charakteristické, že pracuje pod vedením sestry s vyšší kvalifikací a realizuje ošetrovatelskou péči podle své kompetence (náplně práce) u přidělených klientů/pacientů.

Úkoly sester v individuální péči vyplývají z toho, jaký druh péče klient/pacient potřebuje. Ze zkušenosti je známo, že péče o pacienta vyžaduje zapojení více kvalifikačních úrovní personálu.

Soběstačnost klienta/pacienta – určuje jeho zařazení do adekvátní ošetrovatelské péče

Klasifikační systémy pro oblast organizace péče vymezí *kritéria stavu zdraví klientů/pacientů* pro přijetí do určitého druhu zařízení a péče a z těchto kritérií vyplývá i **náročnost ošetrovatelské situace**.

Při organizaci praktické pracovní situace je nutné podrobnější vymezení pracovní náplně každé kvalifikační úrovně personálu. Praktická povaha spolupráce mezi jednotlivými úrovněmi je ve skutečnosti odpovědnost za organizaci práce.

Nový obsah *všeobecného* ošetrovatelského vzdělání vychází z principu široké použitelnosti na trhu práce, umožňuje větší flexibilitu a efektivní plánování ošetrovatelského personálu.

4.3.6 Náročnost a složitost ošetrovatelské situace

Standardy by měly stanovit jasná kritéria pro umístování klientů/pacientů do péče akutní, následné – rehabilitační, ošetrovatelské, lázeňské, domácí, apod.

**VÝCHODISKA PRO ORGANIZACI
A POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

- **zdravotní stav** klienta/pacienta
- **stupeň náročnosti ošetrovatelské situace**

To zahrnuje i *zhodnocení funkční úrovně* klienta/pacienta týkající se schopnosti péče o sebe sama *tzn. schopnost najít se, umýt se, okoupat se, upravit se, dojit si na toaletu; a podle kritérií 0-4 zhodnotit míru soběstačnosti (závislosti na péči)*. Z toho pak vychází organizační zajištění péče o potřeby daného klienta/pacienta.



OŠETŘOVATELSKÁ SITUACE

Pod tímto pojmem rozumíme všechny okolnosti, ve kterých je sestra odpovědná za péči o klienta/pacienta, skupinu osob nebo populaci.

Za odhad a zhodnocení *stupně náročnosti ošetrovatelské péče* je odpovědná kvalifikovaná všeobecná sestra.

Pro odhad a zhodnocení složitosti ošetrovatelské situace, na základě které je pacient zařazen do péče, jsou důležité následující aspekty:

STAV PACIENTA

- stupeň ohrožení života a zdraví;
- funkční úroveň – celková soběstačnost;
- choroba a její průběh;
- rychlost změn ve zdravotním stavu pacienta;
- stupeň předvídatelnosti změn v jeho zdravotním stavu;
- schopnost pacienta komunikovat;
- stupeň pacientova uvědomění si vlastní situace;
- pacientovo emocionální prožívání vlastní situace;
- stupeň schopnosti pacienta rozhodovat se a provádět výběr nebo volbu.

STAV PROSTŘEDÍ

- typ zdravotnického zařízení (přítomnost nebo nepřítomnost pracovníků jiných odborností);
- typ a obsah vyšetření a léčení;
- přítomnost nebo absence prostředků první pomoci v případě ohrožení;
- stupeň bezpečí prostředí, jeho stabilita a přijatelnost pro pacienta;
- stupeň intenzity spolupráce s jinými obory zdravotnické péče;
- charakter a velikost organizace, kde je péče poskytována.

Při posuzování náročnosti každé ošetrovatelské situace musí kvalifikovaná všeobecná sestra pečlivě zvažovat všechny faktory a určit, jakou úroveň kvalifikace musí mít ošetrovatelský personál, který o daného klienta/pacienta bude pečovat. V případě, že ošetrovatelská péče bude delegována na ošetrovatelský personál s nižší kvalifikací, navržený plán ošetrovatelské péče bude konzultován s tímto personálem a jemu přidělenými pacienty.

KVALITA SESTRY

Stejně jako stav pacienta a stav prostředí je důležitá i kvalita sestry, která celkovou situaci hodnotí a zvládá.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 15

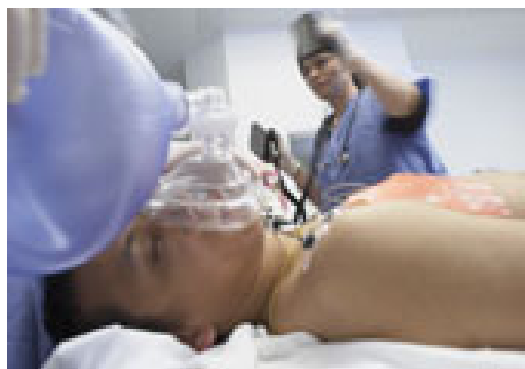
Mezi faktory ovlivňující kvalitu všeobecné sestry nepatří:

1. schopnost rozhodovat a jednat adekvátním a tvořivým způsobem v náročných a měnících se situacích.
2. rozsah znalostí, dovedností a manuálních zručností při provádění technických výkonů;
3. zaplatit si pojištění pro případ nedbalosti a poškození pacienta
4. uvědomováním si závažnosti důsledků a možných komplikací z nesprávně provedených činností;
5. mírou znalostí a dovedností komunikovat s pacientem i se spolupracovníky ve stresové situaci;
6. zajištění vlastního právního zástupce

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



Způsob péče a složitost ošetrovatelské situace rozhoduje o tom, kolik sester a jaké kvalifikační úrovně bude nutné k nemocnému přidělit. Poměr mezi jednotlivými kvalifikačními úrovněmi (vyšší, nižší) se může lišit, to závisí na mnoha různých okolnostech.



Při organizaci práce a rozdělování specifických pracovních úkolů je nutné stanovit:

- jasnou kompetenci a odpovědnost pracovníků jednotlivých kvalifikačních úrovní v týmu, stejně jako organizaci vzájemných vztahů mezi nimi; způsoby komunikace a předávání informací, schůzky pro koordinaci péče aj.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na Standardy profesionální výkonnosti všeobecných sester, skupiny úkolů, okruhy znalosti a dovednosti.



4.4 Standardy profesionální výkonnosti – všeobecná sestra

STANDARD 1

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Sestra systematicky vyhodnocuje kvalitu a efektivnost poskytované ošetrovatelské péče.

Kritéria měření:

1. Sestra věnuje pozornost kvalitě všech činností, které souvisí s ošetrovatelskou péčí s ohledem na postavení klienta, jeho edukaci a životní prostředí (přírodní a společenské), v němž klient žije.

Tyto činnosti zahrnují:

- Určení všech aspektů péče, které jsou nutné pro kontrolu kvality péče.
 - Stanovení ukazatelů, které se používají ke kontrole kvality a efektivity péče.
 - Získávání údajů pro kontrolu kvality a efektivity péče.
 - Analýzu údajů o kvalitě, aby bylo možno zajistit zlepšení péče.
 - Formulace doporučení, jak zlepšit ošetrovatelskou péči nebo dosažené výsledky u klienta.
 - Uskutečnění činností, zaměřených na zlepšení kvality ošetrovatelské péče.
 - Účast v interdisciplinárních týmech, které vyhodnocují kvalitu klinické praxe nebo zdravotnických služeb.
 - Vypracovávání pracovních postupů a celkových opatření ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.
2. Sestra vyhledává a sleduje výsledky činností, které se zaměřují na zkvalitňování zdravotnické praxe.
 3. Sestra využívá zjištěné výsledky, týkající se zvyšování kvality péče a podle potřeby je realizuje v systému zdravotnických služeb.

STANDARD 2

DODRŽOVÁNÍ ETICKÝCH ZÁSAD

Veškerá rozhodnutí a intervence sestry, které se týkají klienta, dodržují etické zásady.

Kritéria měření:

1. Praktická činnost sestry je stanovena kvalifikací a kompetencemi, které stanoví zákon.
2. Sestra pečuje o klienta takovým způsobem, aby respektovala jeho soukromí.
3. Sestra v případě potřeby vystupuje jako obhájce práv klienta.
4. Sestra poskytuje péči takovým způsobem, aby klienta neodsuzovala

- a nediskriminovala, a aby respektovala jeho případné kulturní a etnické odlišnosti.
5. Sestra poskytuje péči takovým způsobem, který zachovává nezávislost, důstojnost a práva pacienta.
 6. Sestra hledá vhodné zdroje, které pomáhají formovat etická rozhodnutí.

STANDARD 3

HODNOCENÍ VLASTNÍ VÝKONNOSTI

Sestra průběžně provádí hodnocení své vlastní činnosti v péči, způsob dodržování profesních standardů ošetrovatelské praxe, závazných směrnic a nařízení.

Kritéria měření:

1. Sestra se účastní pravidelného hodnocení vlastní výkonnosti, sama určuje oblasti, ve kterých má potíže, a ve kterých se musí zlepšit podle nových poznatků v teorii a praxi.
2. Sestra hledá konstruktivní zpětnou vazbu vzhledem ke své vlastní praxi..
3. Sestra realizuje činnosti, aby dosáhla cílů, které byly stanoveny pravidelným
4. hodnocením její profesionální výkonnosti
5. Podle potřeby se sestra účastní hodnocení pracovní výkonnosti spolupracovníků.

STANDARD 4

KOLEGIALITA

Sestra podporuje a přispívá k profesionálnímu vývoji svých kolegů, spolupracovníků a dalších zaměstnanců.

Kritéria měření:

1. Sestra sdílí znalosti a dovednosti s kolegyněmi a dalšími spolupracovníky.
2. Sestra poskytuje spolupracovníkům konstruktivní zpětnou vazbu podle jejich činností v praxi.
3. Sestra podporuje vytváření takového prostředí, které podle možností poskytne studentům ošetrovatelství klinické vzdělání.

STANDARD 5

SPOLUPRÁCE

Při poskytování péče sestra spolupracuje s klientem, jeho nejbližšími a ostatními

zdravotnickými pracovníky.

Kritéria měření:

1. Sestra hovoří a diskutuje s klientem, jeho rodinou a s ostatními zdravotnickými pracovníky o všem, co se týká péče, a co vyplývá z plnění role sestry při poskytování péče.
2. Podle potřeby sestra konzultuje postup v péči s dalšími zdravotnickými profesionály.
3. Podle potřeby sestra vypracovává ošetrovatelský souhrn (překládací, propouštěcí zprávu) včetně opatření nutných pro další péči.

STANDARD 6

KONTINUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Sestra si neustále osvojuje nové teoretické i praktické odborné poznatky a využívá je ve své praxi.

Kritéria měření:

1. Sestra se zúčastňuje průběžných vzdělávacích akcí, které souvisejí s klinickými znalostmi a její profesí.
2. Sestra vyhledává možnosti a příležitosti, jak si osvojovat správné klinické dovednosti.
3. Sestra vyhledává všechny znalosti a dovednosti, které může efektivně využívat v praxi.

STANDARD 7

VÝZKUM

Sestra se podle svých možností podílí na výzkumu a využívá vědecké poznatky v praxi.

Kritéria měření:

1. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, která je založena na vědecké bázi a používá takové intervence, které jsou v dané situaci pro klienta/pacienta, jeho rodinu a komunitu vhodné.
2. Sestra při poskytování ošetrovatelské péče si všímá všech jevů a problémů, které by mohla ve prospěch klientů/pacientů, jejich rodin a komunit změnit, zlepšit nebo odstranit.

Tyto činnosti zahrnují:

- Identifikaci klinických problémů, které jsou vhodným předmětem pro

ošetřovatelský výzkum (formulace a vymezení problému).

- Podíl na výzkumných projektech a spolupráce v rámci výzkumných týmů.
- Řízení výzkumu.
- Návrh výzkumného plánu.
- Účast na získávání údajů a informací.
- Analýzu získaných údajů.
- Interpretaci výsledků.
- Využití výsledků výzkumu v praxi při vypracovávání zásad, postupů, směrnic a nařízení, které se týkají péče o klienty nebo celou populaci.

STANDARD 8

EFEKTIVNÍ VYUŽÍVÁNÍ ZDROJŮ

Při plánování a poskytování ošetřovatelské péče sestra zvažuje všechny faktory, které ovlivňují bezpečnost, efektivitu a náklady péče.

Kritéria měření:

1. Sestra zhodnotí faktory, které se týkají bezpečnosti, účinnosti a nákladů, pokud by dva nebo více praktických postupů mohlo vést ke stejnému očekávanému výsledku.
2. Sestra naplánuje péči, která je založena na potřebách klienta, a deleguje svou pravomoc na spolupracovníky (zadáva úkoly), které odpovídají jejich náplni práce a kvalifikaci (znalostem a dovednostem)
3. Sestra pomáhá klientovi/pacientovi a jeho rodině určovat a zabezpečovat vhodné služby, které jsou v souladu s potřebami jeho zdraví.

4.4.1 Úkoly všeobecných sester

Následující úkoly a činnosti jako celek představují **profesionální výkonnost sestry** (tu lze stanovit standardem, který obsahuje všechny aspekty individuální výkonnosti: *kvalitu péče, sebehodnocení, kolegiální, spolupráci, dodržování etických zásad, další vzdělávání, efektivní využívání zdrojů, využívání poznatků z výzkumu a vlastní účast ve výzkumu.*

Sestra plní řadu úkolů a činností v prevenci, v péči, podpoře, edukaci a instruktážích, v diagnostice a terapii, v administrativě, vpředávání informací, v koordinaci péče, v přípravných a dokončovacích pracích. Dále plní celou řadu úkolů, které souvisí se sebevzděláním, obhajobou zájmů klienta/pacienta v případě jeho nemohoucnosti, atd.

SKUPINY ÚKOLŮ

1. Úkoly v preventivní a edukační činnosti (zahrnují následující činnosti)

- **PRIMÁRNÍ PREVENCE** (*u relativně zdravých lidí*) – vyhledávání a detekce jednotlivců a skupin u rizikové populace s charakteristickými projevy možného poškozování zdraví;
- **SEKUNDÁRNÍ PREVENCE** (*u klientů s akutním onemocněním, kdy dojde k uzdravení*) - pozorování a detekce jednotlivců a skupin s příznaky onemocnění nebo handicapu tělesného, mentálního a sociálního, zabránění vzniku komplikací, kterým lze předejít;
- **TERCIÁRNÍ PREVENCE** (*u chronický a nevléčitelně nemocných*) - pozorování a detekce jednotlivců a skupin osob s poškozeným, zdravím, jejich reakcí na chorobu nebo handicap v tělesných, mentálních a sociálních oblastech. Poskytování informací jednotlivcům a skupinám klientů/pacientů o léčebných výkonech a léčbě, ústavní péči, o právech pacientů a jejich aktivním podílu na léčbě a udržování zdraví. Také o úkolech, odbornosti a fungování jiných oborů v péči o zdraví, stejně jako těch, které se týkají celkové struktury a fungování samotné péče o zdraví. Provádění zdravotní výchovy, zdravotního vzdělání, udělování pokynů jednotlivcům a skupinám lidí. Poskytování doporučení a rad klientům/pacientům, o ošetrovatelských činnostech.

2. Úkoly v péči a podpoře klientů/pacientů (zahrnují následující činnosti)

- Pomoc a podpora při udržování tělesné hygieny (koupání, péče o nehty, vlasy, kůži, zuby, ústa atd.).
- Pomoc a podpora při přijímání potravy a tekutin.
- Nabídnutí pomoci a podpory při vylučování (defekace, mikce, menstruace, zvracení a vykašlávání sputa).
- Podpora a pomoc při správném držení těla a usnadňování pohybu (sem patří změna polohy těla, pasivní a aktivní cvičení končetin a samostatné oblékání).
- Podpora a pomoc při imobilitě a imobilizaci.
- Dodržování profesionálního přístupu k nemocnému (respekt, úcta, porozumění, empatie, zaujetí, klid, poskytování emocionální opory).
- Zajištění bezpečného, hygienicky čistého a terapeutického prostředí.
- Pomoc pacientovi najít vlastní pohled na problém, svépomoc při identifikování a řešení problémů.

3. Úkoly v diagnostice a léčbě (zahrnují následující činnosti)

- Provádění rutinních výkonů při diagnostice a léčbě onemocnění.
- Odebírání laboratorních vzorků a materiálů.
- Poskytování první pomoci.
- Podávání kyslíku.
- Podávání roztoků enterální a parenterální cestou (nepatří do kompetence ošetřujícího personálu s nižší kvalifikací).

- Aplikace tepla a chladu.
- Zavádění a odstraňování žaludečních a močových katetrů (nepatří do kompetence sestry ošetřujícího personálu s nižší kvalifikací)
- Podávání klyzmat a rektálních výplachů.
- Péče o rány.
- Podávání léků.
- Asistence lékařům, psychoterapeutům a jiným odborníkům při vyšetření a léčení pacientů.

Provádění těchto úkolů a činností sester v diagnostice a léčbě *je na sestry delegováno z oblasti medicíny*, a proto je nutné, aby tyto činnosti byly **naordinovány** lékařem, pak je sestra může provést.

4. Koordinační činnosti (zahrnuje následující činnosti)

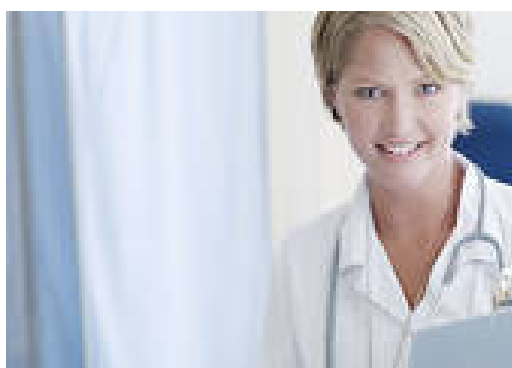
- Koordinace ošetrovatelských činností stanovením plánu ošetrovatelské péče pro každého individuálního pacienta.
- Zařazení každého pacienta, který vyžaduje speciální péči do péče specialisty z ošetrovatelského týmu.
- Delegování, koordinace a dohled nad ošetrovatelskými činnostmi ošetrujícího personálu s nižší kvalifikací.
- Koordinace vlastních ošetrovatelských aktivit a stanovení vlastního plánu práce.
- Konzultace s kolegyněmi a předávání informací ostatním členům týmu.

5. Administrativa a dokumentace péče (zahrnují následující činnosti)

- Účast v mezioborových konziliích týkajících se klientů, zapojení se do vizit s lékaři a jinými odborníky u pacientů.
- Předávání informací a výsledků všech pozorování a faktů, které se týkají zdravotního stavu pacientů ostatním členům ošetrovatelského týmu.
- Nahlášení všech faktů týkajících se potřeb ošetrovatelské péče a léčebného plánu těm členům ošetrovatelského týmu, kteří přebírají kontinuitu péče o pacienta.
- Účast členů ošetrovatelského týmu v diskusi s klienty/pacienty.
- Předání všech informací členům ošetrovatelského týmu získaných pozorováními a faktů, které se týkají ošetřování a doporučení, z hlediska formulace a zhodnocení ošetrovatelského plánu u jednotlivých klientů.
- Vedení dokumentace o ošetrovatelské péči u každého pacienta, záznam přesných faktů, informací a objektivního pozorování, které se týkají jeho stavu, potřeb a celkové péče.
- Přesné záznamy a registrace jiných důležitých informací ze schůzek, které se týkají ošetrovatelství.

6. Přípravné a dokončovací práce (zahrnují následující činnosti)

- Péče o lůžko a lůžkoviny.
- Čištění a udržování pomůcek, zařízení a přístrojů, které se při péči používají.
- Pokud je to možné, spolupráce s pacientem ve všem, co se týká zdravého a bezpečného prostředí.
- Pomoc při příjmu potravy a tekutin.



4.5 Znalosti a dovednosti všeobecných sester

Na znalosti a praktické odborné dovednosti se nelze dívat odděleně. Jejich integrace je velmi důležitá.

ZNALOSTI – VŠEOBECNÉ SESTRY

- Struktura, vývoj a funkce lidského jedince jako bio-psycho-sociálního celku.
- Faktory vnitřního a vnějšího prostředí, které ovlivňují zdraví, vznik a průběh zdravotních problémů.
- Rizikové faktory související s životním stylem, které ovlivňují vznik zdravotních problémů.
- Výskyt a převaha tělesných a psychických modelů onemocnění, vývojových vad a poškození.
- Začátek, průběh a léčení nejdůležitějších modelů chorob, vývojových vad a poškození.
- Různé druhy vnímání onemocnění nebo handicapu pacientem a jejich léčení.
- Vývoj a funkce skupinových onemocnění, jejich možné ovlivnění terapeutickým klimatem.
- Ošetrovatelské problémy (diagnózy) a s nimi spojené ošetrovatelské činnosti:
neschopnost nebo omezení v seběpěči; neúčinné nebo dysfunkční stereotypy spánku, rytmu chůze, příjmu potravy, tekutin; vylučování, mobility, dýchání, krevního oběhu, kožní defekty, a poruchy sexuálních funkcí, bolest, strach, úzkost, smutek, deprese, osamělost; dezorientace místem, časem, osobou, halucinace; počínající nebo trvalá neschopnost se rozhodovat; změny sebepojetí a tělesného vzhledu způsobené onemocněním, handicapem nebo léčením; dysfunkční vnímání zdravotního stavu

nebo celkové zdravotní situace; závažný psychologický stres ve spojení s porodem, růstem, vývojem a smrtí; neschopnost udržet kontakty se svými blízkými v rodině nebo přáteli;

- Bezpečnost, efektivita a účinnost ošetřovatelských zásahů.
- Bezpečnost, efektivita a důsledky neprofesionálních zásahů v ošetřování.
- Rozvoj ošetřovatelských modelů a teorií.
- Všeobecné etické normy péče o zdraví, zejména pak v ošetřovatelství.
- Struktura, dějiny a vývoj péče o zdraví, informace o nejbližším okolí a zejména o ošetřovatelských službách.
- Struktura a funkce vzdělání v péči o zdraví všeobecně a zejména v ošetřovatelství.
- Úkoly, odbornost a kompetence jiných profesionálů v péči o zdraví.
- Společenský vývoj ovlivňující strukturu a fungování zdravotní péče obecně a zejména v ošetřovatelství.
- Náklady na zdravotní péči, obecně a zejména na ošetřovatelskou péči.
- Legislativa ve zdravotní péči, sociálním zabezpečení a legislativa v ošetřovatelství.

DOVEDNOSTI – VŠEOBECNÉ SESTRY

- Nestandardizované pozorování a používání specifických pozorovacích technik.
- Techniky vedení komunikace a rozhovoru (formulace otázek – otevřené, uzavřené, strukturované, polostrukturované).
- Techniky měření vitálních funkcí.
- Techniky vedení počítačových i písemných záznamů.
- Techniky řízení porad (dotazování, shrnutí, formulace, organizování agendy a způsobu rozhodování).
- Techniky plánování, formulace individuálního plánu péče, vlastního pracovního plánu.
- Techniky provádění tělesné hygieny, příjmu potravy a tekutin, vylučování, držení těla a pohybu (včetně zvedacích technik).
- Techniky konzultací např. diskuse, slovní vyjádření: psaním nebo gesty, techniky relaxace, manuálních dovedností, umění si hrát.
- Techniky izolace, oddělování, separace.
- Instruktažní a demonstrační techniky.
- Edukační techniky určené jednotlivcům i skupinám.
- Behaviorální modifikační techniky (změny chování a postojů).
- Techniky pro vedení skupinové terapie.
- Techniky v diagnostice a léčbě, provádění rutinních vyšetření, odběr laboratorních vzorků a materiálů, poskytování první pomoci, podávání kyslíku, podávání enterálních a parenterálních tekutin, přikládání teplých a studených obkladů, zavádění a odstraňování žaludečních sond a močových katetrů, podávání klyzmat, péče o rány, podávání léků.
- Techniky stlaní lůžek a výměny prádla.

- Techniky instalace pomocných zařízení lůžka a jiných pomůcek.
- Udržování zdravého životního prostředí



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na objasnění problematiky regulace ošetrovatelské praxe, globálního přístupu, statutární a profesní regulaci, národní registrační systém a registr sester.



4.6 Regulační systém ošetrovatelské praxe

Regulační systém přináší ošetrovatelské profesi a všem jejím členům *pevné postavení, soudržnost a integritu*. V prosazování systému regulace v ošetrovatelství již dlouhou dobu plní svou úlohu **Mezinárodní Rada Sester (ICN)**, jako zástupce ošetrovatelské a zdravotnické veřejnosti na mezinárodní a globální světové úrovni.



Neuspokojivý vývoj při transformaci systémů péče o zdraví v Evropě přiměl v roce 1995 Radu národních zástupců ICN (Council of National Representatives) prohlásit regulaci za jeden ze tří pilířů svého strategického plánu, kde dále patří odborná kvalifikace pro vykonávání praxe a sociálně – ekonomická prosperita.

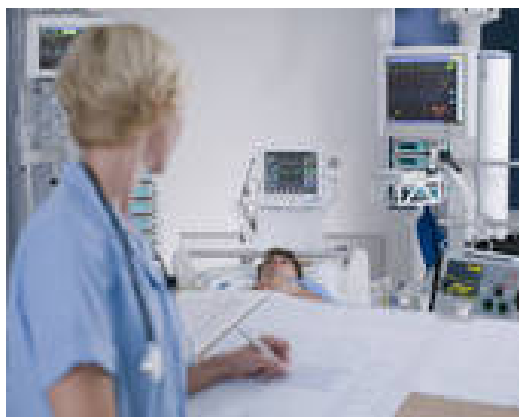
Termín **regulace** užívá ICN ve vysoce pozitivním smyslu vždy, pokud se zmiňuje o jakýchkoliv legitimních a důležitých nástrojích (vládních, profesních a soukromých), jimiž je do ošetrovatelské profese zaváděn řád, důslednost, identita a kontrola. *Tato profese a její členové jsou přesně definováni a je stanoven rozsah jejich odborné způsobilosti. Jsou stanoveny standardy profesního vzdělávání, způsobilosti a chování (etiky). Prostřednictvím těchto nástrojů jsou pak vytvořeny systémy odpovědnosti ve vztahu k veřejnosti.*

Do oblasti regulace patří i **regulační mechanismy** tzv. *procesy pověřování*. Jde o *registraci, udělování osvědčení/licencí, vydávání dokladů o kvalifikaci, provádění akreditací, vydávání osvědčení, certifikátů, oficiálního souhlasu, apod.* Jednotlivé osoby, instituce, vzdělávací programy a každý, kdo získá *pověření* má oficiální souhlas nebo potvrzení od regulačního subjektu (vládního a nevládního) o tom, že splňuje určitý standard kvality. *Pověření* je nutné v pravidelných intervalech obnovovat, aby byla zajištěna kontinuální kvalita a stejně je možné vydané pověření odejmout, jakmile dané standardy nejsou plněny.

Hlavní cíle regulace:

- definovat profesi a její členy
- určit rozsah praxe (působnosti)
- stanovit standardy profesního vzdělávání
- stanovit etické standardy
- stanovit standardy profesní způsobilosti (kompetence)
- vytvořit systémy odpovědnosti (zákonné normy)
- vytvořit pověřovací postupy

Regulace ošetřovatelské profese v podstatě znamená kontrolu ošetřovatelské praxe nějakým regulačním orgánem. Takový orgán může vzniknout ze zákona nebo jako výsledek konvence či konsensu.



Globální přístup k regulaci ošetřovatelské praxe

Ve všech stadiích vývoje sociálně ekonomického systému a péče o zdraví dané země je třeba přistupovat k hodnocení a dalšímu rozvíjení ošetřovatelské praxe globálně. Globální přístup zahrnuje následující kroky:

- posouzení měnících se potřeb preventivní, léčebné, podpůrné, rehabilitační a dlouhodobé péče na všech úrovních systému péče o zdraví,
- zhodnocení pracovní náplně existujícího personálu v systému péče o zdraví, případně realizaci nové dělby práce v rámci profesionálního růstu personálu,
- vytvoření strategie pro sestry zaměřené na potřebnou legislativu, řízení, pracovní podmínky, vzdělání (základní, specializační, univerzitní a kontinuální) a výzkum.

Pokud chce země poskytovat svým obyvatelům skutečně kvalitní ošetřovatelské služby, je nutné této oblasti věnovat pozornost.

4.6.1 Druhy regulace

STATUTÁRNÍ REGULACE (externí, vládní regulace)



Budova Ministerstva zdravotnictví ČR v Praze

Primární úlohou vlády v oblasti regulace ošetrovatelské profese je **uzákonění příslušné legislativy**. Je třeba, aby statutární regulace podporovala schopnost sester reagovat na potřeby společnosti a podporovala úlohu ošetrovatelské profese v poskytování služeb v rámci primární zdravotní péče a v realizaci programu "Zdraví pro všechny".

Doplňující rolí vlády by měla být správa systému pro uskutečňování zákonných ustanovení při regulaci vzdělávání, praxe a pracovních podmínek.

Sekundární úlohou vlády je ochrana práva profesí na titul, výkon praxe a odměnu za práci. Dále je vláda vzhledem ke své odpovědnosti za veřejnou politiku týkající se priorit a zdrojů pro péči o zdraví povinna zaručit ošetrovatelské profesi přístup k tvorbě této politiky v souladu s jejím potenciálním přínosem v systému péče o zdraví.

V ošetrovatelské praxi existuje několik způsobů uplatňování zákonů. Nejčastějším způsobem je vytvoření specifických *ošetrovatelských rad, výborů nebo komisí*, které vyplývá ze zákona. Jinou možností je, že uplatňování regulačního procesu provádí podle zákona **odbor ošetrovatelství MZ**. V ideálním případě by mělo mít ošetrovatelství *statutární regulační orgán* v jehož čele by stála sestra.

FUNKCE REGULAČNÍHO ORGÁNU

Hlavní funkcí regulačního orgánu je stanovit a realizovat normy pro vzdělávání a praxi sester na právním podkladě.

Funkce regulačního orgánu (jsou na něj delegovány ze zákona):

- realizace zákona
- interpretace statutů a nařízení
- vypracování pravidel a nařízení a jejich uvádění v platnost
- definice ošetrovatelské praxe
- řízení pomocí registrace a udělování licencí
- stanovení norem pro vzdělání a praxi
- odpovědnost za uchování registru sester
- schvalování škol
- jmenování a řízení pomocných sil i odborníků
- udržování a řízení registračních a licenčních zkoušek
- vytváření komisí na plnění jednotlivých úkolů
- určování a vybírání poplatku (např. za registraci)

Důležitou součástí regulace je profesní příprava sester na praktickou činnost. *Regulační orgán* proto *odpovídá za vzdělávací programy*. Stanovuje standardy pro vzdělávání, které jsou v souladu s požadavky ošetrovatelské praxe, která je definována zákonem a s dodatkovými předpisy a nařízeními. V této souvislosti nelze zanedbávat organizaci a kvalitu výuky na školách, kvalifikovanost učitelů a výukových a klinických zdrojů (škola musí získat *pověření* (oficiální souhlas), *studijní programy musí být akreditovány*).

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 24



Zamyslete se, v jaké oblasti ošetrovatelství byste se chtěla v budoucnu specializovat.



Shrnutí minimálních požadavků na:

Zákon poskytuje právní uznání a vytváří systém pro regulaci ošetrovatelství a měl by:

- vyjadřovat účel,
- definovat rozsah ošetrovatelské činnosti v praxi a kategorie zaměstnanců, které mají být regulované,
- vytvořit regulační orgán, specifikovat jeho složení, metodu výběru jeho členů, jeho pravomocí a funkce včetně zdrojů, ze kterých bude hrazena jeho činnost,

Regulační orgán s pravomocí vytvářet pravidla a standardy by měl:

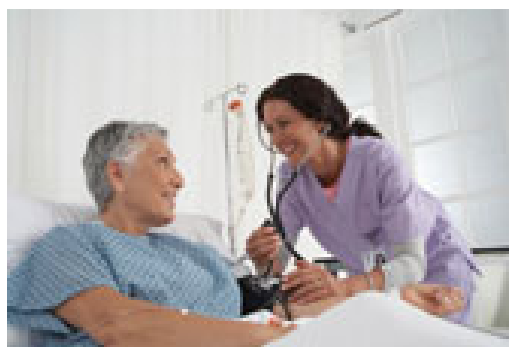
- určit funkce a činnosti sestry
- definovat standardy pro vzdělání a praxi

- vypracovat postupy a pravidla pro výkon funkcí

Cílem statutární regulace je chránit veřejnost.

Obecně v oblasti **statutární regulace** profesí a jejich praxe rozlišujeme:

- **zákony**, kterými je zajištěna **odbornost** profese tj. usměrňování vzdělávání a udělování osvědčení/licencí, od
- **zákonů a norem odborových**, kterými je zabezpečena sociální a ekonomická jistota profese. Dobré pracovní podmínky, plat a přídavky jsou důležité věci, ale měly by být řešeny jinými zákonnými normami (např. formou zákoníku práce, zákonů o péči o zdraví, bezpečnostních předpisů) a postupy (např. kolektivním vyjednáváním).



Zákony, které regulují praktickou činnost sester, by se měly zaměřit na odborný obsah ošetrovatelské profese a zajistit, aby měla společnost přístup ke kvalifikovaným pracovníkům. Taková legislativa také právně uznává ošetrovatelství a chrání tituly a praxi sester.

Výraz *sestra* by měl být rezervován pouze pro osoby, které jsou zákonem oprávněné provádět ošetrovatelskou péči v plném rozsahu.

Legislativa může proto napomáhat nebo bránit rozvoji ošetrovatelské praxe a jejímu efektivnímu přínosu pro zdraví populace.

Regulace může určit statut a podstatu ošetrovatelské praxe. Může pomoci nebo zase zabránit sestřám využít co nejlépe svých schopností. Může zvýšit nebo zbrzdit schopnosti sester reagovat vhodně na pokrok v poznacích a na změny priorit v péči o zdraví populace.

Je proto nutné, aby regulační systémy v ošetrovatelské profesi byly v souladu s Vídeňskou deklarací z roku 1988. Každý stát by proto měl co nejdříve zrevidovat svou současnou regulační politiku a praxi. Regulační bariéry, zvláště restriktivní definice rozsahu praxe sester a nevhodné standardy pro jejich vzdělání, sestřám brání, aby maximálně působily v oblasti základní zdravotní péče (**Zákon č. 96/2004 Sb.**)

Do procesu regulace ošetrovatelské profese v zemi, by měly být zapojeny všechny zainteresované strany – **veřejnost, sestry, zaměstnavatelé, politici**, atd.

Mezi faktory, které určují míru angažovanosti patří: tradice řízení a regulace, politická struktura, veřejná politika, stupeň vývoje ošetrovatelství, dominance jiných profesí a také to, nakolik je ošetrovatelství zastoupeno v řídicím procesu.

V regulaci ošetrovatelské profese mají většinou hlavní role čtyři skupiny:

SAMOSTATNÝ ÚKOL 16



K uvedeným skupinám, které hrají hlavní roli v regulaci ošetrovatelské profese přiřaďte správnou charakteristiku:

1. vláda
 2. profesní organizace
 3. zdravotní sestry
 4. zaměstnavatel
-
- a) jejichž regulační funkce spočívá v tom, že svoji praktickou činnost vykonávají v souladu s přijatými standardy, kodexem a etikou, a že podnikají kroky na udržení vlastní kvalifikace a kompetence.
 - b) má důležitou roli v regulaci, protože vypracovává požadavky na přijímání pracovníků, určité standardy platné pro jejich instituci a programy zajištění kvality poskytované péče.
 - c) vytváří zákony, administrativní nařízení a veřejnou politiku (legislativa statutárně uznává ošetrovatelství, definuje rámec ošetrovatelské praxe, stanoví normy pro udělování licencí a chrání práva sester např. právo vykonávat určité činnosti nebo výlučné užívání titulu). Tuto činnost může provádět přímo vláda nebo pověří jiný orgán.
 - d) měla by se aktivně účastnit na vytváření vládní regulace, reprezentovat vlastní zájmy a zájmy svých pracovníků v komisi nebo radě, která rozhoduje o zákonech. Dalším úkolem je podporovat rozvoj profesní seberegulace.

Správné odpovědi najdete na konci této kapitoly.



Ve stále více zemích přechází vytváření zákonů o ošetrovatelské praxi do rukou samotné profese prostřednictvím statutárního orgánu (zřízeného zákonem a odpovědného za uplatňování zákonů). Většinu členů tohoto orgánu tvoří sestry.

PROFESNÍ SEBEREGULACE (vnitřní regulace)

Je to způsob regulace v rámci profese. Může existovat na několika úrovních např. na úrovni jednotlivých sester, pracovní profesní skupiny, zdravotnické nebo vzdělávací instituce, národní nebo mezinárodní profesní organizace, apod.

Cílem *profesní seberegulace* je zajistit kvalitní péči a zároveň zlepšit ošetrovatelskou praxi rozvojem základny dovedností a poznatků. Příkladem *profesní seberegulace* je vytváření a aktualizace standardů pro praxi a vzdělání, které vedou ke zlepšování ošetrovatelské péče.



Profesní organizace musí plnit pět základních úkolů:

1. Definovat profesi a stanovit pravidla sestavování a realizace standardů vzdělávání a praxe v jejich nejširších a nejužších aspektech. Např. pravidla dosažení profesní kvalifikace (diplomu) profesní registrace (akreditace každé kvalifikované sestry).
2. Rozvoj základny vědomostí a dovedností pro praxi v jejich nejširších a nejužších aspektech. Např. rozvoj teorie v ošetrovatelství a aplikace obecných systémových teorií v oboru ošetrovatelství nyní zejména v oblasti standardizace terminologie, týkající se všech aspektů ošetrovatelské praxe (diagnostiky, intervencí, očekávaných výsledků). Testování způsobu zavádění a uplatňování nových poznatků a zlepšování kvality péče podporovat výzkumem.
3. Přenášení hodnot (víry a přesvědčení), standardů, znalostí a dovedností na nové sestry a členy profese s cílem jejich udržování a uplatňování v praxi. To je možné podporovat a realizovat přes výchovně vzdělávací a socializační proces.
4. Diskutovat o těchto hodnotách, obhajovat je a předávat je občanské veřejnosti i politickým stranám. Profesní organizace by se měly aktivně podílet na formulaci zdravotní politiky a zdravotnické legislativy.
5. Péče profesní organizace o prestiž a blaho svých členů. Poskytování společenské a morální podpory při plnění základních úkolů profese a řešení jejich problémů. Např. adekvátní informovanosti napomůže vydávání informačního časopisu. Účast na kolektivních diskusích k aktuální problematice, apod.

STANOVISKO MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN) – k regulaci ošetrovatelské profese



1. Racionální zdůvodnění

Zdraví je zásadním společenským aktivem. Globálním cílem je *Zdraví pro všechny*. Ošetrovatelská profese nabízí vše, co je v jejích silách ke splnění tohoto celosvětového společenského cíle. Aby byl tento slib splněn, je třeba ovlivňovat a vhodně reagovat na měnící se potřeby a priority péče o zdraví, rozvíjet a mobilizovat plné využití potenciálu této profese.

2. Rezolutnost

Systém regulace ošetrovatelské profese musí zajišťovat:

- vysoké standardy pro osobní a profesní růst a pracovní výkonnost sester;
- veřejnou podporu sestrám, aby mohly plně využívat své schopnosti, a také účast profese na rozvoji veřejné politiky;
- odpovědnost ze strany profese za svou činnost vůči veřejnosti, které slouží;
- náležité uznání a odměnu za vklad profese a příležitost k seberealizaci jejich členů;



4.6.2 Regulace a personální plánování

ROZVOJ REGISTRAČNÍHO SYSTÉMU

Národní registrační systém je základem účinné regulace a může vnést pořádek a důslednost do ošetrovatelského vzdělání a praxe.

Účel registračního systému:

- Stanoví kritéria pro registraci – stanoví standard pro vzdělání, kterou musí sestra před registrací splnit.
- Zajistí profesní standard jako celek tím, že omezí vykonávání ošetrovatelské praxe pouze na zaregistrované osoby, které k této činnosti splňují minimální úroveň kvalifikace.
- Vytvoří základ pro další rozvoj profese za hranici její počáteční úrovně (základní nebo před-registrační)
- Centrálně eviduje a uchovává nezbytně nutné záznamy o sestrách, které jsou vedené v registračním systému.

Registrace doslova znamená, že jméno sestry je zaznamenáno do registru. Tento profesní registr potvrzuje adekvátní úroveň rozvoje dovedností a znalostí zaregistrované osoby, která po absolvování vzdělání získala profesní diplom nebo titul.

Registrace by měla také zajistit, aby titul "registrovaná sestra" používali pouze lidé s odpovídajícím vzděláním a kvalifikací

Registrace proto uděluje kvalifikované sestře právo pracovat a celý systém regulace ve státě může účinně zabránit tomu, aby praxi vykonávaly nekvalifikované pracovní síly.

Registrace znamená více než pouhé uchovávání prostého záznamu jmen a kvalifikace. Efektivní registrační systém má mechanismus, který aktualizuje záznamy. Týká se to pravidelného doplňování dalšího vzdělávání a ověřování kvalifikovanosti před povolením dalšího období registrace, a tím i praxe. V řadě zemí se tomuto aspektu registrace říká *udělování licence*.

Udělování licencí je mocný mechanismus, který umožňuje sestrách pracovat ve svém oboru tak dlouho, dokud splňují požadavky registračního (nebo regulačního) orgánu.

Pokud **registrace a osvědčení** udělují sestře právo používat titul *registrovaná sestra (RS)* a tím ji povolují vykonávat ošetrovatelskou praxi, vyplývá z toho, že titul a právo pracovat v oboru mohou být odňaty, pokud *registrovaná sestra* přestane splňovat požadavky nebo poškodí klienta/pacienta. Vždy musí existovat mechanismy, které efektivně chrání veřejnost před nedodržením standardů a neprofesionálním chováním. Takové mechanismy tvoří jeden z hlavních prvků regulačního systému



PRO ZÁJEMCE 5

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno provádí **registrace sester** na základě pověření Ministerstva zdravotnictví ČR. V sou-

časné době zaznamenalo registrace již více než 105.000 všeobecných sester, což je mezi zdravotníky které nconzo registruje v dalších oborech jednoznačně nejvyšší počet. Následují obory Fyzioterapeut a Zdravotní laborant, oba s méně než deseti tisíci registrovaných.



REGISTR JAKO SEZNAM

Centralizovaný seznam musí obsahovat: jméno, věk, pohlaví, adresu, a kvalifikaci každé osoby. Může rovněž obsahovat stupeň a typ vzdělání, kterého uchazeč o studium dosáhl před započítáním ošetrovatelského kvalifikačního programu. Zmíněné údaje je možno využít při dalších výzkumech (např. při srovnávání kvalifikace studentů na začátku sesterského vzdělání s jejich pozdějšími studijními výsledky). Pokud chceme tyto údaje využít, třeba mít do seznamu zapsány všechny studenty, kteří začínají studovat ošetrovatelství, aby bylo možno analyzovat a interpretovat výsledky pro potřebu vypracování kritérií přijímacího řízení. Aby byl registr kompletní, musí v něm být zaneseny všechny studentky. Ty z nich, které pak studium úspěšně zakončily, musí být *zaregistrované*. *To znamená, že všechny školy, které poskytují profesní vzdělání v ošetrovatelství, by měly mít akreditaci.*

Pokud jsou zaregistrovány sestry z různých typů kvalifikačních programů, měly by být podle toho i zaregistrovány v oddělených částech registru. Mimo základní záznamy obsahuje registr i údaje o dalším vzdělávání (např. postgraduálním) u jednotlivých registrovaných sester.

REGISTR – ŽIVÝ ZÁZNAM

Protože se všechny záznamy v registru týkají konkrétních lidí, nejefektivnějším prostředkem shromažďování aktuálních informací je pravidelný kontakt s nimi. V některých zemích se požaduje, aby si sestry obnovovaly licenci pravidelně (obvykle za 1 – 5 let).

Udělování osvědčení (licencí) má proto bezprostřední výhody. Umožňuje to pravidelnou aktualizaci záznamů v registru a pravidelný kontakt mezi regulačním orgánem a členy profese. Tím je zajištěno udržování a kontrola úrovně vzdělávání a kvalifikovanosti registrovaných sester.

Ve světě je obvyklé, že registrované sestry platí tzv. registrační poplatek regulačnímu orgánu, který provozuje centrální registr. Tento poplatek stejně jako státní finanční dotace tomuto regulačnímu orgánu, kryjí náklady na změny v záznamech centrálního registru.

Jednou z hlavních zásad živého registru je to, že charakter regulačního systému musí přímo souviset s rozvojem profese. Pokud registrace není ovlivňována sestrami, je pravděpodobné, že se ošetrovatelství bude potýkat s těžkostmi pokaždé, když se sestry pokusí zlepšit standardy vzdělávání a praxe nebo pokud budou chtít získat větší kontrolu nad svou profesí. V zemích, kde je udělování licence charakteristickým rysem regulace a regulační orgán je financován úplně nebo částečně sestrami, bývá profese obvykle dobře organizována a sama usměrňuje své vnitřní záležitosti.

Registrační systém zasluhuje pozornost a péči, protože poskytuje důležité informace pro rozhodování a plánování v systému péče o zdraví. Např. plánování počtu personálu ve zdravotnictví se musí zakládat na spolehlivých informacích a k tomu může významně přispět i registrační systém kvalifikovaných sester a dalších nelékařských profesí.

Pomocí živého registračního systému lze sestavit jedinečný profesní profil jednotlivých registrovaných sester a profese jako celku. Živý registr tvoří důležitou součást regulačního systému pro ošetrovatelství. Investice do rozvoje regulačního systému jsou důležitou strategií pro vytvoření dobře informované a odpovědné profese, schopné poskytovat potřebné a efektivní ošetrovatelské služby vždy a všude tam, kde je to zapotřebí.



ODPOVĚĎ NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 10

1; 2; 4;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 11

1; 10;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 12

b); d);



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 13

2; 4;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 14



B); D);



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 15



3); 6);



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 16



1c; 2d; 3a; 4b;



SHRNUTÍ KAPITOLY



Problematika kompetencí všeobecných sester je významnou doménou ošetrovatelské praxe. Úzce souvisí s růstem profesionality v ošetrovatelství v posledních desetiletích. Představuje potřebnou způsobilost pro výkon povolání, zahrnující znalosti, dovednosti a postoje. Pojem kompetence je spojován nejen s učebními výstupy, při profesním vzdělávání sester, ale zejména je používán v oblasti pracovně právních vztahů (základem kompetence sester je plnění určitého odborného úkolu – zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb klientů/pacientů). Extenzivní kompetence sester v Evropě byly stanoveny doporučením Evropská komise. V textu jsou charakterizovány vztahy profesního vzdělávání a funkčního profilu v praxi; rozšířené role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu; pole působnosti ošetrovatelství zahrnující ošetrovatelskou diagnostiku, východiska pro organizaci a poskytování ošetrovatelské péče v reálných „ošetrovatelských situacích“. Zmíněn je obsah standardů profesionální výkonnosti sester; seznam úkolů všeobecných sester; okruhy znalostí a dovedností všeobecných sester, regulační systém ošetrovatelské praxe a význam registru pro personální plánování.



OTÁZKY



1. Definice pojmu kompetence podle ICN z roku 1997:
 - a) kompetence je stav znalostí a dovedností a úsudku
 - b) kompetence je komplexní spojení znalostí, postojů a hodnot
 - c) kompetence je schopnost plnit určité profesní funkce
 - d) kompetence je úroveň předvedení demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku
2. Úkol profesionální ošetrovatelské péče je koncipován jako:

- a) zlepšení celkových psychosomatických reakcí pacienta
 - b) zajištění fyziologických potřeb
 - c) zajištění psychosociálních potřeb
 - d) zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb klienta/pacienta
3. Výsledkem úsilí sestry o uspokojení potřeb klienta/pacienta je:
- a) vyhodnocení dosaženého výsledku
 - b) zlepšení jeho celkových reakcí (fyziologických, verbálních, nonverbálních projevů)
 - c) profesionální kompetence
 - d) uspokojení fyziologických potřeb
4. Do oblasti extenzivních kompetencí všeobecných sester podle doporučení Evropské komise (1998) nepatří:
- a) plánování, koordinace a řízení
 - b) výzkum a vývoj v ošetrovatelství
 - c) autonomní a kooperativní funkce
 - d) charitativní činnost
5. Do autonomních funkcí všeobecných sester nepatří:
- a) podpora zdraví a prevence vzniku nemoci
 - b) poskytování informací a zdravotní výchovy
 - c) podpora a provázení osob v krizových situacích
 - d) zásobování komunity vodními zdroji
6. Mezinárodní den sester se každoročně koná v den narození F. Nightingalové:
- a) 11. května
 - b) 12. května
 - c) 13. května
 - d) 10. května
7. Růst profesionality v ošetrovatelství se projevuje zejména ve vztahu k:
- a) dosaženým dovednostem sester
 - b) rozsahu výzkumu v ošetrovatelství
 - c) dosaženým znalostem sester
 - d) šíři a hloubce vědomostní báze, specializačnímu vzdělávání, etice a autonomii
8. Mezi charakteristické znaky profese nepatří:
- a) vysokoškolské profesní vzdělání, rozvoj teorie, kompetence
 - b) vážnost a úcta, prestiž
 - c) etický kodex, profesní organizace, hlavní zdroj příjmů
 - d) zaměstnání
9. Pro ošetrovatelskou péči je charakteristické, že poskytovatel:
- a) vlastní dopravní prostředek
 - b) komunikuje nonverbálně s příbuznými pacienta
 - c) jedná často instinktivně

- d) je v přímém kontaktu s uživateli této služby
10. Závislost na zdravotním systému rozhoduje o tom, zda je člověk:
- ošetřen a léčen
 - pacient, klient nebo zákazník
 - přijat do lůžkového zařízení
 - umístěn do domova pro seniory
11. V multidisciplinárním týmu jsou v centru zájmu potřeby:
- lékařů
 - klientů/pacientů
 - sester a ošetřujícího personálu
 - organizace provozu zařízení
12. Rozšířené role sester nezahrnují:
- výzkumnice, manažérky, vedoucí, nositelky změn
 - obhájkyň práva pacienta, poradkyně,
 - komunikátorky (zprostředkovatelky), pomocnice, ošetřovatelky
 - doručovatelky pošty a písemností
13. Při poruše zdraví (onemocnění) člověka se sestry zaměřují na:
- chorobu
 - příznaky nemoci
 - důsledky choroby pro soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života
 - tláčení bolesti
14. Ošetřovatelské problémy, týkající se soběstačnosti, psychosomatické rovnováhy a kvality života člověka jsou chápány jako:
- nonverbální reakce
 - fyziologické reakce
 - emocionální reakce
 - celostní reakce člověka
15. Odborník diagnostikuje, pokud:
- popisuje povahu problému
 - analyzuje průběh problému
 - se seznamuje s aktuálním a potenciálním stavem problému
 - vyvozuje určitý závěr o povaze problému nebo stavu
16. Základ profesionálního přístupu tvoří:
- profesní asociace
 - zaměření sestry na hodnoty
 - sdílení společných zásad
 - profesionální etika
17. Základní oblasti profesionální etiky sester jsou stanoveny:
- dohodou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem
 - stanovami profesní asociace

- c) mezinárodním etickým kodexem sester
 - d) podpisem pracovní smlouvy
18. Mezi hlavní oblasti Etického kodexu sester nepatří:
- a) sestra a profese, sestry a spoluobčan
 - b) sestry a ošetrovatelská praxe
 - c) sestry a spolupracovníci
 - d) sestry a multikulturní menšiny
19. Mezi aspekty, které ovlivňují náročnost ošetrovatelské situace nepatří:
- a) stav prostředí
 - b) kvalita sestry
 - c) stav pacienta
 - d) dostupnost signalizace
20. Při organizaci práce a rozdělování specifických pracovních úkolů je v pracovním týmu nutné jasně stanovit:
- a) náročnost pracovního úkolu
 - b) způsob elektronické komunikace
 - c) způsob hlášení mimořádných událostí
 - d) kompetence a odpovědnost pracovníků jednotlivých kvalifikačních úrovní
21. Standardy profesionální výkonnosti všeobecné sestry nezahrnují:
- a) dodržování etických zásad, kvalitu ošetrovatelské péče, kolegiální
 - b) hodnocení vlastní výkonnosti, spolupráci,
 - c) kontinuální vzdělávání, výzkum, efektivní využívání zdrojů
 - d) pravidelné porady týmu a diskuse
22. Mezi hlavní skupiny úkolů všeobecných sester nepatří:
- a) publikační činnost
 - b) koordinační činnost, úkoly v diagnostice a léčbě
 - c) administrativa, dokumentace, přípravné a dokončovací práce
 - d) péče a podpora K/P, prevence a edukační činnost
23. Mezi hlavní cíle regulace nepatří:
- a) stanovit etické standardy a kompetence
 - b) stanovit standardy profesního vzdělávání
 - c) technické vybavení registru sester
 - d) definovat profesi a její členy, určit rozsah praxe
24. Statutární regulace je:
- a) regulace zaměstnavatelem při přijímání sester do pracovního poměru
 - b) profesní regulace (vnitřní regulace) na úrovni profesní organizace
 - c) externí, vládní regulace – uzákonění příslušné legislativy
 - d) regulace samotnými sestrami podle standardů
25. Registr sester (a ostatních zdravotnických profesí) znamená, že:
- a) sestry eviduje zaměstnavatel na personálním oddělení

- b) profesní organizace si vede seznam svých členů
- c) jméno sestry je zaznamenáno do celorepublikově centralizovaného informačního seznamu – registru
- d) jde o seznam sester, který není určen veřejnosti



POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE



Doporučení a dokumenty Evropské komise:

- [1] III/F/5370/5/90 (O začlenění primární péče do vzdělávání zdravotních sester), 1992
- [2] III/F/5004/5/93 (Další vzdělávání a doškolování v ošetřovatelství), 1994
- [3] XV/E/8301/4/94-DE (Péče o seniory ve studiu všeobecného ošetřovatelství), 1994
- [4] XV/E/9432/7/96-DE (O vzdělávání sester odpovědných za všeobecnou ošetřovatelskou péči v EU – nové kurikulum), 1997
- [5] XV/E/8391/96 (Hlavní směry pro začlenění primární zdravotní péče do vzdělávání sester, které odpovídají za všeobecnou ošetřovatelskou péči), 1998
- [6] XV/E/8481/4/97-DE (Odborné kompetence pro sestry, které odpovídají za všeobecnou ošetřovatelskou péči), 1998

Další literatura

- [7] SALVAGE, J., HEIJNEN, S. (1997) *Nursing in Europe. A Resource For Better Health.* WHO, Copenhagen: Regional Publications European Series, No.74,
- [8] SALVAGE, J., (1993) *Nursing in Action. WHO Copenhagen: Regional Publication European Series, No, 48*
- [9] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky* (1) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2000
- [10] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky* (2) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2002
- [11] TUNING EDUCATIONAL STRUCTURE IN EUROPE [online]. c2004 [cit. 2007-08-10]. Dostupný z: <<http://tuning.unideusto.org/tuningeu/>>
- [12] Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).





ODPOVĚDI

1d; 2d; 3b; 4d; 5d; 6b; 7d; 8d; 9d; 10b; 11b; 12d; 13c; 14d; 15d; 16d; 17c; 18d; 19d; 20d; 21d; 22a; 23c; 24c; 25c;



SHRUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Tato distanční studijní opora obsahuje celkem čtyři kapitoly, které umožňují pochopit širší souvislosti mezi rychle se rozvíjející moderní společností a potřebou kvalitní péče o zdraví populace v regionálním, celostátním, i celosvětovém měřítku.

Vědecké vymezení ošetřovatelství jako nedílné součásti systému zdravotní péče vyžaduje pochopit řadu souvislostí. Vývoj v posledních desetiletích je turbulentní a bez potřebných znalostí a dovedností by sestrám a porodním asistentkám neumožnil kvalitně vykonávat profesní činnost. Novodobý systematický (celostní, vědecký) pohled na zdraví každého jedince má dopad na ekonomickou transformaci a změny organizačních systémů zdravotní péče. Naplňování současných společenských potřeb s evropskou dimenzí v systému zdravotní péče představuje realizaci rozsáhlých změn doprovázených implementací nových zákonných norem a standardů (např. v oblasti výchovy a vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek; standardů jejich profesionální výkonnosti, aj.). Objasněny jsou funkce a kompetence všeobecných sester, jejich rozšířené role a vztah profesního vzdělávání a konkrétního funkčního profilu v praxi. Uveden je i seznam úkolů sester, rámec znalostí a dovedností a charakteristika regulačního systému ošetřovatelské praxe.

























POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- [1] BILLINGS, D. M., HALSTEAD, J. A. *Teaching in Nursing. A Guide for Faculty*. 2nd.ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005, ISBN 0-7216-0377-7.
- [2] DELOUGHERY, G. L.: *Issues and Trends in Nursing*. 3rd.ed. Elsevier Health Sciences, 1997. ISBN 0815126085.
- [3] HARTEL, R. W. and FOGEDING, E. A. (2004). *Learning: Objectives, Competencies, or Outcomes*. *Journal of Food Science Education*, (3) 69 – 7.
- [4] MILLER, C., HOGGAN, J., PRINGLE, S. and WEST, C. (1988) *Credit Where Credit's Due*. Report of the Accreditation of Work-based Learning Project. Glasgow. SCOTVEC.
- [5] NANTL, J. ČERNIKOVSKÝ, P. a kol. *Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky. I. díl Národní deskriptory. 1. vyd. MŠMT Praha: TAURIS, 2010*
- [6] POLIFRONI, E. C., WELCH, M.: *Historical and Contemporary Perspectives on Philosophy of Science in Nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1998 ISBN 0-7817-1201-7.
- [7] ROUX, G. M., HALSTEAD, J. A. *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow*. 1st.ed. Jones & Bartlett Learning, 2008 ISBN 0763752258.
- [8] SALVAGE, J., HEIJNEN, S. (1997) *Nursing in Europe*. A Resource For Better Health. WHO, Copenhagen: Regional Publications European Series, No.74,
- [9] SALVAGE, J., (1993) *Nursing in Action*. WHO Copenhagen: Regional Publication European Series, No, 48
- [10] *The Ins and Outs of Problem Based Learning* CHN University Netherlands – PBL- Problémová výuka.
- [11] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky* (1) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2000
- [12] *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky* (2) WHO EUROPE, Praha: MZČR 2002
- [13] **Doporučení a dokumenty Evropské komise:**
- a) III/F/5370/5/90 (O začlenění primární péče do vzdělávání zdravotních sester), 1992
 - b) III/F/5004/5/93 (Další vzdělávání a doškolování v ošetrovatelství), 1994
 - c) XV/E/8301/4/94-DE (Péče o seniory ve studiu všeobecného ošetrovatelství), 1994
 - d) XV/E/9432/7/96-DE (O vzdělávání sester odpovědných za všeobecnou ošetrovatelskou péči v EU – nové kurikulum), 1997
 - e) XV/E/8391/96 (Hlavní směry pro začlenění primární zdravotní péče do vzdělávání sester, které odpovídají za všeobecnou ošetrovatelskou péči), 1998
 - f) XV/E/8481/4/97-DE (Odborné kompetence pro sestry, které odpovídají za všeobecnou ošetrovatelskou péči), 1998
- [14] TUNING EDUCATIONAL STRUCTURE IN EUROPE [online]. c2004 [cit. 2007-08-10]. Dostupný z:< <http://tuning.unideusto.org/tuningeu/>>

[15] Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).



PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON A POUŽITÝCH ZKRATEK

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Název:

Autoři:

Vydavatel:

Určeno:

Povoleno:

Počet stran:

AA – VA:

Vydání:

Náklad:

Tiskárna:

Číslo publikace:

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou