

# **Metodologie ošetřovatelské praxe s využitím ošetřovatelských teorií a modelů**

doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.

Slezská univerzita v Opavě

**Metodologie ošetrovatelské praxe s využitím ošetrovatelských teorií a modelů**

doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.

Vydal Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Technická redakce Alexandra Hurtová, IPVZ

Grafickou část zpracoval Jan Sochora, IPVZ

Vytiskla Tiskárna Bílý Slon s.r.o., Plzeň

První vydání, náklad 500 ks

Praha, 2013

**978-80-87023-28-0**

## **Anotace**

Metodologie ošetrovatelské praxe je jednou z charakteristik ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Publikace předkládá orientační soubor poznatků využitelných pro ošetrovatelskou praxi. Je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům, sestřám, porodním asistentkám, zdravotnickým asistentům popřípadě dalším zájemcům o problematiku ošetrovatelství. Podává pohled na metodologii ošetrovatelské praxe s využitím filozofií, koncepčních modelů a teorií s odkazem na další zdroje k podrobnějšímu studiu. Text je členěn do tří kapitol. První ukazuje na potřebu vědních poznatků a chápání ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Následuje využití poznatků v metodologii ošetrovatelské praxe s důrazem na první fáze ošetrovatelského procesu, na výběr koncepčního rámce pro ošetrovatelské zhodnocení. Poslední část podává přehled ošetrovatelských filozofií, modelů, teorií a seznamuje s jejich možným využitím v ošetrovatelské péči.

## Abstrakt

Metodologie ošetrovateľskej praxe je jednou z charakteristík ošetrovateľstva ako vedejnej disciplíny. Publikácia predkladá orientačný soubor poznatkov využiteľných pre ošetrovateľskú prax. Je určená nelékařským zdravotníckym pracovníkům, sestřám, porodním asistentkám, zdravotníckym asistentům popřípadě dalším zájemcům o studium problematiky ošetrovateľstva a aplikaci jeho poznatkov do ošetrovateľskej praxe.

Podává stručný pohled na metodologii ošetrovateľskej praxe s využitím filozofií, koncepčních modelů a teorií s odkazem na další zdroje k podrobnějšímu studiu. Text je členěn celkem do tří kapitol. První kapitola publikace ukazuje na přirozenou potřebu vědních poznatkov pro ošetrovateľskú praxi. Klade důraz na profesionalizaci oboru a chápání ošetrovateľstva jako vedejnej disciplíny. Druhá kapitola seznamuje s poznatky využiteľnými v metodologii ošetrovateľskej praxe – v ošetrovateľském procese. Důraz je kladen na první fáze ošetrovateľského procesu - ošetrovateľskou anamnézu a ošetrovateľskou diagnózu, především na důležitost výběru vhodného koncepčního rámce pro ošetrovateľské zhodnocení klienta/pacienta. V poslední části publikace, které je věnován větší rozsah pozornosti, je prezentován přehled ošetrovateľských filozofií, modelů, teorií včetně zdrojů k jejich podrobnějšímu studiu. Předkládá pro ilustraci výsledky mezinárodní studie o aplikaci koncepčních modelů na specifických klinických pracovištích a u skupin klientů/pacientů. Na příkladu vybrané filozofie, koncepčního modelu a teorie seznamuje s jejich možným využitím v ošetrovateľskej praxi.

Anotace	
Abstrakt	
Seznam použitých zkratk	
Klíčová slova	

## Úvod

<b>1 Přirozená potřeba vědních poznatků pro ošetrovatelskou praxi</b>	13
1.1 Profesionalizace ošetrovatelství	13
1.2 Ošetrovatelství jako poznatková základna pro ošetrovatelskou praxi	15
1.3 Filozofie ošetrovatelství	17
1.4 Předmět zkoumání – metaparadigma oboru	18
1.5 Koncepční modely a teorie – paradigma oboru	23
1.6 Metodologie vědní disciplíny	23
1.7 Výzkum v ošetrovatelství	24
1.8 Systém vzdělávání v ošetrovatelství a ochrana profese	25
<b>2 Poznatky metodologie v ošetrovatelské praxi</b>	26
2.1 Metodologie v obecných pojmech	26
2.1.1 Metoda, metodika, vědecká metoda	27
2.2 Historický pohled na metodologii ošetrovatelství	28
2.2.1 Filozofie Hall v ošetrovatelské praxi	28
2.2.2 Přínos dalších teoretiček k ošetrovatelského procesu pro praxi	29
2.3 Definice, cíl, fáze ošetrovatelského procesu	29
2.4 Proces řešení problému a rozhodování	30
2.5 Koncepční rámce pro ošetrovatelskou anamnézu	32
2.6 Ošetrovatelská diagnostika v návaznosti na koncepční rámce	35
2.7 Stanovení očekávaných výsledků, plánování, realizace, zhodnocení	40
<b>3 Aplikace filozofií, modelů a teorií pro ošetrovatelskou praxi</b>	43
3.1 Význam filozofií, koncepčních modelů a teorií pro praxi	43
3.2 Pojmy – koncepce, koncept, model, teorie, rámec, filozofie	44
3.3 Klasifikace prací teoretiček ošetrovatelství	45
3.4 Ošetrovatelské filozofie a jejich aplikace - Nightingale, Watson, Benner	47
3.4.1 Význam Teorie byrokratické péče Marilyn Anne Ray	47
3.5 Ošetrovatelské modely a jejich aplikace - Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers, Roy	50
3.5.1 Výsledky studie aplikace modelů podle specifík ošetrovatelské péče	50
3.6 Ošetrovatelské teorie a jejich aplikace - Mercer, Leininger, Orlando, Parse, Newman	55
3.6.1 Význam teorie Madeleine Leininger pro ošetrovatelskou praxi	56
3.6.2 Význam teorie Ramony T. Mercer pro ošetrovatelskou praxi	58
<b>Závěr</b>	60
Použitá literatura	61
Příloha Případová studie	

## **Seznam použitých zkratek**

ANA - American Nursing Association

CNA - Canadian Nursing Association

EBP - Evidence Based Practice

EBN - Evidence Based Nursing

EBM - Evidence Based Midwifery

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

ICN - Internationale Consil/Confederation Nursing

ICM - Internationale Consil Confederation Midwifery

WHO - World Health Organization

## **Klíčová slova**

*ošetřovatelství, metodologie, paradigma, metaparadigma, holismus, ošetřovatelský proces, koncepce, model, teorie, filozofie, vědní disciplína, ošetřovatelská praxe, sestra, porodní asistentka, klinické ošetřovatelství, vzdělávání, výuka, výzkum, metoda, vědecká metoda, postup, metodika, rámec, koncepční rámec, koncepční model, koncept, člověk, prostředí, zdraví, ošetřovatelská činnost, ošetřovatelská anamnéza, potřeba, problém, ošetřovatelská diagnóza, diagnostika, očekávané výsledky, cíle, výsledná kritéria, plán ošetřovatelské péče, realizace, intervence/zásahy, hodnocení, fyzikální vyšetření, screening, rozhovor, pozorování, naslouchání, humanismus, profesionalizace, profese, kritické myšlení, proces rozhodování, řešení problému, kompetence, ošetřovatelská praxe, aplikace*









# Úvod

Sestry a porodní asistentky mají kromě odborných dovedností také všeobecné poznatky z oboru ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Mají dnes úžasnou šanci - otevřenou cestu ke vzdělávání a neomezený zdroj nových informací. Mají schopnost využít základní vědomosti a dovednosti v oblasti paradigma ošetrovatelství. Naučit se systematickému zhodnocení klientů/pacientů podle vhodně zvoleného koncepčního rámce s naplánováním, realizací a znovu vyhodnocením ošetrovatelské péče. Praktické zvládnutí a provedení těchto odborných dovedností povede dříve či později ke zvýšení kvality v péči o klienta/pacienta a zvýšení profesionality profese. V pregraduálním, postgraduálním a celoživotním vzdělávání se sestry a porodní asistentky seznamují s koncepčními pracemi teoretiček oboru ošetrovatelství, které jsou předmětem paradigmatu ošetrovatelství. Stále častějším jevem je tak využití ověřených filozofií, modelů či teorií v klinické a komunitní ošetrovatelské praxi.

Zkušenosti předchozích let rozvoje ošetrovatelství/porodní asistence u nás ukázaly, že podněty ke změnám i nejnovější teoretické poznatky z oboru ošetrovatelství přicházely nejvíce z akademického prostředí. Podle údajů Světové zdravotnické organizace však akademičtí pracovníci v ošetrovatelství/porodní asistenci na univerzitách a vysokých školách potřebné změny v profesním postavení sester a porodních asistentek sami neuskuteční. Z úrovně univerzit lze šířit nejnovější vědecké poznatky v oboru, ale na jejich realizaci do praxe se musí aktivně spolupodílet řada subjektů jako jednotlivá ministerstva, legislativní orgány, klienti/pacienti, ale zejména samotné sestry a porodní asistentky z praxe a jejich profesní sdružení/komora.

Pro sestry a porodní asistentky působící v praxi se požadavky na změny v ošetrovatelství promítají především na zajištění kvality poskytované péče, aktuálně ve smyslu akreditací zdravotnických zařízení, dále do stále se zvyšujícího ekonomického tlaku na snižování počtu personálu v nemocnicích, na rozsah a množství prováděných činností, prodloužení doby výkonu profese, na vymezení způsobilosti k poskytování základní ošetrovatelské péče, ale i na rozvoj nových oblastí péče v komunitním ošetrovatelství. Tyto změny a s nimi související každodenní složitá realita včetně mimopracovních úkolů vyžadují od sester/porodních asistentek nejen jejich vysoké pracovní nasazení, ale především pochopení a schopnost pozitivně se s nimi vyrovnávat.

Cílem obsahu předkládaného textu je ukázat na potřebu vědních poznatků pro ošetrovatelskou praxi, chápání ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Podat souhrnný orientační pohled na metodologii ošetrovatelské praxe s využitím filozofií, koncepčních modelů a teorií s odkazem na další zdroje k podrobnějšímu studiu. Ukázat využití poznatků v metodologii ošetrovatelské praxe s důrazem na první fáze ošetrovatelského procesu ošetrovatelskou anamnézu a ošetrovatelskou diagnózu s výběrem koncepčního rámce pro ošetrovatelské zhodnocení. Seznámit s přehledem ošetrovatelských filozofií, modelů, teorií a s jejich možným využitím v ošetrovatelské péči. Odborný text, jeho uspořádání, výběr, rozsah i obsáhlost zpracování byl přizpůsoben konkrétním potřebám a nečiní si nárok na vyčerpávající výklad. Přesto věříme, že pomůže sestrám a porodním asistentkám zorientovat se v možnostech využití vhodných poznatků v ošetrovatelské praxi.



# 1 Přirozená potřeba vědních poznatků pro ošetrovatelskou praxi

## 1.1 Profesionalizace ošetrovatelství

Pro rozvoj, ocenění a význam profese ošetrovatelství je **důležitý růst profesionalizace**. Tedy nabytí profesionálních rysů, vlastností a znaků (Kol., 1999). Pojem profesionalizace i professionalismus byl odvozen od pojmu *profese*. Význam slova *profese* spočívá v druhu pracovní činnosti vyžadující odbornou přípravu.

**Profese** jinak také povolání vyžaduje **specifické vědomosti, zručnosti/dovednosti a přípravu**. Povolání je spojeno s kvalifikací. Profesionálové vykonávají vysoce kvalifikované profese na základě zákonného oprávnění (ve srovnání se zaměstnáním, kdy zaměstnání nemusí využívat profesní zaměření či předpoklady pracovníka, profese se tedy jeví jako trvalejší součást sociální pozice).

Ošetrovatelství má své profesionály, jejichž kvalifikační příprava na profesi vyžaduje výstupní dovednosti/kompetence a následnou způsobilost k výkonu profese. Z tohoto pohledu se ošetrovatelství u nás v posledních letech výrazně profesionalizovalo. Kvalifikační příprava má jasně stanovený obsah s výstupními kompetencemi – vzdělávací standard, který vychází ze směrnic pro tzv. regulované profese.

Jak vnímá profesi sestry současná společnost? Podíváme-li se například na profesi lékařskou, lékárnickou či právníckou, lze vidět, že medicína, farmacie a právo se v naší populaci v současnosti těší všeobecnému uznání jako „učené povolání či poslání“.

Ošetrovatelství, přestože je z pohledu péče a pomoci člověku historicky velmi staré, v takovém postavení prozatím u nás není. Společenské postavení reprezentantů profese není srovnatelné s výše uváděnými profesemi. Veřejné mínění a společenský statut je obvykle nižší. Napadají nás otázky:

*Proč tomu tak je, co povede k vyšší profesionalizaci?*

*Co vede ke zvýšení společenského postavení reprezentantů profese?*

*A proč je tomu tak v zemi s bohatou kulturní tradicí ošetrovatelství a porodní asistence?*

*Co proto děláme, my reprezentanti profese?*

*Ví o nás naši klienti/pacienti a jejich rodiny?*

*Ví, jak jsme profesionálně připraveni jim pomoci?*

Pokusme se zamyslet a odpovědět na tyto stěžejní otázky. Hledejme přijatelné odpovědi i prostřednictvím filozofických prací sester, které již v minulosti řešily obdobnou situaci, složitou ošetrovatelskou problematiku a snad se jim i podařilo zvýšit společenský statut a postavení reprezentantů profese. Odpovědi by nás měly vést ke snaze přijmout v budoucnu dostatečnou míru odpovědnosti za prezentaci profese v naší společnosti.

Podle Mooreové a Rosenbaumové je třeba hledat odpověď na profesionalitu v šesti atributech profese:

1. profese musí mít systematickou teorii
2. těšit se vážnosti
3. mít prestiž
4. přijmout etický kodex
5. akceptovat profesionální kulturu
6. být zdrojem příjmů pro ty, jež ji praktikují (Moore, Rosenbaum, 1970)

Podle Millerové jsou to tyto hlavní atributy profesionality v ošetřovatelství:

- získat vědomostní základ na univerzitě a vědeckou orientaci na úrovni vysokoškolské hodnosti v ošetřovatelství
- získat kompetence odvozené z teoretické báze v rámci, které diagnostikovat a zpracovávat reakce klienta/pacienta na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy
- vyznačit a vymezit činnosti a kompetence odbornosti (Miller, 1985)

Pro rozvoj a ochranu profese mají význam profesní organizace, pokud plní svoji roli ve společnosti. Tato role spočívá podle Stylesové v pěti úlohách:

1. definovat profesi a stanovit pravidla pro vzdělání a výkon praxe – získání kvalifikace (diplomu, certifikátu), registrace, přijetí etického kodexu a norem chování
2. rozvíjet vědomostní základnu pro praxi v nejširších i nejužších souvislostech, a to prostřednictvím výzkumu, který přispívá k rozvoji vědomostní základny
3. předávat nové poznatky, znalosti, dovednosti a hodnoty na další členy profese a začínající sestry
4. rozšířit podíl sester na formulaci zákonů a zdravotní politiky, na přenos hodnot do veřejnosti, na komunikaci s širokou veřejností
5. účastnit se na zvýšení všeobecného společenského blaha prostřednictvím profesního sdružení/organizace/komory (Styles, 1983)

*Všeobecně platí, že růst profesionality v oboru ošetřovatelství se projevuje ve vztahu ke:*

**Vzdělávání** – vzdělání je významná stránka profesionálního statutu. Vzdělání sester v posledních dvaceti letech udělalo veliký posun ve vývoji. Pregraduální kvalifikační forma studia sester se přesunula na univerzity a vysoké školy. Vzdělání se strukturalizovalo a vznikly následně širší možnosti v rámci strukturální formy vzdělávání – formy bakalářské, magisterské, doktorské. Rozšířila se nabídka forem postgraduálního a celoživotního vzdělávání sester.

**Výzkumu a základu poznatků oboru** – ošetřovatelství jako profese se zakládá na přesně definovaném vzdělání a odbornosti. Řada strukturálních systémů (komplex strukturálních standardů) přispívá k této poznatkové základně a usměrňuje výzkum a vzdělávání v ošetřovatelství. Historicky rozvoj výzkumu v ošetřovatelství datujeme do Spojených států amerických, přibližně do období 50. let minulého století. Díky rychlému vývoji elektronické komunikace, přenosu informací a tím dostupnosti nejnovějších poznatků v oboru se zvýšila vědomostní báze na řadě evropských univerzitních pracovišť. Vlivem harmonizace regulovaných profesí EU se rozšířila i na česká vysokoškolská pracoviště, kde postupně vznikají první poznatky v oboru podložené vědeckovýzkumným šetřením.

**Etice** – sestry od počátku profese kladou důraz na hodnotu a důstojnost člověka. Ošetřovatelská profese vyžaduje integritu ve vlastní profesi, tedy vykonávat to, co pokládá za správné bez ohledu na osobní oběť. Vznikly tedy etické kodexy, které se neustále vyvíjí v závislosti na potřebách ošetřovatelské praxe a hodnotových kritérií společnosti. V České republice byly přijaty odbornými společnostmi etické kodexy obou regulovaných profesí – sester a porodních asistentek (Archalousová, 2006).

**Autonomii** – profese je autonomní, pokud sama sebe reguluje a vytýčuje normy pro své reprezentanty. Pokud má ošetřovatelství autonomní postavení musí fungovat nezávisle při formulaci své politiky i

kontroly své činnosti. Aby mohla být určitá profesní skupina nezávislou/autonomní musí mít zákonem danou autoritu. Definovat rozsah své činnosti, kodifikovat úlohy a povinnosti, determinovat cíle a zodpovědnost ve výkonu svých služeb.

Profesionální ošetrovatelství se provádí v kolegiálním vztahu s medicínskými nebo jinými zdravotnickými pracovníky. Podpora a udržování denních životních aktivit jsou základem ke všem dalším zdravotnickým aktivitám. Sestra je odborníkem v ošetrovatelské péči, při udržování denních životních aktivit, zatímco lékař je odborníkem v medicínské diagnostice a léčbě onemocnění. Role se vzájemně doplňují a jsou blízce spřízněné tak, aby se zamezilo soupeřivým vztahům. Sestry často asistují v diagnostických testech a terapeutických postupech. Jejich hlavní funkcí je udržování denních životních potřeb, funkcí člověka a prostředí, které přispívá ke zdraví a pohodě (Archalousová, 2006). Analýzou současného stavu v porovnání s doporučeními Evropské komise se zabývají odborné příspěvky, které byly diskutovány na vědeckých konferencích ošetrovatelství v letech 2006-2010 (Archalousová, Mastiliaková, 2006, 2007, 2009), ale i odborná jednání zástupců profesí, profesních sdružení, vzdělavatelů a dalších.

## 1.2 Ošetrovatelství jako poznatková základna pro ošetrovatelskou praxi

Ošetrovatelství zahrnující ošetrovatelskou péči je jednou z nejrozšířenějších činností ve společnosti lidí. Její význam je ohromný, neboť pečuje o člověka zdravého i nemocného, od počátku narození, vlastně již před narozením, kdy pečuje o budoucí maminku a nenarozené dítě. Péče pokračuje přes dětství, dospívání, dospělost, zralost, stáří až do konce života i během umírání. Právě proto plní jednu z nejrozsáhlejších úloh ve zdravotní péči.

Ošetrovatelství je aplikovaná vědní disciplína, která má vlastní teoretickou bázi poznatků a praktickou aplikaci. Jde především o praktickou disciplínu, o multidisciplinární obor, který integruje poznatky z dalších přírodních, filozofických a společenských oborů, v jejichž centru zájmu je studium člověka, lidského zdraví, společnosti a prostředí (Kozierová a kol., 1995).

Ošetrovatelství je humanitní věda, jejíž teoretická základna a praxe se zakládají na vědeckých poznatcích. Jak uvádí profesorka Farkašová ošetrovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které napomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimálního biologického, sociálního, psychického a duchovního stavu (Farkašová, 2001, 2005). Ošetrovatelství má pomáhat zdravým a nemocným vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravení nebo zabezpečující pokojnou smrt. Činnosti, které by vykonávali bez pomoci, pokud by měli potřebné vědomosti, dovednosti, dostatek fyzické a duševní síly. Toto vyjádření vychází z myšlenky Hendersonové, autorky často používané definice ošetrovatelství (Kim, Kollak, 1999).

Hlavním posláním této integrované vědní disciplíny je systematické a všestranné uspokojování individuálních potřeb člověka ve zdraví i v nemoci. Ošetrovatelství lze z pohledu metaparadigmatické koncepce definovat jako nauku o uspokojování potřeb jedinců, rodin, skupin a komunit vzhledem k jejich stavu zdraví a k podmínkám prostředí. Předmětem zkoumání tedy metaparadigmatickými koncepcemi jsou především osoby, prostředí, zdraví, činnosti. Tato definice obsahuje metaparadigmatické koncepce ošetrovatelství, stejně tak jako interakce zaměřené na upokojujování potřeb. Ošetrovatelství dělí potřeby klienta na biologické, psychologické, sociální, duchovní, behaviorální, kognitivní, spirituální, proto jsou východiskem poznatky vědních oborů:

- *humanitních* – o psychosociálních, duchovních, kulturních potřebách, jde o filosofii, etiku, psychologii, sociologii, pedagogiku
- *medicínských* – o etiologii, patogenezi, projevech onemocnění, o prevenci, diagnostice a terapii.

Ošetrovatelství jako aplikovaná vědní disciplína se tak stává obsahově rozmanitá a je potřebné ji rozčlenit z hlediska jejího zaměření. Jde nyní spíše o pracovní orientaci v oboru ošetrovatelství, který je u nás mladou rozvíjející se disciplínou. Její obsahové členění se postupně vyvíjí. Půjde jistě o dlouhodobý

dynamický proces, který bude vyžadovat odborné diskuse a závěry podložené novými poznatky i ověřenými zkušenostmi. Odborná ošetřovatelská veřejnost v České republice prozatím přesně nedefinovala obory ošetřovatelství, proto zde uvádíme nástin vycházející ze současného stavu a poznatků klasifikací některých zemí (Archalousová, 2006).

Ošetřovatelství lze rozdělit na tyto obory:

**Základní obory ošetřovatelství** (teorie ošetřovatelství, dějiny ošetřovatelství, metodologie ošetřovatelství, etika v ošetřovatelství, filozofie ošetřovatelství, výzkum v ošetřovatelství)

**Aplikované obory ošetřovatelství** (interní ošetřovatelství, chirurgické, pediatrické, gynekologické, porodnické, psychiatrické, geriatrické, onkologické, ošetřovatelství v primární péči, komunitní ošetřovatelství, rehabilitační ošetřovatelství apod.)

*Ošetřovatelství jako vědní disciplína zahrnuje níže uvedené charakteristiky:*

1. Filozofii: holismus – celostní přístup k osobnosti člověka
2. Metaparadigma: předmět zkoumání – člověk, zdraví, prostředí a ošetřovatelství/ošetřovatelská činnost
3. Paradigma: teorie oboru – koncepční modely a teorie
4. Metodologii: ošetřovatelský proces
5. Výzkum a poznatkovou základnu v ošetřovatelství
6. Systém vzdělávání v ošetřovatelství
7. Ochranu profese (národní a mezinárodní profesní organizace sester a porodních asistentek)

*Definování ošetřovatelství jako vědního oboru z pohledu vybraných reprezentantek ošetřovatelství* (Kim, Kollak, 1999):

*Peplau z roku 1952* „Ošetřovatelství je významný terapeutický interpersonální proces, který působí v součinnosti s dalšími procesy, které lidem umožňují navrácení zdraví“.

*Abdellah z roku 1960* „Ošetřovatelství je služba jednotlivcům, rodinám i společnosti. Umění a věda, které formují postoje, duševní vlastnosti, zručnosti každé sestry s touhou a schopností pomáhat nemocným i zdravým lidem vyrovnávat se zdravotními problémy“.

*Henderson z roku 1966* „Jedinečnou úlohou ošetřovatelství je pomáhat nemocným či zdravým při vykonávání činností podporujících zdraví, uzdravování nebo zabezpečení klidné smrti, které by mohly tyto osoby vykonávat i bez pomoci, pokud by měly dostatek sil, vůle, znalostí, a toto dělat tak, aby jim sestra pomohla znovu získat nezávislost, jak jen to je možné“.

*Rogers z roku 1970* „Ošetřovatelství je humanistická věda zaměřená na soustavné udržování a zlepšování zdraví, prevenci onemocnění, péči o nemocné a rehabilitaci postižených. Usiluje o harmonickou interakci mezi člověkem a prostředím vedoucí k dosažení maximálního zdravotního potenciálu“.

*King z roku 1981* „Ošetřovatelství znamená vnímat, přemýšlet, dávat do vztahu, zvažovat a dávat do vztahu tvář v tvář osobám, které přicházejí do ošetřovatelských situací“.

*Leininger z roku 1984* „Ošetřovatelství jako humanistické učení, věda i umění zaměřené individuálně či skupinově na způsoby péče, úkoly, procesy zlepšení a zachování zdraví či uzdravení“.

*Roy z roku 1984* „Ošetřovatelství je vědní obor rozvíjející systém poznatků o klientovi/pacientovi. Vědecký základ poznatků ošetřovatelství jako praktické disciplíny využívá na poskytování základních služeb lidem, tj. posilování jejich schopnosti pozitivně ovlivňovat své zdraví“.



*Orem z roku 1985* „Ošetřovatelství je uvážená činnost opírající se o inteligenci a etiku sester, činnost, která zabezpečuje lidsky vyhovující podmínky a prostředí jiným osobám. Liší se od jiných služeb svým zaměřením na lidské bytosti“.

*Orlando z roku 1990* „Ošetřovatelství je unikátní směr k přímému kontaktu s klientem/pacientem v oblasti sociální i komunikativní, je to interakční proces jak klientům/pacientům poskytnout útěchu v nouzi nebo napomoci získat pocit pohody“.

*Ošetřovatelství bylo předmětem zkoumání nejenom teoretiček ošetřovatelství, ale i profesionálních sdružení, která rozpracovala jeho definice:*

**ANA** Americké sdružení sester uveřejnilo definici ošetřovatelství v roce 1980 takto: „Ošetřovatelství je diagnostika a zpracování odpovědí na skutečné či potencionální zdravotní problémy“ (Kozierová a kol., 1995).

**CNA** Kanadské sdružení sester v roce 1984 definovalo ošetřovatelství: „Ošetřovatelství a ošetřovatelská praxe znamená identifikaci a zpracování odpovědí lidí na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy. Zahrnuje vlastní výkon péče a dohled nad úlohami a službami, které přímo či nepřímo ve spolupráci s pacientem anebo osobami poskytujícími zdravotní péči mají za cíl zlepšování zdraví, prevenci chorob, úlevu při utrpení, navrácení zdraví a optimální vývoj zdravotního potenciálu, zahrnující všechny aspekty procesu ošetřování“ (Kozierová a kol., 1995).

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (WHO, 2000).

### 1.3 Filozofie ošetřovatelství

**Filozofie** - přeneseně v řeckém překladu *láska k moudrosti*, je soustava kritického uvažování o problémech bytí, světa, poznání a člověka. Teoretická filozofie zabývající se nejobecnějšími otázkami se dělí na ontologii, gnozeologii, antropologickou filozofii (Kol., 1999). Významnou roli ve filozofii mají filozofické otázky jednotlivých věd (filozofie matematiky, práva, dějin, ošetřovatelství a dalších).

Sestry vidí člověka jako úplnou celistvou bytost, ne jako souhrn procesů, fyziologických či patologických dějů. *Holismus* (z řeckého holos – celek) je filozofický směr zejména biologický – „filozofie, celku, celistvosti“. Termín holismus zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ 1926 jihoafrický politik a generál J. CH. Smuts, zemřel v roce 1950. Podle něho celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí. *Celek je neredukovatelný, nehmotný a nepoznatelný. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozdělením celkovost zanikne* (Kozierová a kol., 1995).

Celek je neanalyzovatelný, v podstatě nepoznatelný, má nehmotný charakter, je zdrojem a organizátorem skutečnosti. Celost je považována za hnací sílu vývoje, jindy za cíl (Kol., 1999).

**Holistická teorie** vidí všechny živé organizmy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje zjednodušeně vyjádřeno několik součástí:

- biologickou, tělesnou/somatickou
- společenskou (přírodní a společenské prostředí)
- kognitivní (poznávací)
- psychologickou
- emocionální
- duchovní
- spirituální
- kulturní, transkulturní
- behaviorální (jednání, chování)

Dojde-li k poruše v jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému. Zdraví člověka z holistického pohledu zahrnuje celou jeho osobnost: *celistvost bytosti a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebepojetí a duchovno* (Kozierová a kol., 1995).

**Světový názor** je souhrn postojů a přesvědčení, jimiž se řídí jedinec, skupina lidí a celá společnost ve své činnosti a ve vztahu k dané skutečnosti. **Filozofie a světový názor** se odráží v každém oboru, stejně tak v ošetřovatelství, v jeho etických normách i v koncepčních modelech a teoriích.

**Holistické teorie vzniku onemocnění** (Mastiliaková, 1999):

- Homeostatické
- Psychosociální
- Behaviorální

**Homeostatické:** porucha rovnováhy mezi fyzickou a psychickou složkou.

Mezi zastánce patří: Bernard, Canon, Selye – teorie stresu. Analyzovali Teorii stresu a její jednotlivé stresory. Popsali tzv. *GAS obecný adaptační syndrom a LAS lokální adaptační syndrom*, v jednotlivých fázích: alarm reakce, rezistence, vyčerpání.

**Psychosociální:** Ústřední myšlenkou těchto teorií je domněnka, že na vznik nemoci mají vliv nejenom faktory fyzikální, ale i psychické a sociální.

Mezi zastánce těchto teorií patří: Wolf a jeho teorie – nemoc jako způsob života, dále Lazarus – příčinou stresových situací jsou emoce, vliv CNS.

**Biobehaviorální:** spojení mezi způsobem chování, životním stylem a stresem.

Představitelé jsou: Schwarz, teorie – samoregulace odpovědnosti sám za sebe. Popsal teorie Typu A, B (společně s Friedmanem, Rosenmanem). Dále Holmes Teorie sčítajících se prožitků a Teorie „životních změn“. Rozpracovává myšlenku podpory zdraví, adekvátní reakce na stres (popisuje různé typy reakcí: deformovaná, nadměrná, nedostatečná, nevhodná) (Mastiliaková, 1999).

## 1.4 Předmět zkoumání – metaparadigma oboru

Předmětem zájmu v ošetřovatelství jsou 4 koncepty, které jsou vzájemně propojeny a tvoří základní pojmový systém (Tomey, Alligood, 2006):

- A. Zdraví
- B. Člověk a jeho potřeby
- C. Společnost/prostředí
- D. Ošetřovatelství/ošetřovatelské činnosti

**A. ZDRAVÍ** – měnící a po staletí vyvíjející se pojem, který je základním konceptem oboru ošetřovatelství. Lze říci, že až do konce 19. století bylo hlavním zájmem zdravotníků „jak nejlépe zvládnout chorobu“. Důraz na zdraví začal být kladen až v následujících stoletích. Definováním samotného pojmu zdraví se zabývala řada společností, teoretiků, odborníků i laiků.

Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO) v roce 1947 navrhla širokou definici zdraví: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne jenom chybění choroby či slabosti.“

Komise prezidenta (USA) pro zdravotní potřeby národa definovala v roce 1953 pojem zdraví: „Zdraví není stavem, ale přizpůsobením se. Není ustálené – je to proces, který přizpůsobuje individuum nejenom fyzikálnímu, ale i společenskému prostředí.“ Uvádí 4 základní prvky podpory zdraví: životní styl, biologickou podstatu člověka, prostředí, organizaci péče o zdraví.

*V koncepčních modelech a teoriích pracují jednotlivě vybrané autorky s konceptem zdraví takto (Kim, Kollak, 1999):*

*Dorothy E. Johnson:* „Zdraví je prchavý, dynamický stav ovlivňovaný biologickými, psychologickými a společenskými faktory. Zdraví se odráží v organizaci, interakci, souvztažnosti a integrovanosti subsystémů behaviorálního systému. Lidé usilují o rovnováhu v systému, ta vede k funkčnímu chování. Nerovnováha ve strukturálních či funkčních attributech subsystému vyvolává poruchy zdraví“.

*Myra Levine:* „Zdraví je determinované společensky. Je predeterminované společenskými skupinami, není pouze chyběním patologických podmínek.“

*Florence Nightingale:* „Zdraví znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly. Choroba je reparativní proces přírody v případě nedostatku či poruchy.“

*Dorothea Orem:* „Zdraví je stav individua charakterizovaný zdravým či úplným vývojem lidských struktur a tělesné i duševní funkčnosti.“

*Hildegard E. Peplau:* „Zdraví je slovní symbol pro pohyb lidské osobnosti vpřed a pro jiné lidské procesy ve směru tvořivého, produktivního, osobního a společenského života“.

*Callista Roy:* „Zdraví je stav a proces bytí a stávání se integrovaným a celistvým“.

*Martha Rogers:* „Zdraví je vyjádřením životního procesu. Zdraví a chorobu je možné považovat za behaviorální faktor vysoké a nízké hodnoty.“

**Pojímání zdraví je vysoce individuální. Na individuální definici zdraví má vliv řada faktorů:**

- Stav vývoje jedince
- Společenské a kulturní vlivy
- Předcházející zkušenosti
- Očekávání od sebe samého
- Vnímání sebe sama

Definice zdraví vyjádřená osobou ovlivňuje její chování ve vztahu ke zdraví a chorobě. Je tedy nutné pochopit pacientovo/klientovo vnímání zdraví, abychom mu mohli poskytnout co nejefektivnější pomoc při dosažení a uchování zdraví (Norton, 1999).

Ti, co poskytují zdravotnickou péči, by si měli být vědomi, že názory konzumentů zdravotní péče na zdraví se mohou lišit od názorů zdravotnických profesionálů. Výsledky výzkumu naznačují, že:

- Komunikace v oblasti zdraví by se měla poskytovat v pozitivních termínech
- Informace o zdraví poskytovaná mužům a ženám se nemusí lišit

Ukazatelé zdravotního stavu by mohly být užitečnější, kdyby se více zakládaly na stupni pohody než na stupni choroby. Mnoho lidí se domnívá, že pojmy **pohoda, blaho a zdraví** jsou synonyma. Podle jiných jde o rozdílné pojmy. Pokusíme se tedy tyto pojmy přesněji definovat a zamyslet se nad uvedenými definicemi (Butt, Rich, 2005).

Definice z roku 1989 Leddy a Proper: „Pohoda je subjektivní vnímání rovnováhy, harmonie a vitality. Podle autorů definice má pohoda určité roviny. Na nejvyšší úrovni osoba pocítuje uspokojení a uvědomuje si pozitivní přispívání.“

Podle autorů se dá stav pohody objektivně popsat a dá se změřit na rozdíl od zdraví. Zdraví podle nich zahrnuje „pohodu, nemoc, chorobu a nepřítomnost choroby jako vyvíjející se potenciál, který se nedá kvantifikovat.“

Definice blaha z roku 1959 Dunna: „Blaho je integrovaná metoda činnosti orientovaná směrem k maximálnímu potenciálu, kterého je individuum schopné v prostředí svého bytí.“

Definice z roku 1979 podle Hettlera: „Blaho je aktivní proces uvědomění a výběr směrem k vyšší úrovni pohody.“ Tato volba je ovlivňována sebekoncepcí, kulturou a prostředím jedince. Hettler hovoří o šesti dimenzích blaha:

- Fyzikální dimenze – odráží pravidelnou tělesnou činnost
- Emocionální dimenze – osoba pociťuje sebe kladně a má oduševnělý vztah k životu
- Sociální dimenze – vzájemná závislost k jiným a přírodě a rozvoj rodinné harmonie
- Intelektová dimenze – stimulující a kreativní duševní činnosti
- Pracovní dimenze – příprava na práci, která je zdrojem osobního uspokojení a obohacením života
- Duchovní dimenze – zahrnuje hledání smyslu a podstaty lidského života

Definice dle Twaddlea, 1977: „Choroba je medicínský termín, který je možné popsat jako poruchu tělesných a duševních funkcí, vyúsťující do snížené výkonnosti či zkrácení délky života.“

**Nemoc** je vysoce osobní vztah, ve kterém se osoba necítí zdravá. Může, ale nemusí být ve vztahu k chorobě. Pardone, v roce 1972, definuje nemoc jako „Stav poruchy v normálním fungování celého lidského jedince ve vztahu ke stavu organismu jako biologického systému, stejně jako osobního a společenského přizpůsobování dané osoby.“

**B. ČLOVĚK A JEHO POTŘEBY** – individuální osobnost, která je tvořena svými biologickými, psychologickými a sociálními aspekty. Pro udržení života a ochranu zdraví má své základní potřeby. Z holistického pohledu je člověk celistvá bytost, která má potřeby somatické, psychické, sociální, společenské, duchovní, emocionální, behaviorální, kognitivní, kulturní, spirituální.

Ošetřovatelské pojmání lidských bytostí je ovlivňováno ošetřovatelskými zákroky. Vědomostní základna poznatků z ošetřovatelství zahrnuje teorie a koncepční modely, které v sobě skrývají pohled na lidské bytosti (Tomey, Alligood, 2006; 2002; Kim, Kollak, 1999).

*Uvádíme pohledy vybraných teoretiků:*

**Roy:** *Člověk jako otevřený adaptační systém.* Lidské bytosti jsou otevřené systémy, které jsou ve vzájemné interakci s měnícím se prostředím (Kim, 1999). Individuum se podílí na dynamické vzájemné výměně mezi ním a prostředím, což je základem životnosti, reprodukční schopnosti, kontinuity a schopnosti překonávat změny.

Podle Royové člověk jako přizpůsobivý systém funguje jako celek. Adaptivní chování je chování osoby jako celku. Uvádí dva hlavní vnitřní podsystémy adaptačního systému: podsystém regulátora, podsystém rozpoznávatele - koordinátora. Jednotlivec používá tyto podsystémy na přizpůsobování se s vnitřními i vnějšími stimuly prostředí (George, 1995).

**Neuman:** *Lidské bytosti jsou v interakci s prostředím ve vzájemném přizpůsobování.* Tato premise nutí sestru všimnout si způsobů, kterými klient/pacient zvládá měnící se situaci. Stáhne se z prostředí? Změní prostředí nebo změni sám sebe? (Kim, 1999).

Lidé s otevřenými systémy s mnohými subsystemy. Jestliže je chápeme jako bio-psycho-sociální-duchovní bytosti, mají tyto systémy: biologický, psychologický, sociální, duchovní své podsystémy (subsystemy).

**King:** *Osoby jsou pojímány jako dynamické interaktivní systémy: osobnostní systémy, interpersonální systémy, společenské systémy.* Každý z těchto systémů má podle Kingové celou řadu příbuzných pojmů, které jsou důležité pro porozumění lidským bytostem (Kim, 1999).

**Levine:** *Člověk jako adaptační systém.* Adaptace neboli přizpůsobování. Podle Levineové je přizpůsobování proces, kterým jednatelce odpovídá na změny prostředí při zachování své osobní integrity a celistvosti. V tomto smyslu prostředím rozumíme okolní podmínky, okolnosti a vlivy působící na vývoj organismu nebo skupiny organismů. Týká se vnitřního i vnějšího prostředí (Kim, 1999).

**Rogers:** Člověk jako jednotný integrální celek s charakteristikami, které jsou více než jenom součty jednotlivých částí. Jde o *organizované energetické pole, které si soustavně vyměňuje hmotu a energii s prostředím*, což vyúsťuje do neustálé změny jednotlivých znaků. Tento systém zobrazuje člověka jako aktivní organismus, který tvoří celek v životním prostředí. Předpokládá schopnost lidí účastnit se vědomě procesu změny v silových polích životního prostředí člověka. Člověk je stále progresivní, má schopnost abstrakce, představivosti, řeči a myšlenky, vnímání a citu (Tomey, Alligood, 2006; 2002).

**Ray:** Člověk je vnímán jako spirituálně kulturní bytost. „Lidé jsou schopni víry, kreativity, uvědomění si vlastní hodnoty. Jsou schopni vytvářet a organizovat vztahy vedoucí k podpoře zdraví, vycházející z humanismu“ (Ray, 2001).

**C. PROSTŘEDÍ/SPOLEČNOST** – hmotné zajištění a zdraví podporující podmínky jsou základními prvky zdravotních opatření, která mají bezprostřední vliv na zdraví jednotlivců. Společnost vymezuje způsob, jakým je definováno zdraví a nemoc, jakým způsobem jsou organizovány dostupné zdravotnické služby. Prostředím rozumíme podmínky, okolnosti a vlivy působící na vývoj jedince, organismu nebo skupiny. Týká se to vnějšího i vnitřního prostředí, včetně společenského prostředí.

*Uvádíme charakteristiky vybraných teoretických na vývoj pojmání tohoto konceptu metaparadigma.*

**Nightingale:** Zdravé prostředí je nevyhnutelnou podmínkou účinné ošetrovatelské péče. Její snaha byla zaměřena na *prostředí*, které charakterizovala z hlediska tělesného, emočního a sociálního (Tomey, Alligood, 2002).

**Leininger:** Teorie transkulturní péče, která preferuje kulturně shodnou ošetrovatelskou péči. Vychází z předpokladu, že *kulturní péče* pomáhá uchovávat nebo získávat zdraví. Tedy poskytovat lidem rozdílných kultur kulturně specifickou a všestrannou péči v podpoře zdraví, blaha či pomoci čelit nepříznivým okolnostem, těžkostem, smrti kulturně vhodnými způsoby (Leininger, 2002).

**Ray:** Teorie byrokratické péče zahrnuje diferencovaný systém aspektů politických, ekonomických, sociálně-kulturních, fyzikálních, právních, technologických, vzdělávacích, v jejichž centru stojí *spirituálně-etická péče*. Rayová si klade otázky: „Co je přirozená péče v ošetrovatelství? Jak je současná péče přínosná pro Vás? Co Vám poskytuje?“ (Ray, 2001).

**Rogers:** Koncepce otevřeného systému Universum znamená, že energetická pole jsou nekonečná, otevřená a vzájemně se integrují (McEwen, 2002).

**King:** Jedinec funguje v sociálních systémech na základě sociálních vztahů z hlediska vlastního vnímání, které ovlivňují jeho zdraví, život, společnost, vztahy a sebe samého/já (Kim, 1999).

**D. OŠETŘOVATELSKÉ ČINNOSTI** – zahrnují komplex ošetřovatelských intervencí, které pomáhají jedinci nebo skupině osob, komunitě v podpoře a udržování takových aktivit, které přispívají ke zdraví a pohodě se zvláštním zřetelem k základním lidským fyziologickým, psychologickým, sociálním, duchovním, kulturním, behaviorálním i kognitivním potřebám.

**Orlando:** Ošetřovatelské činnosti vztahující se k dynamickému vztahu sestra-klient/pacient. Kategorizuje sesterské reakce, které jsou automatické, poradní, s profesionální disciplinovaností, systematické metodou ošetřovatelského procesu. Profesionální přístup a metoda ošetřovatelského procesu jsou posuzovány jako vyšší proces myšlení, který sestry mohou záměrně adresovat v přímém kontaktu s klientem/pacientem.

**Wiedenbach:** Její předpisová teorie rozpracovává tři koncepce na sobě vzájemně závislé: *ústřední cíl, předpis, skutečnost*. *Skutečnost* představuje prostředí a skutečnou situaci, ve které probíhají ošetřovatelské činnosti. *Skutečnost* musí zahrnovat faktory fyzické, psychické, emocionální i duchovní. *Předpis* je direktiva k činnosti, specifikuje charakter činností, jak všeobecných směřujících k ústřednímu cíli, tak dalších činností, způsobů chování v souladu s cíli. Činnosti mohou být dobrovolné, tak i nedobrovolné. *Ústřední cíl* vychází z definice kvality zdraví u klienta/pacienta, cíl je založený na individuální filosofii sestry, která je orientovaná na hodnotu a cenu jednotlivce. Je to požadovaný výsledek, který má být ošetřovatelskou činností dosažen.

**Rogers:** Dynamický charakter života dává najevo neustálou změnu charakteru a významu dat a současnou opravu rozsahu intervencí.

**Levine:** Principy zachování, konzervativní principy vedoucí k sestavování ošetřovatelských intervencí. Zachování energie, strukturální, osobní, sociální integrity.

**King:** Interakční proces vede k činnostem, které vyústí do reakcí, interakcí, transakcí (k aktivní spolupráci).

Sestry vykonávají svoji ošetřovatelskou praxi ve stále se měnících podmínkách, novými způsoby a v novém prostředí. Praxe je tedy determinována potřebami příjemců ošetřovatelství, prostředím, zákony v dané oblasti a normami profese.

*Zaměříme-li se na příjemce ošetřovatelské péče, je nutné uvědomit si používané pojmy v ošetřovatelské praxi – pacient, klient, nemocný.*

**Pacient** je osoba, která očekává nebo využívá zdravotnickou péči a terapii. Slovo *pacient* je latinského původu a znamená *trpělivost, snášení*. Nemocný člověk, který se léčí (Kol., 1999).

Pacient je tradičně označením osoby přijímající zdravotnickou péči. Lidé se stávají pacienty tehdy, kdy vyhledají pomoc v chorobě nebo potřebují chirurgický zákrok. Řada sester pojem pacient dnes již spojuje s osobou, která *většinou pasivně přijímá rozhodnutí* zdravotnických profesionálů. Sestra dnes čím dál častěji přichází do styku se členy rodiny a dalšími důležitými osobami, klade důraz na prevenci onemocnění. Čím dál více tedy pracuje se zdravými. Z tohoto důvodu sestry častěji nazývají příjemce ošetřovatelské péče klienty.

**Klient** je osoba přijímající radu nebo služby jiných, kteří jsou kvalifikovaní tyto služby poskytovat.

Termín *klient* naznačuje, že nejde o pasivní přijímání zdravotnické péče, ale o *aktivní spolupráci* v péči. To znamená, že lidé jsou zodpovědní za své zdraví. Takto je vlastně zdravotní stav klienta zodpovědností jednotlivce ve spolupráci se zdravotnickými profesionály.

**Nemocný** je osoba, která se necítí zdravá. Použijeme-li k definování pojmu *nemocný* definici nemoci, můžeme říci, že nemocný je osoba, u níž se vyvinul stav poruchy v normálním fungování celého lidského jedince ve vztahu ke stavu organismu jako biologického systému, stejně jako ve vztahu osobního a společenského přizpůsobování dané osoby.

## 1.5 Koncepční modely a teorie – paradigma oboru

Ošetrovatelství se neustále vyvíjí a reaguje na potřeby osob, jimž poskytuje péči, pomoc, radu, podporu, útěchu. Z historického pohledu jde o jednu z nejstarších činností, jejichž reprezentanti odráželi požadavky společnosti. Ošetrovatelství jako vědní obor vyžaduje neustálý rozvoj a současně poznávání ošetrovatelských koncepcí i teorií. Historicky se vědomosti využívané sestrami odvozovaly od přírodních a behaviorálních věd. Rozvoj teorie dosáhl svého vrcholu v 60. letech a ošetrovatelská věda pokročila na základě výzkumných prací sester a porodních asistentek. Teorie byly rozpracovávány, vyhodnoceny a více či méně používány v praxi. To, co se osvědčilo, je využíváno, to co již nevyhovuje, je zapomenuto.

S vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče vzniká širší potřeba holistické péče, která zahrnuje jak léčebnou, tak i ošetrovatelskou péči. Uvědomění si a respektování tohoto faktu pomohlo sestram v hledání lepších modelů ošetrovatelské péče. Základem celostní péče se stává měnící se pohled na zdraví jedince (Mastiliaková, 2003).

Filozofie, teorie a modely v ošetrovatelství, které vznikaly postupně, odpovídaly hodnotám a systémům zdravotnické péče v dobách svého vzniku. Modely ošetrovatelské péče se snaží odrážet podstatu ošetrovatelství. Cílem ošetrovatelského modelu je pomoci sestram a porodním asistentkám zkvalitnit jejich práci. Rozvoj teorie ošetrovatelství jeho paradigma – filozofií, koncepčních modelů a teorií je jedním z důležitých úkolů, před kterými stojí obor ošetrovatelství. Podrobněji se budeme filozofiím, teoriím a modelům ošetrovatelství věnovat v následujících kapitolách publikace.

## 1.6 Metodologie vědní disciplíny

Nové poznatky o metodě ošetrovatelské praxe - ošetrovatelském procesu v České republice jsou známy již více jak 20 let. V klinické praxi jej zaváděla některá pracoviště již v 90. letech minulého století, od roku 1990 se školily sestry v rámci realizace projektu HOPE apod. Od roku 1993 se začaly realizovat první kombinované univerzitní bakalářské formy studia pro sestry z praxe a ošetrovatelský proces se začal intenzivně vyučovat a ověřovat v prvních empirických šetřeních.

Univerzitní způsob teoretické i praktické výuky dospělých (podle Evropské strategie), je již zaměřen na systémový myšlenkový algoritmus v ošetrovatelství (ošetrovatelský proces), což zahrnuje osvojování si klíčových dovedností – kompetencí. Při výuce orientované na kompetence (komplexní schopnosti a dovednosti nikoli pouze jednotlivé výkony) jsou na klinických pracovištích oporou standardy, např. procesní *Standard klinické praxe – ošetrovatelský proces*.

V koncepci ošetrovatelství z roku 2004 se mimo jiné *zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací...* a dále je pak heslovitě vyjmenováno *pět základních kroků ošetrovatelského procesu*.

Od roku 2003 byl ošetrovatelský proces rozšířen o další fázi (očekávané výsledky). Americká Asociace Sester (ANA) vydala v roce 2003 nový procesní standard ošetrovatelské praxe, který má šest rozpracovaných fází: 1. Zhodnocení, 2. Diagnostika, 3. Identifikace očekávaných výsledků, 4. Plánování, 5. Realizace, 6. Vyhodnocení. Podrobněji se budeme metodologii ošetrovatelské praxe věnovat v následujících kapitolách.

V České republice byl realizován projekt, jehož cílem bylo zjistit současný stav realizace ošetrovatelského procesu českých lůžkových zdravotnických zařízení. Účastnilo se celkem 282 lůžkových zařízení, 2057 sester. Závěr z výzkumu ukázal, že metodika ošetrovatelského procesu je realizována na jednotlivých pracovištích rozdílně a v některých případech je nedostatečná (Tóthová a kol., 2009).

## 1.7 Výzkum v ošetrovatelství

Výzkum v ošetrovatelství by měl pomoci udržet a zlepšit kvalitu poskytované péče. Všichni, kdo poskytují péči, by měli mít povědomí o výzkumu. Ovšem jen část z nich bude řídit výzkumný projekt v oboru. Pro praxi je důležité, aby všechny sestry/porodní asistentky věděly, jak hledat relevantní výsledky, vhodné publikace, jak je kriticky hodnotit, aby mohly objasnit racionální podklady ošetrovatelské péče, kterou poskytují. Již v rámci profesní přípravy během studijního programu a po jeho ukončení by měly být schopny vyhledávat informace v literatuře, pokusit se o kritické hodnocení odborných knih, výzkumných článků, referátů a jiných publikací, rozhodovat, zda konkrétní publikace mají význam pro jejich odbornou praxi, identifikovat zdroje informací dostupné ve své zemi/oblasti. V rámci kvalifikačního i celoživotního vzdělávání získají povědomí o otázkách výzkumu.

*Co je to výzkum? Jaký má význam pro odbornou praxi? „Výzkum je nástroj pro porozumění a hodnocení toho, co jako sestry či porodní asistentky děláme.“* (Burnard, 1990). Podle této definice je výzkum důležitý ve vztahu k jeho účelu a využitelnosti. Zlepšuje znalosti a podporuje kritické přemýšlení o praxi. Umožňuje sestrám a porodním asistentkám zkoumat a kriticky hodnotit zavedené postupy, zkoumat efektivitu a hodnotu postupů nových nebo navrhovaných. Výsledky výzkumu mohou ovlivňovat jak vzdělávání, tak praxi.

*„Výzkum je systematický způsob kladení otázek, systematická metoda dotazování“* (Drew, 1980). V této definici je výzkum popsán jako proces. Klíčovým slovem je pojem *systematický*. Má-li výzkum přinést věrohodné výsledky, které mohou být přínosem, musí být veden důkladně a logicky. Výzkumníci především prokazují, že vzali v úvahu alternativní vysvětlení pozorovaných jevů.

*„Ošetrovatelský výzkum se soustředí na vytváření znalostí o péči o lidi ve zdraví a v nemoci. Směřuje k pochopení základních genetických, fyziologických, sociálních a behaviorálních mechanismů a dopadů na životní prostředí, které ovlivňují schopnosti jednotlivců i rodin udržet i zlepšovat negativní dopady nemocí. Klade důraz na vytváření znalostí o programech a systémech poskytujících ošetrovatelskou péči účinně a efektivně, o profesi a jejím historickém vývoji, o etickém kodexu péče a o systémech, které účinně připravují sestry a porodní asistentky naplňovat současné a budoucí společenské úkoly profese.“* (Perfiljev, 1993). *Toto je velmi široká definice rozsahu ošetrovatelského výzkumu podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která odpovídá organizaci výzkumu s mezinárodní perspektivou.*

*„Ošetrovatelský výzkum se liší v různých zemích a také v čase. Zahrnuje široké spektrum aktivit, je interpretován v různých částech světa různě a v čase se mění.“* (Hockey, 1996). Tato definice ošetrovatelského výzkumu upozorňuje na nutnost zařazení odlišností do ošetrovatelského výzkumu.

*V čem spočívá význam výzkumu pro ošetrovatelskou praxi? Výzkum je jedním ze základů dobré ošetrovatelské praxe. Někteří autoři tvrdí, že ošetrovatelství a porodní asistence by se měly stát profesemi postavenými na výzkumu. Potřeba výzkumu by se měla stát součástí myšlení každé sestry a porodní asistentky, která vykonává své povolání.*

Mezinárodní rady ICN, ICM zdůrazňují spíše tyto body:

1. výzkumníci by měli své výzkumy vztahovat ke klinické a výukové praxi
2. zpřístupňovat výsledky výzkumu
3. výzkum by měl nahlížet do budoucnosti, stavět na minulosti a zabývat se přítomností
4. šířit výsledky výzkumu a jejich využívání podporovat

Na druhé straně je nutné respektovat názory dalších výzkumníků v ošetrovatelství a porodní asistenci (Rundell, 1992), kteří varují před nekritickým přijímáním výzkumných faktů stejně tak, jako bychom se měli vyvarovat bezmyšlenkovitého provádění instrukcí nadřazených nebo se řídit tradicemi, které chápou výzkum jako chybnou aktivitu, kterou je třeba přijímat s nedůvěrou a cynismem. Tito autoři také



poznávají zvláštní nebezpečí nekritického přijímání výzkumných faktů tehdy „když výzkum podporuje naše vlastní předsudky“.

Výzkum v ošetrovatelství a porodní asistenci je podstatným přínosem pro naplňování zdravotních a sociálních potřeb lidí. Neustálý a překotný vývoj vědy v měnícím se světě zdůrazňuje potřebu výzkumu jako prostředku identifikace nových znalostí, zlepšení profesního vzdělávání a efektivního využívání zdrojů (WHO, 2002). Výzkum se stal nedílnou součástí vzdělávání. Získávané poznatky v ošetrovatelství a porodní asistenci jsou založeny na důkazech. Evidence Based Nursing/Midwifery (ošetrovatelství/porodní asistence založené na důkazech) je integrace nejlepších dostupných výsledků výzkumů, klinické zkušenosti a potřeb klienta/pacienta v kontextu dostupných prostředků.

Jednou z možností jak aplikovat „evidence based nursing/midwifery“ do praxe je používání směrnic či standardních postupů v praxi. Směrnice klinické praxe jsou systematicky zpracovaná tvrzení, která pomáhají sestřám/porodním asistentkám a pacientům při rozhodování o vhodné péči v určité klinické situaci. Je nezbytné, aby směrnice byly vědecky opodstatněné, systematicky zkoumané a hodnocené (tj. založené na důkazech) a pravidelně inovovány na základě hodnověrných výsledků nejnovějších výzkumů (Malloch, Porter-O'Grady, 2006).

### 1.8 Systém vzdělávání v ošetrovatelství a ochrana profese

Profesní vzdělávání sester a porodních asistentek podléhá rychlému společenskému vývoji a přineslo v posledních dvaceti letech řadu zásadních změn. Odborná veřejnost přijala fakt, že členské státy Evropské unie musí splňovat profesní vzdělávací standardy v ošetrovatelství a porodní asistenci. Vzdělání se strukturalizovalo a jeho kvalifikační forma přešla na vysokoškolskou úroveň.

Nedílnou součástí vzdělávání se stal výzkum. Je zastoupen v akreditovaných programech ošetrovatelství a porodní asistence. Ve strukturované (navazující) formě vzdělávání je zastoupen v širším měřítku, největší podíl zastoupení je v doktorských programech. Stejně se dostává i do forem celoživotního vzdělávání a je jisté, že postupně dochází k rozšíření poznatků v ošetrovatelství/porodní asistenci (založených na důkazech) a jejich aplikaci do klinického ošetrovatelství.

#### ***Kritické myšlení:***

*Prostřednictvím komparace poznatků jednotlivých teoretických ošetrovatelství či institucí (s odkazem na další literaturu) jsme se pokusili o přehled vybraných pohledů na základní pojmovou problematiku. Nyní se zamysleme: Co pro Vás znamená ošetrovatelství? Jak vnímáte přirozenou potřebu vědních poznatků pro praxi v ošetrovatelství? Co pro Vás znamená profesionalizace? Jak vnímáte metodologii, výzkum, systém vzdělávání, paradigma a metaparadigma oboru? Komunikujme mezi sebou o současné problematice, studujme, cestujme a všimějme si dění kolem sebe. Účastněme se konferencí, seminářů, diskutujme, hodnotme, navrhneme efektivní řešení pro ošetrovatelskou praxi.*

# 2 Poznatky metodologie v ošetrovatelské praxi

## 2.1 Metodologie v obecných pojmech

**Metodologie** - původ slova je odvozen z řeckého výrazu *methodos* a znamená sledování, stopování, postupování krok za krokem. Slovo je odvozeno od základu *hodos*, což je v překladu cesta. Souhrn metod určité vědy (Kol., 1999).

Z obecného pohledu je metodologie definována také jako vědní disciplína, která se **zabývá metodami, jejich tvorbou a aplikací**. Patří do teorie či filozofie vědy.

Pod vlivem anglosaských termínů se slovo metodologie někdy používá pro metodiku, což je použitý postup či metoda/y. Podle některých filozofů se tím ztrácí důležitý rozdíl mezi *metodami* jako nástroji vědeckého bádání a *metodologií* jako reflexí o vhodnosti či použitelnosti těchto nástrojů.

Samotné vědní disciplíny se charakterizují předmětem a metodou či metodami zkoumání. Vzhledem k rozmanitosti věd se tak rozlišuje například metodologie *společenských věd*, kde se často využívají metody kvantitativní (založené na měřeních, na sběru a kvantitativním zpracování dat) a kvalitativní (snažící se o pochopení a porozumění), metodologie *humanitních věd a filosofie*, kde hraje významnou roli analýza a hodnocení pramenů a jejich následná interpretace, metodologie *přírodních věd*, charakterizovaná induktivními postupy na základě hypotézy a experimentálních výsledků měření. Metodologie *ošetřovatelství* pracuje s metodou ošetrovatelské praxe, tou je ošetrovatelský proces, stejně tak využívá metod analýzy, syntézy, indukce, dedukce a jejich kombinací.

*Tím, že nositelky profese aplikují ošetrovatelský proces do klinické i komunitní praxe se snahou najít nejvhodnější metody ke zhodnocení zdravého i nemocného klienta/pacienta a vytvoření nové poznatkové základny hovoříme o měnící a rozšiřující se metodologii oboru. Na ošetrovatelský proces se lze dívat jako na reflexi o vhodnosti a použitelnosti jedné z metod.*

Úlohou metodologie je zejména:

- systematické vytváření, formulace a řazení metod
- kritické posouzení výhod a nevýhod různých metod, jejich možností a omezení
- diskuze vhodnosti metod pro daný účel nebo zkoumání

Metodologií jako učením o metodě se označuje soustavné kritické hledání a zkoumání metod, které se postupně rozvíjí.

Pokud hovoříme o metodickém rozvoji vědy v ošetrovatelství, je třeba si uvědomit význam jednoznačné terminologie či odborného jazyka. Velmi často se stává v praxi, že dochází k nedorozumění, které pramení právě z rozdílného pochopení významu pojmu. Setkáme se s tímto jevem na všech úrovních včetně akademické. Velmi časté je to u studentů ošetrovatelství, kdy si ještě plně neuvědomují význam pojmů, stejně tak se objevuje u zástupců profese v přímé ošetrovatelské péči, bohužel i při odborných diskuzích v akademickém prostředí. Zkušenosti ukazují, že pod jedním výrazem mohou být dva či více významů. Průběžné definování jednoznačné odborné terminologie metodologie oboru a její akceptace se stává nezbytností pro další rozvoj oboru.

### 2.1.1 Metoda, metodika, vědecká metoda

**Metoda** - původ slova z řeckého *met-hodos*, v překladu doslova "za cestou", cesta za něčím, soustavný postup vedoucí k cíli (Kol., 1999). Tedy **metoda je postup nebo návod**, jak získávat správné poznatky, je prostředek poznání. Metoda a systém tvoří podstatu vědy, přičemž systém představuje její obsahovou stránku, zatímco metoda její stránku formální. Systémem je myšlen uspořádaný celek poznatků či obsahů vědy. Naproti tomu za metodu označujeme v souladu se smyslem slova *methodos* cestu, kterou je tento celek vybudován a získán. Metodicky se zabýváme nějakou oblastí vědy, když ji systematicky, podle předem stanoveného plánu prozkoumáváme, postupně rozčleníme na jednotlivé kroky, zpracujeme, uspořádáme poznatky, analyzujeme, syntetizujeme, logicky spojíme.

V historii nalzáme zájem filozofů o diskuzi o vhodnosti a využitelnosti metod. Již dávným myslitelům byly známy metody analýzy, syntézy, indukce, dedukce, analogie. Metoda jako prostředek porovnání výsledků se stala základem rozvoje věd. Pro potřebu porozumění metodologii ošetrovatelské praxe uvádíme vysvětlení následujících pojmů: analýzy, syntézy, analogie, indukce, dedukce.

- *Analýza* - je rozbor od složeného k prvkům výstavby, rozklad celku
- *Syntéza* - je spojování, shromažďování, kdy prvky zasazujeme do širších souvislostí
- *Analogie* - od pozdějšího k dřívějšímu, poznání srovnáním
- *Indukce* - zobecnění, z jednotlivých pozorovaných případů usuzujeme obecný zákon
- *Dedukce* - odvozování od obecného k méně obecnému

Metodám a metodologii vědy se věnovalo mnoho myslitelů. Pro naši potřebu přiblížení ošetrovatelského procesu použijeme pohled Descarta. Ten vytvořil moderní ideál metody jako obecného návodu, jak získávat spolehlivé poznatky tzv. *analytickou metodu rozložení problému*. Na rozdíl od starší tradice, kde každý autor začínal znovu, analytická metoda rozložení problému na co nejjednodušší kroky, které lze spolehlivě vyřešit, dovoluje, aby jedni stavěli na předchozích poznacích druhých (Fajkus, 2005).

*Analytická metoda rozložení problému* jako vědecká metoda umožnila spolupráci stovek vědců a tím ohromný rozvoj poznání.

Metodu, kterou odvodil, formuloval Descartes ve dvou dílech - v (nedokončených) "Pravidlech pro řízení intelektu" (*Regulae ad directionem ingenii*), podruhé stručněji v "Rozpravě o metodě" (vyšlo v Praze 1992).

1. Přijímat jen to, co se mi samo představuje tak jasně a zřetelně, že o tom nemohu pochybovat.
2. Každý problém rozdělit na co nejjednodušší části, které lze bezpečně poznat.
3. Postupovat od jednoduchého ke složitějšímu v pořadí.
4. Sestavit úplné seznamy a obecné přehledy, aby bylo jisté, že jsme na nic nezapomněli (Fajkus, 2005).

Descartes je přesvědčen, že i ty nejobtížnější vědecké problémy lze takto rozložit na „dlouhé řetězce“ jednoduchých kroků, pokud se zachová jejich pořadí, postup vede k řešení (Fajkus, 2005).

**Metodika** je obecně pracovní postup (metoda) nebo nauka o metodě. Teoreticko-praktické schéma určující postup provádění odborné činnosti (Kol., 1999). Metodika v oblasti metodologie vědy je metoda vědecké práce. Metodika v oblasti pedagogiky je nauka o metodě vyučování v určitém oboru. V oblasti ošetrovatelství může být jednou z metodik nauka o metodě ošetrovatelského procesu. Pro řešení dílčích problémů mohou být v rámci nasazení metodiky uplatněny specifické postupy/metody.

**Vědecká metoda** je posloupnost nebo sada procesů, používaných při vědeckém výzkumu. Cílem je získat znalosti a vědomosti pomocí pozorování a dedukce na základě dosud známých poznatků. Přijímání nových vědeckých poznatků je založeno na konkrétních důkazech. Vědecká metoda je založena na předpokladu, že kritériem pravdivosti teorie je souhlas předpovědi s výsledky výzkumu.

Základem vědecké metody je interakce těchto kroků:

1. Pozorování a *popis* skutečnosti (vjemů, poznatků)
2. Formulace problému
3. Příprava hypotéz (návrh vysvětlení s obecnou platností, indukce)
4. Předvídání (logická dedukce z hypotéz)
5. Ověření souladu skutečnosti s předpovědí (buď aplikací předpovědi na experiment, nebo aplikací na soubor dat získaný jinak) a ověření logické správnosti předchozích kroků (Fajkus, 2005)

Za „vysvětlení“ jevu se považuje popis vztahů mezi vjemy (poznatky) pomocí pojmů rozložitelných na základní pojmy a předpoklady, které se předpokládají jako dané a dále se nevysvětlují ani nedokazují, tedy jsou neempirické a iracionální. Jednotlivé vědecké přístupy (paradigmata) se mohou lišit tím, co za takové základní pojmy a předpoklady považují (Fajkus, 2005).

## 2.2 Historický pohled na metodologii ošetřovatelství

Pojem **ošetřovatelský proces** souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetřovatelské péči, kterými se řídí lidské poznání.

Pojem *proces* představuje systém plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Z filozofického pohledu jde o zákonité, postupně na sebe navazující a vnitřně spojené změny jevů, věcí a systémů (Kol., 1999).

### 2.2.1 Filozofie Hall v ošetřovatelské praxi

Z hlediska historického pohledu na ošetřovatelský proces je vhodné seznámit se s Lydií Hall. Poprvé pojem „ošetřovatelský proces“ použila Lydia Hall v padesátých letech minulého století ve Spojených státech amerických. V roce 1955 zavedla termín ošetřovatelský proces (George, 1995).

Lydia Hall (1906-1969) využila svoji filozofii ošetřovatelství v ošetřovatelské praxi. Působila jako ředitelka Loeb Center of Nursing při Hospital the New York. Centrum řídila od jeho založení v roce 1963 až po svoji smrt. Zemřela v roce 1969. Nejvíce prací publikovala v roce 1960. V roce 1964 prezentovala svůj odborný příspěvek „Ošetřovatelství: Co je to?“ v časopise *The Canadian Nurse*, který vyvolal zájem zdravotníků. V roce 1969 proběhla bouřlivá odborná diskuse v časopise *International Journal of Nursing Studies*. Ve své práci prezentuje tři pohledy na koncepty ošetřovatelské péče: tělo - péče, nemoc - léčba, osoba - podstata. Podle Hallové funkce sestry jako pečující o klient/pacienta spočívá ve všech třech uváděných aspektech a v nich je rozdílně zastoupena.

Hall staví ošetřovatelství do profesionální úrovně a klade důraz na autonomii profese. Z pohledu výše uváděných aspektů/konceptů je autonomie sestry nejnižší v medicínské péči, tehdy, kdy je uspořádána s terapií. Vyšší autonomie spočívá v ošetřovatelské péči a v učení. Hallovou trápilo nízké postavení sester a úroveň autonomie ošetřovatelské profese. Její práce byla aplikována a využívána v Loeb Centru jako filozofie ošetřovatelské péče. Ona také jako jedna z prvních uznala profesionalitu, autonomii sestry a podporovala profesionální přístupy sester k ošetřovatelské péči. Použila metodu ošetřovatelského procesu. Její přístup vedl k výsledkům a současně rozvoji profesionálního ošetřovatelství. Práce Hallové by mohla být posuzována jako filozofie ošetřovatelství (Archalousová, 2008).

## **Pojmy modelu: tělo - péče, nemoc - léčba, osoba - podstata**

### **I. Osoba – Podstata**

Sociální vědy  
Osobnostní poznatky  
využitelné pro terapii – aspekty ošetřovatelské péče

### **II. Tělo – Péče**

Přírodní a somatické poznatky  
Somatická péče postavená na vzájemné důvěře – aspekty ošetřovatelské péče

### **III. Nemoc – Léčba**

Poznatky z terapie a patofyziologie onemocnění  
Pohled na pacienta a jeho rodinu během medicínské péče – aspekty ošetřovatelské péče (Tomey, Alligood, 2006)

Lydia Hall publikovala ošetřovatelský model v letech 1960, 1964. **Model podstaty, péče a léčby** odráží tři základní koncepty profesionální úrovně ošetřovatelství s důrazem na autonomii profese (schéma je uvedeno v obrazové příloze na straně 35).

#### **2.2.2 Přínos dalších teoretických ošetřovatelského procesu pro praxi**

Kreuterová popsala v roce 1957 tři kroky ošetřovatelského procesu: koordinování, plánování, vyhodnocení. Orlandová 1961 zahrnuje do procesu fáze: chování pacienta, reakce sestry, ošetřovatelskou činnost. Ošetřovatelský proces chápe jako interakci sestry – pacient. Také Wiendenbachová v roce 1963 popisuje tři kroky ošetřovatelského procesu: pozorování, poskytnutí pomoci, přesvědčení se o výsledku. Hendersonová v roce 1965 přirovnává ošetřovatelský proces k fázím vědecké metody. Knowlesová v roce 1967 stanovuje pět kroků v ošetřovatelské praxi: odhadni, zamysli se, rozhodni, udělej, zhodnoť (v angličtině model pěti d – discover, delve, decide, do, discriminate). Oremová v roce 1971 definuje třífázový proces: určení potřeby, plánování, vykonávání a kontrola aktivit. Royová v roce 1976 využívá šestifázový ošetřovatelský proces, doporučuje používání termínu ošetřovatelská diagnóza (George, 1995).

Použití ošetřovatelského procesu v klinické praxi se datuje k roku 1973, kdy ANA (Asociace amerických sester) uveřejnila Normy ošetřovatelské praxe a pět kroků ošetřovatelského procesu: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení (Kozierová a kol., 1995). ANA v osmdesátých letech upozorňuje na stále sílící význam očekávaných výsledků v ošetřovatelském procesu a jejich samostatnou fázi. Později vydává standard pro 6 kroků ošetřovatelského procesu.

#### **2.3 Definice, cíl, fáze ošetřovatelského procesu**

Z praktického hlediska je **ošetřovatelský proces** systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je zhodnotit zdravotní stav klienta/pacienta, jeho skutečné a potenciální problémy v péči o zdraví, diagnostikovat, stanovit plány péče, poskytnout ošetřovatelské zásahy vedoucí k uspokojení potřeb (Kozierová, 1995). Tento proces je cyklický. Ošetřovatelský proces je mezinárodním *standardem* ošetřovatelské praxe.

Z teoretického hlediska jde o *systémovou teorii* aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem (očekávanými výsledky), jinak také analyticko-syntetická metoda řešení

problému nebo myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra či porodní asistentka při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. Z teoretického hlediska jde o *metodologii* oboru ošetrovatelství (Mastiliaková, 2003).

**Cílem** ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče, jejímž základním předpokladem je uspokojení individuálních potřeb klienta/pacienta.

**Fáze ošetrovatelského procesu.** Ošetrovatelský proces se postupně vyvíjel v několika fázích. Jako čtyřfázový – posouzení, plánování, realizace, vyhodnocení. Diagnostická fáze je zahrnuta do fáze posouzení. Dále jako pětifázový – posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Šestifázový, kde je samostatně vyčleněna fáze pro stanovení očekávaných výsledků (cílů a kritérií) - 1. Zhodnocení, 2. Diagnostika, 3. Identifikace očekávaných výsledků, 4. Plánování, 5. Realizace, 6. Vyhodnocení.

Koncepce ošetrovatelství v České republice z roku 2004 stanovuje použití *metodou ošetrovatelského procesu doprovázenou řádně vedenou zdravotnickou dokumentací...* a dále je heslovitě vyjmenováno *pět základních kroků ošetrovatelského procesu*. Vývoj v oboru stále pokračuje a to rychleji než postupuje legislativa. Americká Asociace Sester (ANA) vydala v roce 2003 nový procesní standard ošetrovatelské praxe. Ošetrovatelský proces je rozšířen o novou fázi – Stanovení/identifikace očekávaných výsledků.

**Ošetrovatelský proces jako standard ošetrovatelské praxe má šest základních fází:**

1. **Ošetrovatelská anamnéza**
2. **Diagnostika**
3. **Stanovení očekávaných výsledků**
4. **Plánování**
5. **Realizace**
6. **Vyhodnocení**

## 2.4 Proces řešení problému a rozhodování

Koncepční modely a teorie jsou abstrakcemi, které se v ošetrovatelské praxi uplatňují prostřednictvím **ošetrovatelského procesu**. Tento systematický proces, podobný vědeckému procesu či procesu řešení problému zahrnuje postupné kroky.

*Při vyhledávání potřeb klientů/pacientů a jejich uspokojování je třeba si uvést teorii řešení problému a teorii rozhodování.*

Obě teorie se používají při aplikaci ošetrovatelského procesu – metody ošetrovatelské praxe. Přestože se teorie zaměřují, jde o oddělené procesy. Řešení problému klienta/pacienta vyžaduje rozhodnutí a rozhodnutí zase řešení problému. Ovšem ne všechna rozhodnutí zahrnují řešení problému.

### **Teorie řešení problému**

Lze k ní přistupovat několika způsoby:

- 1) Pokus a omyl – více přístupů, dokud se nenajde řešení. V ošetrovatelství může být tento způsob nebezpečný a může pacienta poškodit.
- 2) Intuice – jde o formu dohadu, není vhodná pro rozhodování sestry. I když výzkum ukázal, že intuice se jeví jako důležitý a oprávněný aspekt v klinickém úsudku, pokud se zakládá na vědomostech a zkušenostech. Sestra musí mít tedy nejdříve dobrou vědomostní základnu v klinické praxi. Intuitivní metoda má své místo, ovšem není metodou pro začínající sestry a studenty.
- 3) Experimentování – založená na vědomostech a výzkumu, proto je spolehlivější než ad 1), 2).

Vědecká metoda – je logickým a systematickým přístupem k řešení problémů. Sestry potřebují pro ošetřovatelskou praxi na řešení problému modifikovanou vědeckou metodu. Jedním modifikovaným přístupem je i využití metody ošetřovatelského procesu.

### **Teorie rozhodování**

Při ní se vybere nejlepší z alternativ na dosažení vytýčeného cíle. Převládat by měly tři podmínky: **svoboda, racionalita, dobrovolnost.**

- Svoboda: jedinec dělá rozhodnutí bez nátlaku jiných a má oprávnění vykonat rozhodnutí.
- Racionalita: znamená udělat nejlepší rozhodnutí v souladu s hodnotami a preferencemi osoby, která ho dělá. Znamená cílevědomost a soudnost.
- Dobrovolnost: zahrnuje dobrovolnou volbu.

**Proces rozhodování** má několik fází (různí autoři se liší), uvádíme jednu z možných verzí (Kozierová a kol., 1995):

1. Zvážení
2. Úsudek
3. Rozlišení (výběr)

Rozhodování stejně jako ošetřovatelský proces je cyklické. Všechny fáze rozhodovacího procesu se dají aplikovat na metodu ošetřovatelské praxe - ošetřovatelský proces. Nyní si pro znázornění uvedeme srovnávací tabulku.

**Tabulka 1: Porovnání etap ošetřovatelského procesu jako metody ošetřovatelské praxe s rozhodovacím procesem**

Fáze ošetřovatelského procesu	Fáze rozhodovacího procesu
Posouzení/anamnéza	Zvážení
Diagnostika	Úsudek
Očekávaný výsledek	Rozlišení
Plánování	Výběr
Realizace	Zvážení, úsudek, výběr
Vyhodnocení	Zvážení, úsudek, výběr

## 2.5 Koncepční rámce pro ošetřovatelskou anamnézu

**Ošetřovatelská anamnéza** je systematické ošetřovatelské zhodnocení/posouzení stavu zdraví klienta/pacienta, jehož výsledkem je ošetřovatelský záznam - anamnéza.

Systematické ošetřovatelské zhodnocení stavu zdraví klienta/pacienta zahrnuje sběr informací a údajů o klientovi/pacientovi popř. jeho rodině, jinými slovy o jeho neuspokojených/uspokojených potřebách (Kozierová a kol., 1995).

Tato první fáze metody ošetřovatelského procesu je považována sestrami a porodními asistentkami za jednu z *nejkvalifikovanějších dovedností*. Její kvalitní, pečlivé a podrobné sestavení podle předem promyšleného efektivního systému ovlivní další postup v poskytování ošetřovatelské péče. Sběr dat a jejich validizace je nezbytnou podmínkou pro stanovení ošetřovatelské diagnózy.

Posouzení stavu pacienta/klienta je *nepřetržitý proces, je součástí všech činností*, které sestra provádí pro pacienta/klienta nebo s ním. Posuzuje i během diagnostiky, k potvrzení přetrvávající či ukončené diagnózy, posuzuje při stanovení cílů, během plánování zásahů, při zpětné vazbě efektivity zásahů/intervencí a jejich účinnosti, při vyhodnocení výsledků a dosažení cílů. Lze říci, že všechny fáze ošetřovatelského procesu jsou závislé na přesném a komplexním sběru dat (Kozierová a kol., 1995).

Sběr dat, údajů o pacientovi/klientovi je systematický, nepřetržitý děj, předpokládající aktivní účast pacienta/klienta, popřípadě jeho rodiny. Systematickým sběrem dat se předchází opomenutí důležitých údajů. Zde se významně uplatňují *koncepční modely a teorie*, které poskytují strukturu, koncepční rámec pro sběr dat. Systematické zhodnocení klientů/pacientů podle vhodně zvoleného koncepčního rámce s naplánováním, realizací a znovu vyhodnocením ošetřovatelské péče by mělo vést ke zvýšení kvality v péči o pacienta/klienta.

**Cílem ošetřovatelského posouzení** je shromáždit co nejvíce informací o klientovi/pacientovi na identifikaci problémů, stanovení diagnózy a naplánování ošetřovatelské intervence.

Je mnoho *ošetřovatelských teorií, modelů a koncepčních rámců*, které usměrňují sběr dat prostřednictvím strukturovaných postupů, kritérií a pomůcek třídění.

**Abdellah:** navrhla klasifikační rámec 21 problémů – 1. udržovat dobrou hygienu a fyzické pohodlí, 2. podporovat optimální aktivitu, cvičení, odpočinek a spánek, 3. podporovat bezpečnost prostřednictvím prevence nehod, zranění, úrazu nebo jiného traumatu a prostřednictvím prevence zabránit infekci, 4. udržovat dobré tělesné mechanismy a zabránit odchylkám, případně je korigovat, 5. napomáhat udržení prokrvení, zásoby kyslíku pro všechny buňky těla, 6. napomáhat udržení výživy pro všechny buňky těla, 7. respektovat omezení, 8. napomáhat udržení rovnováhy tekutin a elektrolytů, 9. rozpoznat reakci těla na sníženou kondici – patologickou, fyziologickou – a kompenzovat ji, 10. napomáhat udržovat regulační mechanismy a funkce, 11. napomáhat udržovat smyslové funkce, 12. určit a přijmout pozitivní a negativní výrazy, city a reakce, 13. určit a přijmout výraz citů a organickou nemoc, 14. napomáhat udržovat vhodnou verbální a neverbální komunikaci, 15. podporovat vývoj produktivních mezilidských vztahů, 16. podporovat duchovní potřebu a vývoj, 17. vytvořit a podporovat terapeutický postup, 18. porovnat specifčnost jedince s různými fyzickými, citovými a vývojovými potřebami, 19. přijmout optimální řešení pro fyzické či emocionální omezení, 20. spolupracovat s okolím při řešení problémů vyplývajících z nemoci, 21. porozumět významu sociálních problémů jako faktorům, které způsobují nemoc, rámec byl využit pro aplikaci do interního a neurologického ošetřovatelství (Archalousová, Slezáková, 2005).

**Henderson:** třídí údaje do hodnotících prvků základní ošetřovatelské péče ve 14 aktivitách: 1. Normální dýchání, 2. Adekvátní strava a pití, 3. Vylučování, 4. Pohyb a udržování tělesné polohy (držení těla), 5. Spánek a odpočinek, 6. Výběr vhodného oděvu – oblékání, svlékání, 7. Udržování tělesné teploty v normě, adekvátní oblékání, přizpůsobení se prostředí, 8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky, 9. Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránit zranění jiných, 10. Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů, 11. Konání pobožnosti podle vlastní víry, 12. Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce, 13. Hry nebo účast



v různých formách rekreace, 14. Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví. Model byl aplikován u nás v klinické ošetrovatelské praxi (Archalousová a kol., 2004; Zvoníčková a kol., 2005), v současnosti se uplatňuje především ve výuce.

**Orem:** třídí údaje podle všeobecné potřeby sebeděže: 1. Dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu, 2. Uspokojivé funkce vylučování, 3. Rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku, 4. Rovnováha mezi samotou a společenskou interakcí, 5. Rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozcím nebezpečím, 6. Normální bytí, existence, blaho, tendence přizpůsobení se normě (Orem, 1956, 1985, 1995). Model je aplikován v ošetrovatelské praxi, v Evropě v některých německy mluvících zemích (Halmo, 2002; Archalousová, Slezáková, 2003, Žiaková, 2002).

**Roy:** klasifikační rámec vychází ze čtyř adaptačních systémů člověka: 1. Fyziologický adaptační systém – dýchání, tekutiny, výživa, vyprazdňování, aktivita, odpočinek, spánek, celková regulace (fyziologické hodnoty, smyslové vnímání, endokrinní systém), 2. Sebepojetí a sebeuvědomění – fyzikální, osobnostní, interpersonální, 3. Zvládnutí rolí – primární, sekundární, terciární role, 4. Vzájemné závislosti – závislost, nezávislost, vzájemná závislost. Model byl aplikován do rehabilitační, porodnické ošetrovatelské praxe (Archalousová, Slezáková, 2003).

**King:** koncepční rámec jako dynamický interakční systém zahrnující: 1. Osobnostní – vnímání zdravotního stavu, růst a rozvoj, vzhled, vnímání času a prostoru, 2. Interpersonální – interakce, komunikace, transakce, role, stres, 3. Společensko-sociální – autorita, síla a moc, statut a postavení, rozhodnutí. Aplikován do klinického ošetrovatelství (Archalousová, Slezáková, 2005; Šimočková, 2003; Musilová, 2001).

**Orlando:** její teorie zahrnuje rámec humánního systému s prvky subsystémů 1. biologického – kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační, endokrinní, imunitní, kosterní, svalový, nervový, kožní a další; 2. interpersonálního – sociální vztahy, socioekonomické, kulturní, interakční prvky, 3. intrapersonálního – světový názor, sebekoncepci, sebekontrolu, myšlení, paměť, vědomí, přání, informovanost, adaptaci, nábožensko duchovní prvky. Aplikován do klinického ošetrovatelství (Krankusová, 1998; Slezáková, Archalousová, 2004, 2005).

**Gordon:** sestavila 11 oblastí (vzorců/modelů) funkčního zdraví, údaje jsou shromažďovány na základě funkčního nebo dysfunkčního chování. Mezi funkční oblasti zdraví patří: 1. Vnímání a udržování zdraví, 2. Výživa a metabolismus, 3. Vylučování, 4. Aktivita a cvičení, 5. Vnímání a poznávání, 6. Spánek a odpočinek, 7. Sebepercepce a sebekoncepce, 8. Role a vztahy, 9. Sexualita a reprodukce, 10. Vyrovnávání se se stresem, 11. Duchovní hodnoty a víra. Aplikace do ošetrovatelské praxe ukázala, že jde o poměrně efektivní koncepční rámec využitelný v komunitní i klinické praxi. Navíc umožňuje systematický postup v diagnostice při analýze údajů, stanovení diagnózy (Archalousová, Slezáková, 2005). Podrobněji se seznámíme s prací Gordon a na příkladu případové studie ukážeme využitelnost koncepčního rámce pro ošetrovatelskou anamnézu.

**Leininger:** rámec pro posouzení a sběr dat s ohledem na kulturně vhodnou péči a specifikaci potřeb ve vztahu ke kultuře 1. typ A – dlouhý odhad, 2. typ B – krátký odhad (Archalousová, Slezáková, 2005).

**Zdroje dat/údajů** podle klasifikace Kozierové a kol. mohou být *primární nebo sekundární*. Pramenem primárních údajů v ošetrovatelské praxi je sám klient/pacient. Sekundárních pak významné osoby pro klienta/pacienta, zdravotničtí pracovníci, zdravotní záznamy, jiné záznamy a zprávy, literatura (Kozierová a kol., 1995).

Hlavním zdrojem dat pro sestavení ošetřovatelské anamnézy je pacient/klient se svými subjektivními i objektivními projevy.

*Subjektivní projevy* - nazývají se **symptomy** – jde o vnitřní projevy klienta/pacienta

- udává je a popisuje konkrétní osoba (např. svědění, nepohodlí, bolest, starost, obavy, strach, pocit napětí), představují klientovo/pacientovo vnímání zdravotního stavu nebo životní situace. Rovněž informace poskytnuté rodinnými příslušníky nebo jinými zdravotnickými pracovníky, sociálními pracovníky, pedagogy apod. *Pokud se získané informace zakládají více na mínění, než na faktech, považují se za subjektivní.*

*Objektivní projevy* - nazývají se **příznaky** – jde o vnější projevy klienta/pacienta

- zjistíme je pozorováním, měřením nebo srovnáním s normou (standardem), screeningovým fyzikálním vyšetřením, měřením přístroji apod. Můžeme je vidět, slyšet, hmatat, čichat (např. zápach, bledost, pláč, třes, naměřenou hodnotu krevního tlaku, pulsu, apod.)

Všechny získané informace, data a údaje je nutné zaznamenávat jasně, přehledně, věcně a systematicky do dokumentace k tomu určené.

**Metody získávání informací během ošetřovatelské anamnézy slouží ke tvorbě databáze.** Databázi rozumíme všechny základní informace o pacientovi – ošetřovatelskou anamnézu, fyzikální vyšetření, lékařskou anamnézu, lékařské vyšetření, konziliární vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a další materiály o pacientově/klientově zdravotním stavu.

***Mezi metody sběru dat ošetřovatelské anamnézy řadíme:***

*Základní metody*

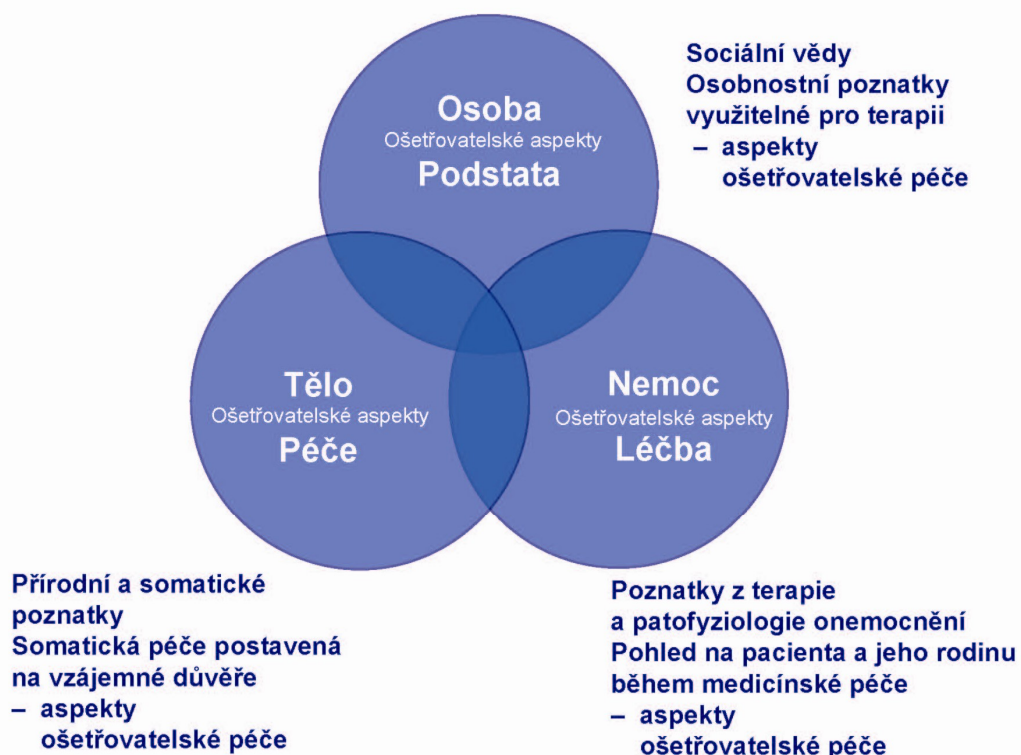
- Rozhovor
- Naslouchání
- Pozorování
- Fyzikální a screeningové vyšetření

*Doplňující metody*

- Dotazník
- Anketa
- Obsahová analýza dokumentu

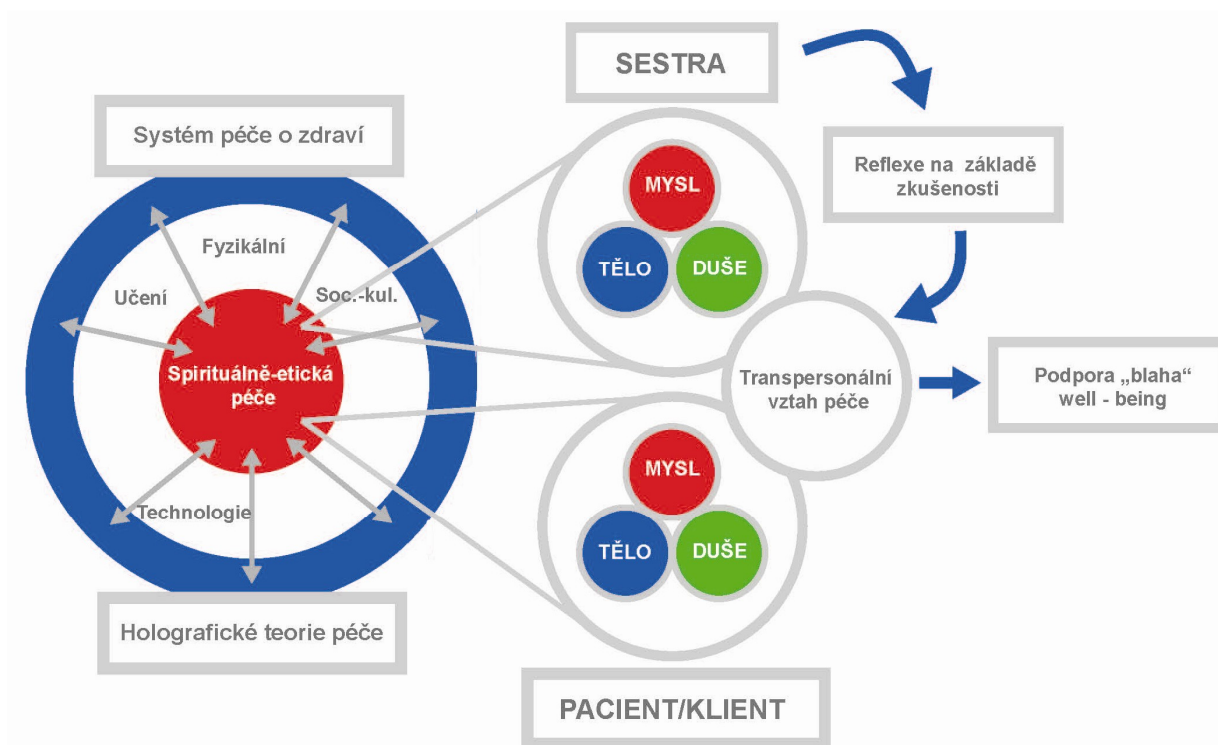
Jak ukazují desetileté zkušenosti, jedním z neefektivnějších způsobů sběru a vyhodnocení dat pro ošetřovatelskou anamnézu se ukazuje model Funkčního zdraví M. Gordon. Poskytuje metodu sběru dat pomocí standardizovaného rozhovoru v jednotlivých oblastech funkčního zdraví, metodu objektivního pozorování, fyzikálního vyšetření (Gordon, 1994). První u nás aplikovala a publikovala tento model Mastiliaková (Mastiliaková, 2003). Jeho nespornou výhodou je systematická návaznost na ošetřovatelskou diagnostiku a postup ve stanovení ošetřovatelské diagnózy (Gordon, 1994), následného plánování včetně identifikace očekávaných výsledků.

**Schéma modelu Hall „Model podstaty, péče a léčby“** (Tomey, Alligood, 2006)  
 (překlad a modifikace schématu modelu Archalousová A.)



Zdroj: Hall, L. 1964 Nursing: What is it? The Canadian Nurse

**Schéma Teorie byrokratické péče** (Tomey, Alligood, 2006)  
 (překlad a modifikace schématu Archalousová A., 2007)



Zdroj: Nevada State College Nursing Organizing Framework, Department of Nursing

## 2.6 Ošetřovatelská diagnostika v návaznosti na koncepční rámce

**Ošetřovatelská diagnostika** je myšlenkový proces, jehož výsledkem je stanovení ošetřovatelského závěru tedy ošetřovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do plánu ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská diagnostika následuje jako druhá fáze procesu, v návaznosti na systematický sběr dat podle předem promyšleného koncepčního rámce s využitím metod ošetřovatelské anamnézy.

Termín *diagnóza* vychází z řeckého slova *diagnoskein*, znamená rozlišovat. Diagnóza se obecně definuje jako:

- a) Umění určit chorobu na základě znaků a příznaků
- b) Prohlášení či závěr týkající se podstaty nějakého jevu
- c) Analýza průběhu a podstaty stavu, situace či problému

Pojem *diagnóza* se neomezuje na některou z konkrétních profesí, kvalifikuje ji její odborný charakter. Proto tedy každý, kdo provádí prohlášení či závěr o povaze stavu, jevu či problému diagnostikuje (Kol., 1999). Tedy lékař, sestra, porodní asistentka, pedagog, psycholog, ale i automechanik a další profese.

Ošetřovatelská diagnostika se objevila poprvé v 50. letech ve Spojených státech, nejstarší definici formuluje ve své práci **Abdellah** slovy „*jde o určení charakteru a rozsahu ošetřovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů nebo rodin, kterým je poskytována ošetřovatelská péče*“ (Abdellah, 1994).

I. národní konference o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz ve Spojených státech v roce 1973 přijala tuto definici: „*ošetřovatelská diagnóza je úsudek či závěr, který vzniká jako výsledek ošetřovatelského posouzení.*“

Definice ošetřovatelské diagnózy podle NANDA z roku 1990, která byla přijata IX. národní konferencí o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz v Orlande, státě Florida zní:

„*Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetřovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které je zodpovědná sestra*“ (Kozierová a kol., 1995).

**Pro ošetřovatelskou praxi je nutné pochopení rozdílu mezi obsahem ošetřovatelské a lékařské diagnózy.**

**Lékařská diagnóza** popisuje specifickou patologickou odpověď, do značné míry má uniformní charakter u různých klientů/pacientů. Popisuje chorobný proces a zaměřuje se na patologii. Skládá se většinou ze dvou maximálně tří pojmů. Má dobře vyvinutý klasifikační systém, přijatý lékařskou profesí. Je doplňkovou k ošetřovatelské diagnóze.

**Ošetřovatelská diagnóza** popisuje klientovu/pacientovu odpověď na chorobu, stav, situaci, potenciální problém. Dva klienti/pacienti mohou mít rozdílné reakce na chorobu. Je zaměřená na jednotlivce. Skládá se ze dvou nebo tří částí, zahrnuje etiologii, pokud je známá. Je doplňkovou k lékařské diagnóze.

*Pojmy používané při ošetřovatelské diagnostice je třeba specifikovat na:*

- **Potřebu**
- **Ošetřovatelský problém**
- **Ošetřovatelskou diagnózu**

**Potřeby** mají všichni lidé (fyziologické, emocionální, kognitivní, sociální, duchovní, behaviorální, spirituální apod.). Jde o jistou dynamickou sílu ve vztahu k motivaci jedince. Je obecně definována jako určitý nedostatek či nadbytek. Zdravý člověk potřeby uspokojuje sebedečností ve vzájemné interakci se svým přírodním, společenským, kulturním i duchovním prostředím.

**Lidská potřeba je něco, co je potřebné, užitečné a nevyhnutelné** (Kolierová a kol., 1995).

*Příklad: potřeba pohody, spánku, výživy, tekutin, pohybu, odpočinku, aktivity, potřeba být bez bolesti (biologická), potřeba lásky, sounáležitosti, úcty (psychická, sociální, kulturní), potřeba modlitby (spirituální), potřeba učení, znalostí, nových informací (kognitivní).*

Každý jedinec má jedinečné individuální vlastnosti, ovšem některé potřeby jsou společné všem lidem. A protože jde o potřeby lidí, hovoříme o lidských potřebách.

*Teoreticky ošetřovatelství definují potřeby různým způsobem, z různých pohledů:*

**King:** „Potřeba je stav výměny energie v organismu nebo výměny z vnějšku, který vede k behaviorálním odpovědím na situace, události a osoby.“

**Roy:** „Potřeby jsou požadavky jednotlivce, které stimulují odpovědi na udržení jeho integrity.“

**Orglando:** „Potřeby jsou požadavky, které oddalují nebo zmenšují bezprostřední pocit blaha.“

**Leininger:** hovoří o kulturních potřebách „Lidé mají právo mít své vlastní kulturní hodnoty, víru, potřeby“.

**Klasifikace lidských potřeb.** Existuje řada klasifikací lidských potřeb. Při studiu různých vědních disciplín, které se orientují na lidské bytosti, se setkáváme s mnohočetnými hledisky. Uvedeme si pouze ty, které nejčastěji využíváme v oboru ošetřovatelství z pohledu celostní filozofie a z pohledu psychologie.

*Lidské potřeby*

- *z hlediska holistické filozofie:* somatické/biologické, psychologické, sociální, kulturní, emocionální, společenské, kognitivní, behaviorální, duchovní, spirituální.
- *z hlediska psychologie:* vyšší potřeby x nižší potřeby, primární potřeby x sekundární potřeby, fyziologické (biogenní) x psychologické (psychogenní, sociogenní). Dle Henry A. Murray (1893, americký psycholog) na primární – viscerogenní x sekundární – psychogenní.

**Ošetřovatelský problém** nastává tehdy, kdy je neuspokojená určitá potřeba. Jde o stav nebo situaci, ve které klient/pacient/nemocný není schopen uspokojit svoji potřebu. Tedy vyžaduje pomoc pro udržení nebo znovunabytí zdraví (nebo podporu při klidném umírání).

*Příklad: potřeba pohybu jako základní biologická potřeba klienta/pacienta – dojde k úrazu a ke zlomenině stehenní kosti, klient/pacient je upoután na lůžko, potřeba pohybu není dostatečně uspokojena a vzniká ošetřovatelský problém. Potřeba být bez bolesti, potřeba pohodlí a pohody jako základní biologická potřeba klienta/pacienta – klient/pacient podstoupí operaci tlustého střeva, první dny po operačním výkonu má silné bolesti v břišní krajině v místě operační rány, potřeba být bez bolesti není dostatečně uspokojena a vzniká ošetřovatelský problém.*

**Ošetřovatelská diagnóza** je standardní pojmenování problému klienta/pacienta a jeho příčiny, důvodu. Jde o (celostní) **reakci** klienta/pacienta na aktuální nebo potenciální problémy, životní procesy či situace. Má svoji *příčinu vzniku (důvod, vztah k něčemu)* a *charakteristické projevy*. Hovoříme o několika složkové ošetřovatelské diagnóze (dvou, tříložkové).

*Příklad:*

**potřeba** být bez bolesti je základní biologická potřeba – **ošetřovatelský problém** klienta/pacienta, který podstoupil operaci tlustého střeva, první dny po operačním výkonu: klient/pacient má silné bolesti v břišní krajině v místě operační rány, potřeba být bez bolesti není dostatečně uspokojena –

**ošetřovatelská diagnóza** = standardní pojmenování ošetřovatelského problému, který má svoji příčinu a charakteristické projevy - klient/pacient vyhledává po operačním zákroku úlevovou polohu, uvádí silné bolesti břicha a jeho fyziologické funkce neodpovídají normě (tlak krevní vykazuje nižší hodnoty, dech zrychlen, subfebrilie, tachykardie), na škále bolesti klient/pacient označuje vyšší hodnoty. Diagnostický závěr: Bolest ve vztahu k operační ráně projevující se verbalizací, vyhledáváním úlevové polohy, změnou vitálních funkcí, hodnotící škála na stupni 6.

**Diagnostický proces** je analyticko-syntetický postup myšlení. Analýza znamená rozdělení celku na jeho části a syntéza je složení do celku (Kozierová a kol., 1995).

**Fáze ošetřovatelské diagnostiky – diagnostický proces:**

- Analýza a uspořádání údajů
- Zjištění problému, rizik, pozitiv
- Formulace ošetřovatelské diagnózy
- Ošetřovatelský/diagnostický závěr

**Analýza** - analyzujeme získané informace a určíme odlišnosti stavu zdraví od normy nebo očekávaných výsledků (určíme abnormality), které upozorní na problém nebo riziko rozvoje problému. Při zpracovávání údajů postupujeme systematicky podle předem stanoveného postupu. Analýza – rozbor, rozdělení, opakem je syntéza – sloučení, složení do celku.

*Potřebné kognitivní dovednosti sestry k analýze:* objektivita, kritické myšlení, být schopen udělat rozhodnutí, vědomost o vlastních hodnotách a názorech.

**Analýza a zpracování údajů probíhají v těchto fázích:**

- *Uspořádání údajů* – důležitým předpokladem přesné analýzy je předchozí sběr dat podle koncepčních rámců (vycházející z koncepčních modelů, teorií, filozofií), které ulehčí kategorizaci informací (například použijte model Funkčního zdraví podle **Gordon**, kulturní model podle **Leininger** u klientů/pacientů rozdílné kultury, efektivně zvolený a ověřený systém uspořádání informací). Zvolené koncepční rámce by měly být v praxi použitelné a efektivní.
- *Porovnání se standardy, normou* – porovnejte data klienta/pacienta k široké škále standardních norem, tím rozumíme modely zdraví, doporučené normy k prevenci, laboratorní hodnoty, normy vitálních funkcí, modely růstu a vývoje, normy výšky, hmotnosti a řadu dalších. Zde je třeba využít znalosti z fyziologie, psychologie, výchovy ke zdraví, sociologie a dalších disciplín. Porovnejte získané údaje se standardy a pamatujte na to „co je normální“. Uvědomte si i Vaše hledisko normy a klientovo/pacientovo hledisko normy. Hodnocení toho, co je normální může být odlišné od klientových/pacientových představ, kultury, sociálně-ekonomické úrovně, hodnot, víry i vědomostí. Snažte se o podání bližšího vysvětlení již v první fázi ošetřovatelského procesu například během rozhovoru. Předejdete tak chybnému porovnání při nepřesném získání údajů již během anamnézy. Následující porovnání s normou by pak bylo neefektivní. *Příklad: Klient/pacient uvedl odpověď na otázku o příjmu tekutin: „Můj denní příjem tekutin je normální“, sestra požádá o upřesnění údaje: „Vysvětlíte prosím, co považujete za normální?“* Tak získá konkrétní informaci, kterou v průběhu analýzy porovná s normou. Je potřebné ovšem respektovat klientovy/pacientovy interpretace v dané situaci při diagnostických závěrech. Bez jejich zvážení by mohlo dojít k nesprávné diagnóze. Klientovy/pacientovy pocity, jeho vnímání jsou významným aspektem rozhodování.
- *Seskupení údajů* – proces určující vzájemný vztah mezi fakty. Údaje se seskupují a určují se souvislosti, existence vzorců, modelů chování apod. Seskupením dat vzniká domněnka. Ta obsahuje posouzení a interpretaci.
- *Zjištění mezer a rozporů* – mezerami rozumíme chybějící informace potřebné na určení modelu dat. Mohou chybět nebo být neúplné. Rozpory jsou protichůdné informace. Příčinou rozporných údajů mohou být chyby v měření, nespolehlivé hlášení, uvedení rozporných informací klientem/pacientem apod. (Gordon, 1994).

**Zjištění problémů klienta/pacienta, zdravotních rizik, pozitivních stránek.** Abnormality nebo rizika shrneme do oddělených širších problémových okruhů. Například tělesné/somatické (s močením, s výživou, bolestí aj.), psychologické, sociální nebo kulturní (s komunikací, sebepojetím, sounáležitostí, samotou), behaviorální (přejídání, kouření) a další. Je vhodné využít koncepční systematický rámec (Dernarová, Rybárová, 2008).

**Formulace ošetřovatelských diagnóz** – v tomto konečném stádiu formulujeme příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují. Formulaci lze vyhledat v příslušném seznamu ošetřovatelských diagnóz (Taxonomie). V okamžiku, kdy zjistíme příčinný vztah, jsme připraveni na diagnostický závěr. Stanovené ošetřovatelské diagnózy musí odpovídat získaným informacím, které jsou zaznamenány v ošetřovatelské anamnéze. Standardní ošetřovatelskou diagnózu "individualizujeme" tím, že k ní připojíme důvod, vztah k (příčinu vzniku) nebo související faktory a typické projevy (určující charakteristiky): symptomy a příznaky, kterými se u konkrétního klienta/pacienta/nemocného projevuje.

**Sestavení ošetřovatelského závěru a formulace ošetřovatelské diagnózy pomocí tří složek (PES)**  
Sestra při záznamu ošetřovatelské diagnózy musí zvážit tyto oblasti (Gordon, 1994):

1. složka popisuje **problém (P)**, sestavena ze *standardního názvu diagnostické kategorie, přijatého, platně uznávaného terminologického pojmu* (pro studium lze využít taxonomií – například Taxonomie I, Taxonomie II podle Severoamerické asociace pro ošetřovatelské diagnózy, popřípadě český překlad publikace.

**Bolest, Infekce, Riziko infekce, Riziko poškození, Neznalost pojmu, Porucha soběstačnosti, Porucha spánku, Strach, Riziko úrazu**

2. složka zahrnuje **etiologii problému (E)**, složena z *příčin, důvodů a souvisejících faktorů*, které vedou ke vzniku diagnózy nebo k ní mají nějaký vztah. V novější verzi překladu NANDY jako **přispívající faktor** (NANDA, 2010 – související, rizikové faktory).

**Strach** ve vztahu k plánované operaci

**Riziko infekce** ve vztahu k (z důvodu) zavedenému permanentního katétru (1. den operace)

**Bolest** ve vztahu k operaci tlustého střeva

**Bolest hlavy** z důvodu zvýšení nitrolebního tlaku (stav po CMP 1. den)

3. složka zahrnuje **symptom (S)**, složena z *charakteristických projevů*, které se mohou projevovat v různé míře. V novější verzi překladu NANDY jako **určující charakteristika** (NANDA, 2010). Hlavní znaky a symptomy jsou ty, které musejí být přítomné na valorizaci diagnózy. Vedlejší mohou či nemusí být přítomny.

**Riziko poškození** z důvodu farmakoterapie (podávaného cytostatika) projevující se alopecií, zvracením, nauzeou.

**Bolest břicha** ve vztahu k operačnímu výkonu projevující se změnou fyziologických funkcí, verbalizací, mimikou, vyhledáváním úlevové polohy.

**Trojsložkový diagnostický závěr (PES)** obsahuje problém (P), etiologii problému (E) a pozorované znaky a symptomy (S).

Charakteristika diagnostického závěru (Kozierová, 1995):

- Je jasný a stručný
- Specifický a zaměřený na klienta/pacienta
- Vztahuje se na jeden problém klienta/pacienta
- Je přesný
- Vychází ze spolehlivých, podstatných údajů

Při stanovování diagnostického závěru pracujeme s Taxonomiemi, odbornou literaturou NANDA (Herman, 2007; NANDA, 2010).

## 2.7 Stanovení očekávaných výsledků, plánování, realizace, zhodnocení

**Očekávaný výsledek** lze definovat jako budoucí změnu směřující ke zdraví klienta/pacienta. Může odrážet návrat zdraví, udržení zdraví nebo upevnění zdraví.

Termín *výsledek* znamená *konečný produkt ne činnost, která k němu vede* (Gordon, 1994). Pro potřeby ošetřovatelské praxe jej lze dále podrobněji rozpracovat. K tomu používáme terminologických pojmů *ošetřovatelský cíl* a *výsledné kritérium*.

**Očekávaný výsledek je tedy tvořen:**

- **Cílem (cíli)**
- **Výsledným kritériem (výslednými kritérii)**

*Před stanovením očekávaného výsledku je potřebné určit priority.* **Priority** (diagnózy) mohou být rozděleny do skupin podle **vysoké, střední a nízké** důležitosti (Gordon, 1994). K určení priorit lze dospět lehčeji s použitím rámce, jakým je ošetřovatelský koncepční model či teorie. Často používaný v minulosti byl například model Maslowovy hierarchie potřeb. V současné době po ověření v praxi upřednostňujeme koncepční rámec **Gordon**. Lze samozřejmě použít podle stavu jakýkoli jiný model či teorii s ohledem na monitorované potřeby klienta/pacienta v dané situaci. Vše má své výhody i nevýhody.

*Problémy ohrožující život*, jako ztráta dechu či srdeční aktivity. Mají nejvyšší prioritu.

*Problémy ohrožující zdraví, či existující nebo hrozící*, jako akutní onemocnění nebo snížená adaptační schopnost se mohou odrazit v pozdějším vývoji jako porušení funkce. Problémy ohrožující zdraví mají většinou v tomto případě střední prioritu. Problémy rozvoje osobnosti, jako sebeúcta, nejsou na udržení života nevyhnutelné. Ale jestliže plánujeme péči o klienta/pacienta s neuspokojenými potřebami fyziologickými a vývojovými, základní/fyziologické potřeby jsou prioritní.

**Význam podílu klienta/pacienta na určení priorit** se nemá nadhodnocovat. Hodnoty klienta/pacienta mohou být odlišné od hodnot sestry a klient/pacient si může postavit priority jinak. *Například problém kouření a nadměrné výživy. Sestra vidí u problému kouření prioritu vysokou než u problému obezity. Měli by tedy společně diskutovat a problém vyřešit.* V situaci ohrožující život však iniciativu přebírá sestra.

**Priority přisuzované problémům nejsou neměnné.** Priority se musí měnit tak, jak se mění klientovy/pacientovy problémy (Kozierová a kol., 1995).

*Před určením priorit je třeba zvážit, jaké jsou, či je:*

- Klientovy/pacientovy hodnoty zdraví a názory
- Klientovy/pacientovy priority
- Prostředky dostupné sestře a klientovi/pacientovi
- Čas potřebný na ošetřovatelské strategie
- Urgentnost zdravotnického problému
- Terapeutický plán lékaře

**Vytýčení očekávaných výsledků – cílů a kritérií.** Ošetřovatelský cíl je účel na cestě ke zdraví. Je částí očekávaného výsledku. Očekávaný výsledek tak může mít několik ošetřovatelských cílů.

**Cíle** jsou širší pojmy na rozdíl od výsledných kritérií. Cíle se odvozují od závěru ošetřovatelské diagnózy. Mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé.

*Krátkodobé cíle* jsou stanovovány velmi často při hospitalizaci klienta/pacienta. Sestra rychle vyhodnotí pokroky či neúspěchy klienta před propuštěním. *Dlouhodobé cíle* se často využívají u klientů v domácím ošetření, v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech důchodců apod.



**Kritéria.** Výsledné kritérium je závěr specifických, pozorovatelných a měřitelných odpovědí klienta/pacienta. Kritéria určují, zda jsou dosaženy stanovené ošetřovatelské cíle a v konečném důsledku očekávané výsledky. Jsou nevyhnutelné pro vyhodnocovací fázi ošetřovatelského procesu. Kritérium je tedy vždy specifické a měřitelné.

*Výsledná kritéria splňují tyto požadavky:*

- Usměrnují činnost sestry a ošetřovatelského týmu
- Poskytují časové limity na plánované aktivity
- Slouží k hodnocení pokroku v cestě ke splnění stanoveného cíle
- Umožňují sestře/ošetřovatelskému týmu a klientovi/pacientovi určit, zda byl problém vyřešen

**Vztah výsledných kritérií ke stanoveným cílům.** Výsledná kritéria se odvozují od klientových/pacientových cílů a na ně se vztahují.

Uvádíme příklad stanovení očekávaných výsledků, které zahrnují cíl (několik cílů), kritéria:

Ad 1)

Ošetřovatelská diagnóza **Bolest břicha** z důvodu operačního zákroku projevující se.....

Cíl: Klient/pacient bez bolestivých projevů.

Výsledná kritéria: vitální funkce v normě, klient/pacient verbalizuje úlevu, analgetika jsou účinná, škála bolesti 0-3.

Ad 2)

Ošetřovatelská diagnóza: **Riziko poškození** ženy z důvodu protražovaného porodu, změněné involuce dělohy

Cíl: Vitální známky jsou v normě

Kritéria:

- krevní tlak nad 90/60
- teplota méně než 38 °C
- puls 60-100 za minutu, v normě

Cíl: Děloha je kontrahována

Kritéria:

- ½ prsty pod pupkem
- lochia červená nebo seriózní
- krvácení odpovídá 2. dni po porodu

Cíl: Perineum je neporušené

Kritéria:

- epiziotomie je spojena
- bez hnisavé sekrece
- hojení per primam

Všeobecně lze říci, že každému stanovenému cíli je třeba zvolit kolem 3-6 výsledných kritérií. Názory některých teoretiček se v tomto bodě rozcházejí (ani v naší zemi prozatím nemáme jasně stanovená pravidla). Vývoj výsledných kritérií je ovšem pro ošetřovatelskou praxi významný a v ošetřovatelském týmu bude hrát zásadní roli v hodnocení uspokojených (neuspokojených) potřeb klienta/pacienta, následně v hodnocení kvality poskytované ošetřovatelské péče (Archalousová, 2006).

*Sestra si tedy klade otázky:*

Jak bude vypadat stav klienta/pacienta po dosažení cíle?

Co a jak musí udělat, kolik času potřebuje apod.?

Jak správně zaznamenat výsledná kritéria?

### **Charakteristika výsledných kritérií:**

Podmět (podstatné jméno: klient, pulz, vitální funkce, pohyb, výživa)

Sloveso (označuje činnost)

Podmínky a modifikace (vysvětlení okolností, co, kdo, kdy, apod.)

*Označuje vzor, podle kterého lze hodnotit (specifikace kvality, přesnosti, času, vzdálenosti apod.)*

Podmět a sloveso se v některých dokumentech vypouští (viz příklad Ad 2) z důvodu duplicity, časového prostoru, efektivity, neboť vychází ze stanovených cílů, kde je již uvedeno.

Postupy v následujících fázích ošetrovatelského procesu – plánování, realizace a vyhodnocování vychází ze systematického přístupu ve výběru vhodných intervencí (NANDA, NOC, NIC), standardních postupů při realizaci naplánovaných zásahů/intervencí (Vorošová, 2004). V poslední fázi vyhodnocení se opět vracíme k posouzení skutečného stavu klienta/pacienta.

### **Vyhodnocení plánu ošetrovatelské péče**

V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra/porodní asistentka zjišťuje, zda u klienta/pacienta bylo dosaženo stanovených očekávaných výsledků a do jaké míry. ***Jde tedy o srovnání skutečného stavu klienta/pacienta s očekávanými výsledky (cíli a výslednými kritérii) ošetrovatelského plánu péče.***

Podle zjištěných faktů sestra/porodní asistentka rozhodne, zda má plán ošetrovatelské péče a jednotlivé ošetrovatelské intervence revidovat nebo změnit (Kozierová a kol., 1995, Mastiliaková, 2002). Průběžné hodnocení je cílevědomá profesionální činnost, jejímž prostřednictvím sestry/porodní asistentky odpovídají za poskytovanou ošetrovatelskou péči a nepokračují v neúčinných intervencích.

Předpokladem pro realizaci ošetrovatelského procesu v klinické a komunitní praxi je legislativní zakotvení a adekvátní vzdělání reprezentantů profese. Legislativní zakotvení ošetrovatelské péče jako druhu zdravotní péče je stanoveno zákonem, jako nejvyšší právní normou. Profesionální vzdělání sester, porodních asistentek znamená získání vědomostí, dovedností, zručnosti ošetrovatelských výkonů, znalostí a způsobilosti v oblasti řešení problémů, kritického myšlení, hodnocení, úsudků, komunikace, empatie, naslouchání, získání důvěry, přijetí odpovědnosti. Znalosti a dovednosti v jednotlivých fázích metody ošetrovatelského procesu jsou stanoveny příslušnými standardy. Překlad i tvorba možných standardů u nás je uveden v pracích Tothové, Mastiliakové (Mastiliaková, 2003; Tothová, 2009).

### ***Kritické myšlení:***

*Komparací poznatků jsme se pokusili o pohled na základní pojmovou problematiku ošetrovatelského procesu a jeho vývoje. Nyní se zamysleme: Co pro Vás znamená metodologie oboru? Jak vnímáte ošetrovatelský proces v praxi jako zdravotnický profesionál? Co Vám přináší? Co přináší klientovi/pacientovi? Co přináší instituci? Jak je aplikován? Je efektivní? Komunikujme mezi sebou o současné problematice ošetrovatelského procesu, navrhneme efektivní řešení pro ošetrovatelskou praxi.*

# 3 Aplikace filozofií, modelů a teorií pro ošetrovatelskou praxi

## 3.1 Význam filozofií, koncepčních modelů a teorií pro praxi

Koncepční modely a teorie jsou abstrakcemi, které se v ošetrovatelské praxi uplatňují prostřednictvím **ošetrovatelského procesu**. Tento systematický proces, podobný vědeckému procesu či procesu řešení problému zahrnuje postupné kroky, v nichž mohou být ošetrovatelské filozofie, modely a teorie zastoupeny. Dávají systémový rámec k vyhledávání a zhodnocení potřeb a stavu klientů/pacientů (Tomey, Alligood, 2006).

Pro systematické vyhledávání neuspokojených/uspokojených využívají sestry a porodní asistentky dnes ve větší či menší míře ošetrovatelské filozofie, teorie a koncepční modely. V ošetrovatelské praxi se klade stále vyšší důraz na kvalitu péče, na ošetrovatelský výzkum a použití vědeckých metod při hodnocení klienta/pacienta a jeho rodiny. Vedou se i diskuse, kterou využívat filozofii, teorii, model nebo zda používat jediný model jako standardní postup v celé zemi, či preferovat pluralitu a využívat koncepční rámce vybraných filozofií, modelů a teorií pro specifickou oblast.

*Výhody využití univerzálního modelu:* podporuje rozvoj ošetrovatelství jako profese, dá jednotný standard pro klinickou a komunitní praxi, zjednodušuje a zefektivňuje předávání informací o stavu klienta/pacienta a jeho potřebách. Všem sestřám dává společný rámec zjednodušující komunikaci, vzdělávání, výzkum (Mastiliaková, 2002). Zlepšuje pochopení role sestry v péči o zdravého i nemocného klienta (v případě funkčního modelu zdraví).

*Výhody využití rozličných modelů:* umožní pohled na jevy různými způsoby a z rozdílných hledisek, pochopení charakteru, možností a šíří poznatků v ošetrovatelství, mnohotvárnost filozofií, modelů, teorií podporuje rozvoj ošetrovatelství v celém rozsahu a potenciálu. Vyžaduje vysokou kreativitu, flexibilitu, ochotu se učit a přijímat nové poznatky, aplikovat a ověřovat je v praxi.

*Význam využití filozofií, modelů a teorií pro ošetrovatelskou praxi spočívá v tom, že:*

- shromažďují poznatky pro ošetrovatelskou praxi
- poskytují návod na sběr kompletních údajů o klientovi/pacientovi k objektivním závěrům
- koncepční rámce uspořádávají data do logických systémů využitelných pro praxi
- upozorňují na mezery v informacích
- umožňují kompletní, nepřetržité a systematické vyhledávání neuspokojených/uspokojených potřeb klienta/pacienta
- poskytují kritéria vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče o klienta/pacienta
- dávají zpětnou vazbu pro praxi, výzkum a vzdělávání

Ošetrovatelská péče je klientům/pacientům poskytována formou různých služeb a v různých zařízeních. Představa „koncepčního rámce“ filozofie, teorie, či modelu, který by z hlediska celostní ošetrovatelské péče vyhovoval všem (sestrám v praxi, managementu, pedagogům, studentům a výzkumu) začala v 90. letech minulého století nabývat na důležitosti a aktuálnosti. Dnes po dvaceti letech se ukazuje výraznější pluralita ve výběru a použití koncepčních modelů a teorií. Nyní v období snižování nákladů, zajišťování kvality péče, koncepčních změn, zůstává stále otevřená otázka v klinické a komunitní praxi. *Standardní ošetrovatelský model* nepředstavuje podrobně standardizovaný interpersonální přístup k hodnocení nebo analýze a syntéze získaných informací. Rovněž neznamená, že by profese měla mít

podrobně standardizované pojetí cílů péče a interakcí sestra-pacient/klient. Přestože různost a odlišnost je základní zásadou a právem, na konkrétní úrovni v praxi, přesto je žádoucí určitá jednota. Kde je hranice jednotného přístupu? Při řízení praxe, která má vědecký základ (teorii a metodu) by měla být také respektována pluralita a na druhé straně potřeba jednotného přístupu je důležitá.

*Profesionální odpovědnost.* Každý klient/pacient si minimálně zaslouží, aby sestra/porodní asistentka adekvátně zhodnotila jeho zdravotní stav tak, že na základě systematického postupu vytipuje nejdůležitější aktuální nebo potenciální problémy, které je nutné řešit.

Každá sestra/porodní asistentka používá při své práci „skrytý“ model. Tento „skrytý“ model tvoří její představy, které vznikly a vznikají na základě jejich zkušeností, vzdělání a jsou neustále ovlivňovány faktory každodenní praxe. Průzkumy vysokoškolských pracovišť dokládají, že přístupy v naší ošetřovatelské praxi v určitém procentu bývají nesystémové, rozptýlené, neúplné a často čerpající z koncepčního schématu, který používá medicína (Tóthová, 2009).

Systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu a potřeb musí obsahovat takovou strukturu modelu/teorie, která je sestavena na základě velmi důkladného promyšlení všech souvislostí a důsledků. V každé teorii i modelu lze uplatnit a aplikovat myšlenku do vhodného klinického a komunitního prostředí. Pokud zvolíme standardní postup, potom navržená standardní struktura modelu/teorie musí být průběžně vyhodnocována všude, kde se používá. Ošetřovatelská profese nese odpovědnost za sestavení takového modelu/teorie, který je efektivně a účelně aplikován.

### 3.2 Pojmy – koncepce, koncept, model, teorie, rámec, filozofie

**Koncepce**, pojetí je abstraktní představa, jde o obraz jevu nebo reality. *Synonymum* k pojmu koncepce je **koncept**.

**Koncept** (z latinského slova *concupere*, pojímat, počít a *conceptum*, pojaté, počaté) obecně znamená návrh, náskok, prvotní zpracování, ve filozofii pojem, představu, pojetí tématu.

Ošetřovatelství pracuje s řadou koncepcí, mezi které řadíme nejčastěji *zdraví, lidskost, pomoc, jedince, komunikaci, potřebu, prostředí, celistvost, systém*. Nejvýznamnější koncepce ovlivňují a determinují ošetřovatelství. Koncepce souhrnně tvoří *metaparadigma oboru ošetřovatelství* - předmět zkoumání oboru. Koncepční modely, teorie poskytují různé pohledy na metaparadigma.

**Model**, abstrakce, je vzor něčeho, abstraktní náčrt, přiblížení či zjednodušení reality. Abstrakce reálného objektu. Model je abstraktním vyjádřením reality, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Modely vytvářejí teoretici, vědci a profesionálové z praxe, aby vysvětlili nebo analyzovali daný jev. Například chování lidí v určitém prostředí, sociální a zdravotní potřeby osob, ošetřovatelské postupy, systémy péče o zdraví apod. (Archalousová, 2003).

**Teorie** je soubor tvrzení o předmětu výzkumu, která považujeme za pravdivá. Vyžaduje se, aby předmět výzkumu nebyl v rozporu s dosavadními zkušenostmi a výsledky experimentů. Teprve, když je podán důkaz, že jediné dané vysvětlení odpovídá faktům, nabývá hodnoty teorie. Opakem teorie je praxe, empirie. Výsledky pozorování a experimentu jsou přitom nezávislé na teorii. Právě podobné výsledky slouží k potvrzení pravdivosti teorie (verifikaci). *Ošetřovatelské teorie* lze definovat jako relativně specifický a konkrétní soubor pojmů a tvrzení, který má za cíl vysvětlit nebo charakterizovat jevy, které jsou předmětem zkoumání v oboru ošetřovatelství (Archalousová, 2003).

**Rámec** je základní struktura, obecně souhrn jevů, věcí majících něco společného, vzájemně souvisejícího, vytvářejícího okruh.

**Koncepční rámec** je soubor koncepcí a výpovědí, které spojují koncepce do smysluplných konfigurací (Kozierová a kol., 1995).

Je tedy způsob, jak se dívat na disciplínu v jasných a srozumitelných pojmech. Rámec nezahrnuje jen koncepce, ale i propozice, které vyjadřují vztahy mezi koncepcemi.

*Koncepční osnova* u každé teoretický ukazuje metaparadigmatické koncepce z jiného úhlu pohledu.

**Koncepční model** dává jasnou a přesnou orientaci na praxi, vzdělání a výzkum (některé teoreticky uvádí i řízení, jiné jej považují za součást prvních tří). Koncepční modely jsou rámce referencí. Zahrnují pouze ty koncepce, které autor modelu považuje za potřebné a přispívající k pochopení.

**Filozofie** z řeckého slova *filein* a *sofia*, znamená (*filein*, mít rád, toužit po něčem a *sofia*, moudrost, zdatnost) je soustavné, racionální a kritické zkoumání skutečnosti, světa a člověka. Hledání poznání, smyslu života, způsobu života. Není definitivní odpovědí.

### 3.3 Klasifikace prací teoretiků ošetřovatelství

Práce teoretiků ošetřovatelství lze charakterizovat jako **evoluční ošetřovatelské teorie** z pohledu historického vývoje, dále jako filozofie, ošetřovatelské modely, ošetřovatelské teorie, ošetřovatelské teorie středního rozsahu (Tomey, Alligood, 2006).

Základním rozlišením je **úroveň abstrakce**. Konceptní model je abstraktním systémem příbuzných koncepcí. Teorie je založena na konceptním modelu, svým rozsahem je omezená. Většina oborů má jediné metaparadigma, ale více konceptních modelů. Každý konceptní model může mít několik teorií.

Rozdílné chápání koncepce metaparadigmatu - předmětu zkoumání člověka, zdraví, prostředí, ošetřovatelské činnosti sebou přináší výsledky z odlišných úhlů pohledu. Zastánci různých modelů mohou používat stejné pojmy, ale v některých oblastech vidí různé věci v jiných vzájemných vztazích. Tito zastánci určitého konceptního modelu tvoří subkulturu nebo společenství odborníků v rámci oboru. Konceptní model mapuje a třídí činnost svých zastánců, a proto odlišuje jednu skupinu výzkumníků, klinických praktiků pedagogů, řídicích pracovníků od druhé (Archalousová, Kohoutová a kol., 2011).

Každá vzniklá teorie, model, filozofie nese jméno osoby či skupiny osob, které ji vytvořily. Pro přehlednou orientaci byl zpracován přehled v tabulce 2.

**Tabulka 2: Klasifikace filozofií, konceptních modelů, teorií v přehledu**

<p><b><i>Ošetřovatelské teorie z pohledu historické klasifikace</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hildegard E. Peplau</li> <li>• Faye Glenn Abdelah</li> <li>• Ernestine Wiedenbach</li> <li>• Lydia Hall</li> <li>• Virginia Henderson</li> <li>• Joyce Travelbee</li> <li>• Kathryn E. Barnard</li> <li>• Evelyn Adam</li> <li>• Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney</li> </ul>
<p><b><i>Filozofie</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Florence Nightingale: Moderní ošetřovatelství (Modern Nursing)</li> <li>• Jean Watson: Filozofie a věda v péči (Philosophy and Science of Caring)</li> <li>• Marilyn Anne Ray: Teorie byrokratické péče (Theory of Bureaucratic Caring)</li> <li>• Patricia Benner: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice)</li> <li>• Kari Martinsen: Filozofie péče (Philosophy of Caring)</li> <li>• Katie Eriksson: Teorie péče (Theory of Caritative Caring)</li> </ul>

### **Modely ošetřovatelství a velké teorie**

- Myra Estrin Levine: Konzervativní model
- Martha E. Rogers: Univerzálního lidského bytí
- Dorothea E. Orem: Deficit sebezpečí (Self-Care Deficit Theory of Nursing)
- Imogene King: Interakčních systémů
- Betty Neuman: Systémový model
- Sister Callista Roy: Adaptační model
- Dorothy E. Johnson: Behaviorální systémový model
- Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: Ošetřovatelství a péče: Model pro transformaci praxe

### **Teorie ošetřovatelství**

- Ida Jean Orlando: Teorie ošetřovatelského procesu. Interakční dynamický proces
- Nola J. Pender: Model prevence zdraví
- Madeleine Leininger: Teorie kulturní péče
- Margaret A. Newman: Zdraví
- Rosemarie Rizzo Parse: Stávati se lidským
- Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling a role modelingu
- Gladys L. Husted, James H. Husted: Symfonologicko bioetická teorie

### **Střední teorie ošetřovatelství**

- Ramona T. Mercer: Přijetí mateřské role – stávati se matkou
- Katharine Kolcaba: Teorie komfortu
- Kristen M. Swanson: Teorie péče
- Cheryl Tatano Beck: Teorie poporodní deprese
- Pamela G. Reed: Transcendentní teorie
- Teorie M. H. Miscel, Barker, Wiener, Dodd, Ruland, Moore a dalších

Ve filozofiích, teoriích i koncepčních modelech se odráží humanismus. Humanismus jako jeden z hlavních principů péče o člověka. Teoreticky ošetřovatelství zdůrazňují v různém rozsahu principy humanismu.

**Humanismus** směr zabývající se atributy a charakteristikami, které se považují za lidské. Některé z nich jsou univerzální a vyskytují se ve všech kulturách. Příklady humanistických projevů: soucit, empatie, lítost, milosrdenství, úcta k životu, pomoc, respekt. Humanismu se věnuje zvýšená pozornost v oboru ošetřovatelství. Jde především o odpověď na technický pokrok pronikající do ošetřovatelské praxe (Ray, 2001; Tomey, Alligood, 2006). Humanismus se týká v současném ošetřovatelství postojů a přístupů ke klientovi/pacientovi a jeho blízkým. Je třeba v nich vidět lidské bytosti s lidskými potřebami.

Sestra/porodní asistentka s humanistickým přístupem k ošetřovatelské práci bere do úvahy všechna známá fakta o klientovi/pacientovi, myšlenky, pocity, hodnoty, zkušenosti, náklonnosti, touhy, chování,

somatické potřeby. Tento humanistický přístup lze vyjádřit jako pochopení a čin. Pochopení vyžaduje schopnost naslouchat a vnímat pocity jiných a čin vyžaduje schopnost odpovědět, tedy reagovat otevřeně a srdečně s cílem vyvolat pocit blaha.

Mezi humanistické teorie a modely lze uvést práce Leininger, Rogers, Johnson, Parse, Kolčava, Barker a filozofie Nightingale, Ray, Benner, Watson a dalších.

### 3.4 Ošetřovatelské filozofie a jejich aplikace - Nightingale, Watson, Benner

Některé práce teoretiček ošetřovatelství jsou zařazeny jako **filozofie**, tedy filozofické práce. Autorky ve svých studiích hledají odpovědi, racionálně a kriticky se snaží zkoumat ošetřovatelskou problematiku, pohled na člověka, na svět, na prostředí, na zdraví, na ošetřovatelství. Není vždy jasná hranice mezi tím, zda práci zařadit jako filozofii nebo teorii.

Filozofické práce nepodávají, ani nemohou podat definitivní závěry. Mezi takové práce lze uvést práci Florence Nightingale Moderní ošetřovatelství (Modern Nursing), Jean Watson Filozofie a věda v péči (Philosophy and Science of Caring), Marilyn Anne Ray Teorie byrokratické péče (Theory of Bureaucratic Caring), Patricia Benner From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Kari Martinsen Filozofie péče (Philosophy of Caring), Katie Eriksson Teorie péče (Theory of Caritative Caring).

**Filozofie jsou teoretické práce** autorek, které se více či méně zabývají metaparadigmatickými koncepty ošetřovatelství – *osobou/jedincem, prostředím, zdravím, ošetřovatelstvím*. Filozofie hledají odpovědi na otázky jako například Co je ošetřovatelství? Co je humánní péče v ošetřovatelství? Co je přirozená péče v ošetřovatelství? Co je etické v ošetřovatelské péči? Co znamená byrokratická péče v ošetřovatelství? Co je podstatou přirozené péče? A řadu dalších.

Mezi známé autorky filozofických prací, které reprezentují složitost filozofických pohledů na ošetřovatelství lze zahrnout práce **Nightingale, Watson, Benner, Ray**.

**Nightingaleové filozofie ošetřovatelství.** Její známá filozofická otázka *Co je ošetřovatelství? Co je a co není?* Ve své práci hledá odpovědi na tyto otázky, adekvátně ke své době a prostředí, ve kterém žila a pracovala.

**Watsonové filozofie ošetřovatelství.** Její práce *Ošetřovatelství – filozofie a věda v péči* odráží principy humanistické péče v aplikaci na ošetřovatelskou praxi, vztah sestry - pacient.

**Bennerové filosofie ošetřovatelství.** Odráží filozofický pohled na ošetřovatelskou praxi, na znalosti v ošetřovatelství a jejich využití, pozici moci, vývoj od novicky po experta.

**Rayové filozofie ošetřovatelství.** *Teorie byrokratické péče* je filozofickou prací zahrnující pohledy na jednotlivé koncepty metaparadigmatu – zdraví, ošetřovatelství, prostředí, osobu (klienta/pacienta) v celkovém kontextu diferencovaného systému péče. Teorie byrokratické péče zahrnuje diferencovaný systém aspektů politických, ekonomických, sociálně-kulturních, fyzikálních, právních, technologických, vzdělávacích, v jejichž centru stojí *spirituálně-etická péče*.

Mezi další autory filozofických prací řadíme: **Martinsen, Eriksson**.

#### 3.4.1 Význam Teorie byrokratické péče Marilyn Anne Ray

Podrobněji je prezentována filozofie teoretičky Marilyn Anne Ray, která není zatím příliš rozšířena v našem ošetřovatelském prostředí. Prezentována na ošetřovatelské konferenci a publikována u nás byla v roce 2007 (Archalousová, 2007). Aplikována byla v rámci studentských prací na klinické ošetřovatelství velmi orientačně. Filozofie je nadčasová a pro současné dění velice aktuální, stojí za to se s ní a její autorkou blíže seznámit. Je vyučována ve studijních programech ošetřovatelství a porodní asistence.

Filozofická práce Rayové je využitelná v ošetřovatelské praxi klinické i komunitní, v oblasti vzdělávání, výzkumu v ošetřovatelství a porodní asistenci. Filozofie je aktuální na současné pojetí

ošetřovatelské péče a motivuje k využití v ošetřovatelské praxi, dává inspiraci pro ověření v našem ošetřovatelském prostředí.

Profesorka ošetřovatelství **Marilyn Anne Ray, PhD., RN., CTN**, působí jako vysokoškolský pedagog na univerzitě - Florida Atlantic University Christiane E. Lynn College of Nursing. Je jednou z předních odborníků ošetřovatelství v oblasti výzkumu a univerzitního vzdělávání sester. Je autorkou a spoluautorkou více než 60 vědeckých publikací, podílí se na mezinárodních výzkumných projektech ošetřovatelství. Její výzkumné práce jsou orientovány na *Teorii byrokratické péče* se všemi aspekty ošetřovatelské péče ve společnosti s ohledem na etnografii. Poukazuje na význam metodologie výzkumu, filozofii humanismu, syntézu teorie a koncepčního modelu. Marilyn Anne Ray se narodila roku 1938 v Hamiltonu, Ontariu v Kanadě ve velké rodině s šesti dětmi. Když jí bylo 15 let, její otec vážně onemocněl, byl hospitalizován a téměř zemřel. První pomoc mu tehdy poskytla sestra. Tato skutečnost Marilyn silně ovlivnila a rozhodla se, že i ona chce pomáhat ostatním a snad někdy i zachránit jejich životy. V roce 1958 ukončila ošetřovatelské vzdělání na St. Joseph Hospital School of Nursing v Hamiltonu a odjela do Los Angeles v Kalifornii. Začala pracovat v Medical Center při Univerzitě v Kalifornii v Los Angeles. Součástí tohoto pracoviště byla jednotka porodnictví, gynekologie, akutní péče a kardiologie pro děti i dospělé. Zde začala svoji profesionální ošetřovatelskou dráhu. Na pracovišti se setkala s řadou lidí z různých etnických kultur. Pracovala s afro-Američany a brzy si začala uvědomovat, jak rozdílné jsou pohledy lidí rozličných kultur z celého světa na ošetřovatelství. V roce 1965 získala bakalářský titul BSN a pokračovala v navazujícím magisterském studiu (MSN) v oblasti Maternal-Child Nursing, porodnicko-pediatrickém ošetřovatelství na University of Colorado, School of Nursing. Tam se poprvé setkala s doktorkou Madeleine Leininger, tehdy první sestrou antropologie a ředitelkou Federal Nurse-Scientist program (vědeckého programu ošetřovatelství). Vedení doktorky Leininger ovlivnilo její další profesionální dráhu. V centru jejího zájmu byla specializace v péči o hospitalizované děti z rozdílných kultur. V 70. letech se vrátila do Kanady ke své rodině. Pracovala na Fakultě ošetřovatelství University in Hamilton. Po deseti letech kontaktovala Dr. Leininger a v roce 1981 zahájila doktorandské studium. Pod vedením Dr. Leininger prováděla výzkum v rámci disertační práce. Její disertační práce byla poprvé věnována Teorii byrokratické péče. Doktorát získala v roce 1984 na University of Colorado. Dále se věnovala výzkumu ve spolupráci s americkými kolegyněmi. Hodně cestovala a přednášela na řadě zahraničních universit. Zájem profesorky M. A. Ray je orientován na výzkum, výuku a praxi. V posledních letech byl její výzkum zaměřen na problematiku rizikového těhotenství africko-amerických žen, transkulturní péči, na efektivní organizaci ošetřovatelské péče na lokální, národní i globální úrovni (Archalousová, 2007).

*Mezi základní pojmy patří:* humanismus, etika, spiritualita, byrokratická péče, přirozená péče v ošetřovatelství, profesionalita, zdraví, transkultura. *Klient/pacient* z pohledu Rayové je vnímán jako spirituálně kulturní bytost. „Lidé jsou schopni víry, kreativity, uvědomění si vlastní hodnoty. Jsou schopni vytvářet a organizovat vztahy vedoucí k podpoře zdraví, vycházející z humanismu.“ (Ray, 2001).

*Role sestry/porodní asistentky:* spirituálně-etická péče je dominantou diferencovaného systému teorie byrokratické péče. Tato dominance se stává ohniskem ve vztahu sestra-pacient. *Obsah* zahrnuje pohledy na jednotlivé koncepce – zdraví, ošetřovatelství, prostředí, osobu (klienta/pacienta) v celkovém kontextu diferencovaného systému péče. Teorie byrokratické péče zahrnuje diferencovaný systém aspektů politických, ekonomických, sociálně-kulturních, fyzikálních, právních, technologických, vzdělávacích, v jejichž centru stojí *spirituálně-etická péče*. Rayová si klade otázky: „Co je přirozená péče v ošetřovatelství? Jak je současná péče přínosná pro Vás? Co Vám poskytuje?“ (Tomey, Alligood, 2006)

**Filozofie Rayové** symbolizuje dynamickou strukturu péče. Tato struktura vymezuje dialektický vztah mezi tezí humanistické péče zahrnující aspekty sociální, vzdělávací, etické, religiozito-spirituální a antitezí byrokratické péče zahrnující aspekty ekonomické, politické, právní, technologické. Tento dialektický vztah ilustruje různorodost struktury péče. (Schéma Teorie byrokratické péče je součástí obrazové přílohy na straně 35).



**Případová studie:**

Mladý muž už ve věku 35 let, přerývají bolesti hlavy, nauzea, celková slabost, únava, kolapsové stavy. Bydlí v rodinném domku na venkově, ženatý, s manželskou má tři syny ve věku 8 let, 6 let a 2 roky. Manželka je na mateřské dovolené. Muž pracuje jako policista, do zaměstnání dojížděl. Nyní stav po chirurgickém zákroku pro drobné aneurysma arterie temporalis, následné diagnostické biopsii. Potíže přetrvávají a výrazně snížily kvalitu života, trvá pracovní neschopnost. Muž je v péči řady odborností - neurochirurgické, cévní, interní - kardiologické, oftalmologické, revmatologické, imunologické a infekční. Některá vyšetření dokonce podstoupil současně ve zdravotnických zařízeních v regionu bydliště a zdravotnických zařízeních v místě pracoviště. Některým zprávám zdravotníků příliš nerozumí. Tento stav přetrvává již deset měsíců, vyšetření jsou vyčerpávající, úzce specifická, etiologie potíží je neznámá. Hledá i alternativní možnosti pomoci, dochází mu finanční prostředky. Na všechna vyšetření většinou ambulantní dojíždí nebo ho musí někdo dovést a doprovodit. Celková situace ho traumatizuje, vyřadila ho z pracovní činnosti, zájmů, sportu, řízení vozidla, péče o dům a zahradu, přerušil studium, které si v rámci zvýšení kvalifikace doplňuje. Stav má dopad na sociální, ekonomickou situaci rodiny.

**Tabulka 3: Možný koncepční rámec pro ošetřovatelské zhodnocení zahrnující aspekty Teorie byrokratické péče**

Aspekty péče	Současný stav	Potřeba/Problém
<i>Politické</i>		
<i>Ekonomické</i>		
<i>Sociálně-společenské</i>		
<i>Kulturní</i>		
<i>Fyzikální</i>		
<i>Právní</i>		
<i>Technologické</i>		
<i>Vzdělávací</i>		
Komplexní péče		
Spirituálně etická péče		

**Kritické myšlení:**

1. Jaký přínos má péče pro klienta/pacienta?
2. Jak se cítí klient/pacient v systému poskytované péče?
3. Co mu přinesla péče ve vztahu k jednotlivým aspektům – sociálním, fyzikálním, společenským, ekonomickým, právním, vzdělávacím, technologickým, politickým?
4. Co rozumíme v tomto případě přirozenou péčí v ošetřovatelství?
5. Jaký přínos má systém pro společnost?
6. Jaké prvky byrokratické péče sebou přináší systém ve vztahu ke klientovi/pacientovi?
7. Jak může pomoci sestra klientovi/pacientovi?
8. Jakými prostředky lze klienta/pacienta podpořit?

### 3.5 Ošetřovatelské modely a jejich aplikace (Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers, Roy)

**Model** je abstraktním vyjádřením reality, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Modely vytvářejí teoretici, vědci a profesionálové z praxe, aby vysvětlili nebo analyzovali daný jev. Například chování lidí v určitém prostředí, sociální a zdravotní potřeby osob, ošetřovatelské postupy, systémy péče o zdraví. Mezi autory koncepčních modelů uvádíme **Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers, Roy**.

**Johnsonové Behaviorální systémový model** je tvořen sedmi subsystemy shromažďování, úspěchu, závislosti, agresivity, vylučování, příjmu potravy, sexuality. Všechny subsystemy spolu navzájem souvisí a tvoří základní koncepční rámec.

**Kingové Model interakčních systémů** zahrnuje osobnostní systém, interpersonální systém, společenský systém. Jedinec funguje v sociálních systémech na základě sociálních vztahů z hlediska vlastního vnímání.

**Levineové Konzervativní model** čtyř konzervativních principů, které obsahují zachování energie, strukturální integrity, osobní integrity, sociální integrity.

**Neumanové Systémový model** systém osoby je otevřený ve vzájemném působení s prostředím, obsahuje centrální jádro – základní strukturu, linii rezistence, normální linii, flexibilní linii.

**Oremové model Deficit sebepéče.** Přirozená schopnost jedince o sebe pečovat, sebepéče je zaměřena na základní oblasti - příjem potravy, vody, vzduchu, vylučování, činnost a odpočinek, samota a společenská interakce, bezpečí a nejistota, bytí, blaho – tvoří základní koncepční rámec.

**Rogersové Model univerzálního lidského bytí** koncepce otevřeného systému Univerza, tvořeného energetickými otevřenými poli, vzájemně integrujícími.

**Royové Adaptační model** zahrnuje čtyři adaptační způsoby založené na fyziologických potřebách, sebekoncepci, funkčních rolích, vzájemné závislosti.

#### 3.5.1 Výsledky studie aplikace modelů podle specifík ošetřovatelské péče

Rozsah a specifiku aplikace filozofií, modelů a teorií lze dokladovat na výsledcích rozsáhlého výzkumu v ošetřovatelské praxi.

V oblasti ošetřovatelských modelů předkládáme výsledky výzkumu zaměřeného na využití *koncepčních modelů a jejich teorií* v ošetřovatelské praxi. Šetření proběhlo ve Spojených státech amerických. Jednalo se o rozsáhlou studii, která měla zhodnotit aplikaci koncepčních rámců v ošetřovatelské praxi u modelů Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers, Roy a najít nejvhodnější využití pro specifickou péči. Studie probíhala třicet let za podpory Americké asociace sester ANA (American Nurses Association), která její výsledky prezentovala (Alligood, 2006). Autorky rozsáhlého výzkumu zvolily 3 cesty šetření vhodnosti aplikace modelů: 1. oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na specifika zdravotní péče; 2. oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na vývoj jedince, typ poskytované péče, úroveň zdraví; 3. oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na roli, typ ošetřovatelské intervence. Pro praktické využití a inspiraci na naše prostředí ošetřovatelské péče se lze zorientovat v níže uvedených přehledech (Tomey, Alligood, 2006).

**Tabulka 4: Oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na specifika zdravotní péče**

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Akutní péče						#	
Rakovina u adolescentů							#
Diabetes u dospělých		#			#		
AIDS management	#			#		#	#
Alzheimerova choroba							#
Ambulantní péče					#	#	
Úzkostné stavy, deprese		#			#		
Rakovina prsu							#
Popáleniny			#				
Rakovina			#		#	#	
Management onkologické bolesti	#						
Únava související s rakovinou					#		
Srdeční choroby		#			#		#
Kardiomyopatie							#
Chronická bolest			#			#	#
Chronický smutek							#
Kognitivní porucha				#			
Městnavé srdeční selhání			#				
Kritická péče			#	#	#	#	#
Guillain-Barré syndrom					#		
Srdeční onemocnění					#	#	
Hemodialýza	#				#		
Hypernatremie							#
Intenzivní péče				#	#	#	#
Kawasakiho choroba							#
Leukemie							#

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Dlouhodobá péče			#		#		
Lékařské nemoci		#		#		#	
Menopauza		#				#	
Neurofibromatóza		#					
Onkologie	#	#			#	#	
Ortopedie		#		#			
Osteoporóza							#
Péče o stomie					#		
Pediatric						#	
Perioperační			#		#		#
Pacienti po obrně						#	
Postanestézie							#
Po porodní							#
Posttrauma							#
Předoperační dospělí pacienti			#				
Předoperační úzkost		#			#		
Vředy			#				
Ledvinové choroby		#		#	#		
Revmatoidní artritida					#		
Schizofrenie							#
Zneužívání návykových látek		#			#	#	
Smrtelné nemoci						#	#
Pacienti na ventilátoru							#
Komorová tachykardie	#						
Hojení ran			#				

Zdroj: American Nurses Association (ANA) Nursing Facto: Today's registre nurse. Kansas City ANA, 2005, <http://www.ana.org/readroom/htm>, překlad Archalousová, 2010

**Tabulka 5: Oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na vývoj jedince, typ poskytované péče, úroveň zdraví**

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Týrané ženy					#		
Pečovatelský stres							#
Case management		#					
Císařský řez							#
Zdravé děti		#					
Psychiatrické onemocnění dětí				#			
Proces umírání						#	
Emergence		#	#	#			#
Gerontologie		#		#	#	#	#
Vysoce rizikové děti		#					
Holistická péče			#				
Bezdomovci			#				
Hospic			#		#		
Řízená péče		#		#			
Mentální zdraví	#			#	#	#	#
Novorozenci							#
Ošetřovatelská administrativa		#		#	#	#	
Ošetřování adolescentů	#	#			#		
Ošetřování dospělých		#	#	#	#	#	
Ošetřování dětí	#		#		#	#	#
Komunitní ošetřovatelství	#	#		#	#	#	#
Ošetřování seniorů		#	#	#	#	#	#
Rodinné ošetřovatelství	#	#		#		#	
Ošetřovatelství pomáhajících						#	
Ošetřování kojenců	#		#		#		#
Ošetřovatelství ve vesmíru						#	

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Ošetřovatelství jako služba (servis)						#	
Ošetřovatelství žen					#	#	
Ochrana zdraví při práci					#		
Paliativní péče							#
Těhotenská péče					#		
Psychiatrické ošetřovatelství						#	
Veřejné zdraví				#			
Zabezpečení kvality	#						
Rehabilitace			#	#	#	#	#
Poučení o rizicích				#			
Transkultura		#					

Zdroj: American Nurses Association (ANA) Nursing Facto: Today's registre nurse. Kansas City ANA, 2005, <http://www.ana.org/readroom/htm>, překlad Archalousová, 2010

**Tabulka 6: Oblasti využití ošetřovatelských modelů s ohledem na roli ošetřovatelské intervence**

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Kojení				#			#
Zásahy v komunitě						#	
Poradenství						#	
Rodinná terapie		#		#			
Skupinová terapie		#				#	#
Výchova ke zdraví						#	
Humor						#	
Obraznost, představivost						#	
Intencionalita						#	
Předávání znalostí						#	
Smích						#	

Oblasti praxe	Johnson	King	Levine	Neuman	Orem	Rogers	Roy
Vedení		#		#			
Životní rozdíly						#	
Životní bilance						#	
Aktivita, pohyb						#	
Výživa				#	#		
Rodičovství		#		#			
Relaxace					#		
Duchovní intervence						#	

Zdroj: American Nurses Association (ANA) *Nursing Facto: Today's registre nurse*. Kansas City ANA, 2005, <http://www.ana.org/readroom/htm>, překlad Archalousová, 2010

### 3.6 Ošetřovatelské teorie a jejich aplikace (Mercer, Leininger, Orlando, Parse, Newman)

**Ošetřovatelské teorie** jako relativně specifický a konkrétní soubor pojmů a tvrzení, který má za cíl vysvětlit nebo charakterizovat jevy, které jsou předmětem zkoumání v oboru ošetřovatelství. V ošetřovatelství se setkáváme s velkými teoriemi, s teoriemi středními nebo malými, dílčími.

Velké i střední teorie se objevují v ošetřovatelské literatuře a jasně demonstrují rozdíly mezi koncepčními modely a teoriemi. K nejznámějším autorům teorií řadíme: **Orlando, Pender, Newman, Parse, Leininger, Erickson, Tomlin, Swain, Husted, Mercer**.

Mezi *velké teorie ošetřovatelství* patří: Ida Jean Orlando: Teorie ošetřovatelského procesu. Interakční dynamický proces; Nola J. Pender: Model prevence zdraví; Madeleine Leininger: Teorie transkulturní péče; Margaret A. Newman: Zdraví, Rosemarie Rizzo Parse: Stávat se lidským; Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling a role modelingu; Gladys L. Husted, James H. Husted: Symfonologicko bioetická teorie.

Mezi *střední teorie ošetřovatelství* řadíme: Ramona T. Mercer: Přijetí mateřské role – stávat se matkou; Katharine Kolcaba: Teorie komfortu; Kristen M. Swanson: Teorie péče; Cheryl Tatano Beck: Teorie poporodní deprese; Pamela G. Reed: Transcendentní teorie; Teorie M. H. Miscel, Barker, Wiener, Dodd, Ruland, Moore a další.

Známou a využívanou teorií v našem ošetřovatelském prostředí je teorie Madeleine Leiningerové. Řada vysokoškolských pracovišť u nás se podrobněji zabývala problematikou transkulturní ošetřovatelské péče, prováděla výzkumná šetření a v této oblasti publikovala (Špirudová, 2002, Mastiliaková, 2003, Archalousová, 2003-5, Sedláková 2007 a další). Teorie se využívá ve vzdělávání a je častým tématem závěrečných prací studentů. Její aplikace v klinickém prostředí je významná při komplexním posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta z rozdílné kultury. Dále byla využívána teorie Idy Jean Organdové (Archalousová, 2005, Kalátová 2007). Ze středních teorií ošetřovatelství byla u nás rozšířena a byla aplikována teorie Mercerové Přijetí mateřské role – stávat se matkou (Archalousová, 2010, Sedláková, Kalátová, 2008).

### 3.6.1 Význam teorie Madeleine Leininger pro ošetřovatelskou praxi

**Madeleine Leininger**, PhD, LHD, DS, RN, CTN, FRCNA, FAAN, LL profesorka ošetřovatelství. Vzdělání v ošetřovatelství získala v St. Anthony's School of Nursing v Denveru, kde dokončila studium v roce 1948. O dva roky později získala bakalářský titul na Benedictine College v Atchisonu. V roce 1953 pak obdržela magisterský titul na Katolické univerzitě ve Washingtonu. Po dalších dvanácti letech dosáhla úrovně PhD v oboru antropologie na univerzitě v Seattlu. Studovala, publikovala, přednášela, učila sestry z praxe a za tuto svou společensky významnou aktivitu se stala nositelkou ocenění LhD (Doctor of Humane Letters – uděluje se za významný přínos v oboru humanitních věd). Doktorka Leiningerová je zakladatelkou disciplíny oboru ošetřovatelství známé jako *transkulturní ošetřovatelství*. Stala se profesorkou ošetřovatelství a antropologie. Pracovala jako ředitelka Střediska zdravotnického výzkumu. Je autorkou řady prací, z nichž uvádíme nejznámější: *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. (1991), *The caring imperative in education* (1990), *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices* (1995, 2002). Z pohledu vývoje transkulturního ošetřovatelství - koncepci transkulturního ošetřovatelství jako samostatného odvětví oboru začala formulovat v 50. letech během přípravy své doktorské práce v antropologii, rozpracování pojmů tohoto odvětví se věnovala v 60. letech, v 70. letech předložila transkulturní teorii, která byla později ještě rozšířena (1978, 1980). „*Model vycházejícího slunce*“ popsala Leiningerová poprvé v roce 1984 (Reynolds, 1995). Poukázala na význam vlivu kultury na zdraví, léčbu a péči. Podílela se jak na pedagogických, výzkumných administrativních činnostech v ošetřovatelství (Archalousová, 2005). Její teorie je dobře aplikovatelná v ošetřovatelské praxi a umožní komplexní sběr dat pro sestavení ošetřovatelské anamnézy u klienta/pacienta z rozdílné kultury.

Na získávání informací o klientovi/pacientovi přímo ve zdravotnickém zařízení jsou sestaveny podle teorie Leininger dva druhy odhadu. V obou se vychází z „*Modelu vycházejícího slunce*“, jehož část představuje rozměr kulturní a sociální struktury. Mohou tvořit koncepční rámec ošetřovatelského zhodnocení. Získané informace jsou důležitou součástí ošetřovatelské anamnézy u klienta/pacienta z rozdílné kultury. Lze využít dvou typů A, B (Leininger, 2002). *Typ A, označovaný jako dlouhý odhad* - sběr informací je ze všech daných oblastí. Je nutné stále si uvědomovat do jaké míry se projevy a způsoby chování klienta/pacienta odlišují od projevů dominantní kultury a jak jednotlivé faktory ovlivňují způsob péče. Zjišťují se informace o silných i slabých stránkách tradiční péče, které by mohly ovlivnit zdraví a potřebu profesionální péče. *Typ B, označovaný jako krátký odhad* - sběr informací je rychlý a pouze orientační. Je méně holistický, odlišný tedy od typu A. Tento odhad je doporučován na pohotovostních odděleních, kde je zapotřebí získat co nejrychleji informace. Doporučuje se též jeho použití u kratší hospitalizace (Archalousová, 2004, 2005).

#### **Případová studie:**

Muž ve věku 48 let, ruské národnosti. Pracuje v České republice jako pomocný dělník na stavbě. Je kuřák, kouří 1 krabičku cigaret denně, alkohol nepije. V České republice žije 2 roky, přišel sem za prací. Ostatní členové rodiny zůstali v Rusku. Byl přijat do zdravotnického zařízení na Oddělení tuberkulózních a respiračních nemocí pro výraznou dušnost, přetrvávající zvýšenou tělesnou teplotu a bolest v pravém mezižebří.



**Tabulka 7: Možný koncepční rámec pro ošetřovatelské zhodnocení zahrnující aspekty Teorie kulturní péče**

Oblast	Současný stav	Potřeba/problém /diagnóza
Jazyk, komunikace, gesta		
Způsob odívání, vzhled		
Všeobecná souvislost života s prostředím		
Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diag. a léčeb. výkony		
Způsob života v rodině		
Denní aktivity		
Stravovací zvyky, tabu		
Světový názor		
Náboženská a duchovní víra, hodnoty		
Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě		
Hodnota vzdělání		
Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví		
Politické a právní vlivy		
Laická péče o zdraví		
Důležitost profesionální péče		
Znaky péče		
Způsob informovanosti o tom, jak předcházet nemocem, udržet si zdraví, péče o sebe sama		
Další ukazatele upozorňující na tradiční nebo netradiční způsob života		

***Kritické myšlení:***

1. Co všechno, čeho jste si všimli, co jste viděli, slyšeli, prožili při setkání s klientem/pacientem by mohlo být důležité?
2. Jak bude probíhat komunikace?

3. Máme od klienta/pacienta validní informace o jeho kulturních hodnotách, víře, aktivitách, které souvisí se zdravím, s tradičním systémem péče a jeho názorem na profesionální systém?
4. Máme od klienta/pacienta validní informace o jeho ekonomických a sociálních potřebách, problémech?
5. Co viděl, slyšel a prožil ve zdravotnickém zařízení a jak na to reaguje?
6. Co je společné a co odlišné?
7. Jak zařadit do plánu péče, aby respektoval kulturní potřeby klienta/pacienta?

### 3.6.2 Význam teorie Ramony T. Mercer pro ošetřovatelskou praxi

*Jako ukázkou teorie středního rozsahu představujeme teorie Ramony T. Mercer Přijetí mateřské role.*

**Ramona T. Mercer** nastoupila ošetřovatelskou praxi v roce 1950 po ukončení vzdělání na St. Margaret's School of Nursing in Montgomery v Alabamě. V roce 1960 pracovala jako mentorka/školitelka později ředitelka pro ošetřovatelskou péči v oblasti pediatrie a porodnictví. Bakalářské studium ukončila v roce 1962 na Univerzity of New Mexico, Albuquerque. Magisterské studium v oblasti ošetřovatelské péče o ženu a dítě ukončila v roce 1964 a doktorské Ph.D. v oblasti porodnického ošetřovatelství v roce 1973 na Univerzity of Pittsburgh. Po studiích přijala pozici odborné asistentky na Ústavu Family Health Care Nursing (Ošetřovatelská péče o zdraví rodiny) na Univerzitě v Kalifornii, San Francisco. V roce 1977 habilitovala a v roce 1983 se stává profesorkou ošetřovatelství. Dnes se jako emeritní profesorka věnuje psaní, poradenství a odborným konzultacím. Její první bibliografie *Nursing Care for Parents at Risk* (1977) se zabývala riziky rodičovství. Následovaly publikace jako *Perspectives on Adolescent Health Care* (1979), *First-Time Motherhood; Experiences From Teens to Forties* (1986); *Parents at Risk* (1990); *Becoming a Mother: Reaseach on Maternal Identity From Rubin to the Present* (1995).

Mercerové teorie *Přijetí mateřské role* je postavena na intenzivním výzkumu, který započala již v roce 1960. Impuls a motivaci k jejímu počátečnímu výzkumu dala prof. a školitel Reva Rubin z Univerzity of Pittsburgh, kde Mercer studovala doktorské studium. Práce Rubin o porozumění mateřské roli, kterou dobře znala z ošetřovatelské praxe v porodnictví, ji zaujala a oslovila. Rubin se zaměřila na přijetí role matky v graviditě a první měsíc po porodu. Mercer zaměřila svůj koncept na období prvního roku po porodu dítěte. Navíc do svého výzkumu zařadila oba rodiče – matku i otce, dále ženy, u kterých proběhlo rizikové těhotenství, ženy s chorobami přidruženými a s chorobami spojenými s těhotenstvím. Středem její pozornosti bylo přijetí role i u matek pečujících o dítě s vývojovou vadou. Studovala potřeby a obavy matek kojících, matek ve věku adolescentním, matek s komplikacemi během období kojení.

*Fáze přijetí (dosažení) mateřské role dle teorie Mercer z revize v roce 2004 (Tomey, Allgod, 2006):*

1. *Fáze očekávání, odevzdání, přijetí závazku, snění a příprava.* Tato fáze začíná během těhotenství. Zahrnuje sociální a psychologické přízpůsobení se těhotenství. Očekávání mateřské role, bádání. Žena hledá informace od ostatních o roli matky a vizualizuje si představy o mateřství.
2. *Fáze formální, fyzické obnovení rovnováhy, uzdravení.* Jde o období 2 týdnů. Fáze začíná porodem dítěte po období zotavení po porodu. Přijímá roli matky. Žena se učí od ostatních, od profesionálů, uzpůsobuje své chování. Napodobuje, získává praktické dovednosti.
3. *Fáze neformální, přiblížení se normě.* Jde o období od 2 týdnů až po 4 měsíce. Fáze začíná přes první zkušenosti po stanovování si budoucích cílů. Žena se učí reakcím dítěte, rozvíjí svůj styl, představu mateřství. Mercer popisuje „settling in“ – usazování, vyrovnávání; vytváření nové rodiny.
4. *Fáze osobní, integrace mateřské identity.* Jde o období od 4. měsíce dále. Tato fáze začíná integrací ženy do mateřské role přes systémy - mikro, mezo, makrosystém. Po revizi (2004) – systémy: širší

sociální; komunita, rodina a přátelé. Vede ke zvnitřnění role, k pohledu na sebe jako na matku schopnou mateřské péče.

Mercer originální teorie *Přijetí mateřské role* byla poprvé prezentována v roce 1991 na mezinárodní konferenci International Research Conference v Los Angeles, následně v roce 1995 publikována. V roce 2004 došlo k revizi modelu na základě nových poznatků z výzkumu. Její teorie „pomoci“ tvoří proces postupného přijetí role rodiče. Je využitelný v komplexním zhodnocení klientky a v následné edukaci. Jde o teorii velmi dobře využitelnou v ošetrovatelské péči o matku a dítě.

**Případová studie:**

Mladá žena ve věku 23 let, nyní 2. den po spontánním porodu, porodila zdravého chlapce, v termínu porodu, ve 40. týdnu gravidity. Primapara, primigravida. Byla přijata před dvěma dny k hospitalizaci na porodnické oddělení pro počínající bolesti zad a břicha. Je svobodná, žije s přítelem v bytě 2+1 v malém městě. Není vyučena a v současné době bez zaměstnání.

**Tabulka 8: Možný základní rámec pro ošetrovatelské zhodnocení zahrnující aspekty jednotlivých fází**

	Současný stav	Potřeba/problém
Fáze očekávání, odevzdání, přijetí závazku, snění a příprava		
Fáze formální, fyzické obnovení rovnováhy, uzdravení		
Fáze neformální, přiblížení se normě		
Fáze osobní, integrace mateřské identity		

**Kritické myšlení:**

1. Jak se žena adaptuje na období těhotenství z pohledu somatického?
2. Jak se žena adaptuje na období těhotenství z pohledu sociálního psychologického?
3. Jaké má představy o mateřství?
4. Jak přijímá roli matky?
5. Jak se adaptuje na období prvních týdnů?
6. Co prožívá, jaké má pocity?
7. Potřebuje pomoc profesionálů, má dostatek znalostí?
8. Má dostatečné dovednosti v péči o dítě?
9. Má dostatečné dovednosti v péči o sebe samu?
10. Zná reakce dítěte?
11. Jak se adaptuje během prvních měsíců, co prožívá?
12. Jak vnímá rodičovskou roli?
13. Jak vnímá partnera?
14. Má pomoc rodiny, jak ji přijímá?

# Závěr

V obsahu odborného textu byly použity koncepční rámce vybraných filozofií, modelů a teorií. Jako reprezentant ukázky filozofie a velké teorie byla zvolena práce Rayové Teorie byrokratické péče. Vede ke kritickému myšlení a mohla by být sestrami/porodními asistentkami využitelná z důvodu současné aktuálnosti své problematiky v ošetrovatelské péči i v managamentu ošetrovatelské péče. V modelech je reprezentován výsledek rozsáhlé zahraniční studie, který ukazuje na vhodnost využití jednotlivých modelů podle specifik ošetrovatelské péče a umožní orientaci ve vhodnosti či nevhodnosti aplikace koncepčního modelu. Nejširší zkušenosti v našem ošetrovatelském prostředí jsou s modelem Funkčního zdraví Gordonové. Její model poskytuje systematický celostní přístup ke zhodnocení, diagnostikování, plánování a znovu zhodnocení péče u klienta/pacienta. Lze jej modifikovat pro potřeby praxe (viz příloha). V teoriích je prezentována rozšířená teorie Leininger dobře využitelná na všech pracovištích, která pečují o klienty/pacienty rozdílných kultur, její koncepční rámec by mohl být součástí všech jednotek v případě potřeby. Jako reprezentant teorie středního rozsahu byla zvolena teorie Mercer, s jejíž aplikací máme zkušenosti z klinického pracoviště.

Závěrem dovolu malou úvahu k současnému stavu v péči o zdraví klienta/pacienta. To, co chybí, je chápání problému klienta/pacienta v souvislostech. Řada sester, porodních asistentek a ostatních nelékařů (doufám i lékařů), kteří jsou s klientem/pacientem, prostě s nemocným člověkem dvacet čtyři hodin denně, nejen cítí, ale dospěla k závěru, že nemoc je ve vysoké míře důsledkem starostí a stresu. Biotechnická medicína s farmaceutickým gigantom v zádech tomu stále nepřikládá dostatečný význam. Zvládnout nemoc znamená zaměřit se na celého člověka. Ani nejlepší a nejvyspělejší zdravotnické technologie to samy o sobě nemohou zvládnout, nemohou nahradit vztah zdravotníka a klienta/pacienta, jejich vzájemnou komunikaci, důvěru, podporu, schopnost sestry a dalších zdravotníků zasadit klinické obtíže do složitých souvislostí klientova/pacientova životního příběhu. Názor, že emocionální, sociálně - psychologické, behaviorální, kognitivní, duchovní, ekologické i kulturní souvislosti do medicíny, neřkuli ošetrovatelství nepatří, je hluboce mylný. Ošetrovatelská a medicínská věda je v současné době považována za rozhodující činitele v péči o zdraví člověka a je její povinností přijmout odpovědnost za celostní přístup ke klientovi/pacientovi. Znamená to komplexně posuzovat, hledat cesty jak nejlépe postupovat, vyjadřovat se nejen k somatickým, ale ve stejné míře i k psychosociálním, ekologickým, kulturním, behaviorálním, kognitivním a dalším vlivům. Ano, napadne nás myšlenka to je hezká teorie, ale co praxe? Jsou snad zdravotníci pilné včelky Máji, či Sekorovi Ferdové Mravenci „práce všeho druhu“. Ano, někdy to tak skutečně vypadá. A potřebovali bychom k tomu celé týmy odborníků? Změnit systém? Kdo najde řešení? Zdravotníci se dostali do bludného kruhu současného systému zdravotnictví. Uvázli jsme v pasti, s námi i samotný klient/pacient a ne zcela bez viny? Je zřejmé, že pokud bude systém chaotický, biologicky orientovaný, odlidštěný, stává se živnou půdou pro řadu pochybení. Nicméně všudypřítomná energie dobra, či universum slovy Rogersové z jejího modelu Univerzálního lidského bytí nás vede k prostému závěru. Profese ošetrovatelství, péče o lidské zdraví je představitelem dobra a lásky k člověku. Je nositelem zodpovědnosti, čestnosti, poctivosti ve smyslu povahového rysu i v souvislosti s výkonem povolání, vystupuje nad politické zájmy, pře, rivalitu, nad bohatství a chudobu, nad kulturní a národní příslušnost. Je posláním, je souhrnem všeho dobrého.

*Ošetrovatelství je světlo, je dobro, je láska.  
Láska v sobě nese pomoc, umění i moudrost.*

**Použitá literatura**

1. ABDELLAH, F. G., LEVINE, E. Preparing for nursing research in 21 century: Evolution, methodologies, challenges. New York: Macmillan, 1994.
2. ANZENBACHER, A. Úvod do etiky. Praha: Academia 1., 2001. ISBN 80-200-0917-5
3. ARCHALOUSOVÁ, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X
4. ARCHALOUSOVÁ, A. Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. Hradec Králové: Nukleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1
5. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. Ošetrovatelská péče. Úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9
6. ARCHALOUSOVÁ, A. Transkulturní ošetrovatelský přístup v pediatrii. In. Česká společnost na prahu vstupu do EU a její odraz ve zdravotnické praxi – podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání. Ostrava. 2003. s. 134-155. ISBN 80-7072-349-8
7. ARCHALOUSOVÁ, A. Transkulturní ošetrovatelská péče v období mateřství. In. Trendy v ošetrovatelství III. (Trends in nursing III.), Ostrava, 2004. s. 10-11. ISBN 80-7042-351-X
8. ARCHALOUSOVÁ, A. Etika v ošetrovatelské péči. In. Úvod do ošetrovatelské péče pro studující všeobecného lékařství. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9
9. ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovatelský model Lydie Hall ve výuce studentů. In. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III. Slezská vědecká konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí v Opavě. Sborník příspěvků. Ústav ošetrovatelství Filozoficko-přírodovědecká fakulta Slezské univerzity v Opavě. Opava. 2008. s. 102-104. ISBN 978-80-7248-470-6
10. ARCHALOUSOVÁ, A. Aplikace teorie Ramony T. Mercer do ošetrovatelské praxe. In. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V. Slezská vědecká konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí v Opavě. Ústav ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě. Opava, 2010 s. 315-318. ISBN 978-80-7248-607-6
11. ARCHALOUSOVÁ, A., KOHOUTOVÁ, I., JIRKOVSKY, D., ANDRAŠČÍKOVÁ, Š., RYBÁROVÁ, L, ŽULTÁKOVÁ, S. Koncepční modely a teorie v aplikaci na psychiatrické ošetrovatelství. In. Cesta k modernímu ošetrovatelství XIII. Sborník příspěvků z konference ošetrovatelství. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011. ISBN 978-80- 87347-05-8
12. ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovatelský model Leiningerové a ukázka jeho aplikace do klinického ošetrovatelství. Poster. In. Konference I. turnovských ošetrovatelských dnů. Sedmihorky, 2005.
13. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. Ošetrovatelský model Oremové a ukázka jeho aplikace v gynekologickém ošetrovatelství. Ošetrovatelství 5, 2003, 3-4: 74-79. ISSN 1212- 723X
14. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., DOSTÁLKOVÁ, Š. Ošetrovatelský model Orlandové a ukázka jeho aplikace v chirurgickém ošetrovatelství. Ošetrovatelství 6, 2004, 1-2. s. 7-15. ISSN 1212-723X
15. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., ŠVECOVÁ, D. Ošetrovatelský model Hendersonové a ukázka jeho aplikace v klinickém ošetrovatelství. Ošetrovatelství 6, 2004, 3-4. s. 71-75. ISSN 1212-723X
16. ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovatelský model Callisty Roy v ošetrovatelském procesu a jeho realizace do ošetrovatelské praxe. In. Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovatelské dny. 2005. s. 8-18. ISBN 80-7040-791-3
17. ARCHALOUSOVÁ, A., KOLAŘÍKOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. Ošetrovatelský model Leiningerové a ukázka jeho aplikace v klinickém ošetrovatelství. Ošetrovatelství, 7, 2005, 1-2. s. 15-19. ISSN 1212-723X

18. ARCHALOUSOVÁ, A. ACENDIO – evropská organizace zabývající se problematikou standardizace ošetrovatelské terminologie. In. Ošetrovatelství v pohybu. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí I. příbramské ošetrovatelské dny. Příbram, 2006. s. 9-11. ISBN 80- 239- 6690- 9
19. ARCHALOUSOVÁ, A., KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetrovatelská péče. In. Od Florence Nightingaleové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří. Sborník přednášek I. mostecké dny sester. Most, 2006. s. 18-24. ISBN 80-239-6603-0
20. ARCHALOUSOVÁ, A. Teorie byrokratické péče a její využití ve vzdělávání i ošetrovatelské praxi. In. Vliv mezinárodního ošetrovatelství na současnou ošetrovatelskou teorii a praxi. Sborník příspěvků konference s mezinárodní účastí II. příbramské ošetrovatelské dny. Příbram, 2007. ISBN 978-80-239-8943-4
21. ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovatelské modely – Marilyn Anne Ray: Teorie byrokratické péče. In. Od Florence Nightingaleové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří II. Sborník přednášek II. mostecké dny sester Most, 2007. ISBN 978-80-239-8725-6
22. ARCHALOUSOVÁ, A. Závěry evropské komise pro vzdělávání – analýza současného stavu vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci v ČR. In. Sborník příspěvků I. slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Opava, 2006. ISBN 80-7248-3388-9
23. BUTT, J. B., RICH, K. L. Nursing Ethics. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher, 2005. ISBN 0-7637-4735-1
24. BURNARD, P. et al. Nursing research: developing basic skills. London: Macmillan, 1990
25. DERNAROVÁ, L., RYBAROVÁ, L. Potřeby a ošetrovatelský proces I. Prešov: Prešovská univerzita, 2008. ISBN 978-80-8068-891-2
26. DERNAROVÁ, L., RYBAROVÁ, L. Potřeby a ošetrovatelský proces II. Prešov: Prešovská univerzita, 2008. ISBN 978-80-8068-859-2
27. DESCARTES, R. Regulae ad directionem ingenii. Praha: OIKOYMENH, 2000. 314 s. ISBN 80-7298-000-9
28. DESCARTES, R. Rozprava o metodě. Praha: Svoboda, 1992. 67 s. ISBN 80-205-0216-5
29. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-294-8
30. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing 2001, 2. vyd., 568 s. ISBN 80-247-0242-8
31. DREW, C. J. Introduction to designing and conducting research. 2nd ed. Missouri: C.B. Mosby Company, 1980.
32. FAJKUS, B. Filozofie a metodologie vědy: vývoj, současnost a perspektivy. Praha: Academia, 2005. ISBN 80 -200-1304-0
33. FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatelstvo – teoria. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0
34. FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatelstvo – teoria. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80- 8063-182-4
35. GEORGE, J., B. Nursing Theories. The Base for professional Nursing Practice. California: Appleton a Lange/ Norwalk, CT, 4th ed., 1995. 445 p. ISBN 0-8385-7056-9
36. GORDON, M. Nursing Diagnosis: Process and Application. 3rd ed. Philadelphia: Mosby 1994. 421 s. ISBN 0-8016-6053-X
37. HENDERSON, V. Basic Principles of Nursing Care. Geneva: International Council of Nurses. Geneva, 1960.
38. HERMAN, H., T. et al. Nursing Diagnosis: Definitions Classification 2007-8. NANDA International: Philadelphia, 2007. 345 p. ISBN 978-0-9788924-0
39. HOCKEY, L. The nature and purpose of research. In. Cormack, D.F.S. (Ed.) The research process in nursing. Oxford: Blackawell Science, 1996.
40. KALÁTOVÁ, D. Monitorování biologického subsystému týraného dítěte podle modelu I. J. Orlando. In. Ošetrovatelstvo 21. storočia v procese zmien II. Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovatelstva, 2007. s. 161-170.

41. KIM, H.S, KOLLAK, I. Nursing Theories. Conceptual and philosophical foundations. New York: Springer Publishing Comons, 1999. ISBN 0-8261-1287-0
42. KOLEKTIV AUTORU. Všeobecná encyklopedie. Soubor svazků. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-2-3
43. KOZIEROVÁ, B. a kol. Ošetrovatelstvo, 1. díl. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
44. KRANKUSOVÁ, G., SLEZÁKOVÁ, Z. Orlandovej model a možnosť jeho aplikácie do ošetrovateľského procesu. Bratislava: UMIC – SPAM 1998, 30s. Seminár učiteľov odborných predmetov.
45. LEININGER, M. et al. Transcultural nursing: Concept, Theories, Research and Practice. 3rd ed. New York: The McGraw-Hill Companies, 2002. 621 p. ISBN 0-07-135397-6
46. MALLOCH, K., PORTER-O'GRADY, T. Introduction to Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 278 p. ISBN-13: 978-0-7637-2913-4. ISBN-10: 0-7637-2913-2
47. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství I. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2003 ISBN 80-246-0429-9
48. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-277-9
49. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství. Zdravotně sociální fakulta, Ostrava, 2003. 124 s. ISBN 80-7072-349-8
50. MERCER, R. T. Becoming a Mother: Reaseach on Maternal Identity From Rubin to the Prezent. New York: Springer, 1995.
51. Mc EWEN, M., WILS, M.E. Theoretical Basis for Nursing. Phiadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2002. ISBN 0-7817-2664-6
52. McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. Nursing Interventions Classification. 3rd ed., Missouri: Mosby, 2000. 911p. ISBN 0-323-00894-1
53. MILLER, B. K. Just Chat is profession? Nursing Success Today. 1985.
54. MOORE, W. E., ROSENBAUM, G. W. The professions: Roles and rules. New York: The Russell Sage Foundation. 1970.
55. MUSILOVÁ, M. Kingovej ošetrovateľský model. In. Ošetrovatelstvo – teória. Martin: Osveta, 2001. s. 89-94. ISBN 80-8063-086
56. NANDA INTERNATIONAL. NANDA – ošetrovateľské diagnózy: Definice a klasifikace 2009-2011. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3423-1
57. NORTON, M. E. Ethics and Culture, Contemporary Challenges. In. Andrews, M. M., Boyle, J. S. (Eds.) Transcultural Concepts in Nursing Care. p. 444-469, 3rd ed., Philadelphia, 1999. ISBN 0-7817-1038-3
58. OREM, D. E. Nusring: Concepts of practice. 5th ed., St. Louis: Mosby, 1995.
59. PERFILJEV, G. et al. Management and leadership: glossary for Russian – speaking nursing leaders. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993 (document).
60. RUNDELL, S. Research has shown ... Nursing times, 88(7) 18-19, 1992.
61. RAY, M., A. The Theory of Bureaucratic Caring. In. M. Parker (Ed.) Nursing theories and nursing practice s. 421-444. Philadelphia, 2001.
62. RIEHL–SISCA, J. Conceptual models for nursing Practice. California: Appleton a lange/ Norwalk, CT, 3rd ed., 1989, 493s. ISBN 0-8385-1210-0
63. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D. Ošetrovateľský model Ramony Mercer v praxi. In. Cesta k profesionálnému ošetrovatelství III. Slezská vědecká konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí v Opavě. Sborník příspěvků. Ústav ošetrovatelství Filozoficko-přírodovědecká fakulta Slezské univerzity v Opavě. Opava, 2008. s. 70 - 73. ISBN 978-80-7248-470-6
64. STYLES, M. The anatomy of a profession. Heart and Lung. 1983.

65. ŠPIRUDOVÁ, L., a kol. Multioborová, interdisciplinárni a medzinárodná kooperácia v ošetrovatelství. 1. vyd., Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2
66. THOMPSON, I. E. Nursing Ethics. Naper Univerzity of Edinburgh. UK, 2006. ISBN 0-443-10138-8
67. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. Nursing Theorists and Their Work. 5<sup>th</sup> ed. Mosby: St. Louis, 2002. ISBN 0-323-01193-4
68. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. Nursing Theory. Utilization and application. 3<sup>th</sup> ed. Mosby: St. Louis, 2006. ISBN 0-323-03133-1
69. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. Nursing Theorists and Their Work. 6<sup>th</sup> ed. Mosby: St. Louis, 2006. ISBN 0-323-03010-6
70. TÓTHOVÁ, V. a kol. Ošetrovatelský proces a jeho realizácia. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1
71. SLEZÁKOVÁ, Z., ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovateľský model Orlandovej a ukážka jeho aplikácie v internom ošetrovatelstve. Ošetrovatelství: 6, 2004, 1-2. s. 15-21. ISSN 1212-723X
72. SLEZÁKOVÁ, Z., ARCHALOUSOVÁ, A. Ošetrovateľský model Oremovej a ukážka jeho aplikácie v geriatrickom ošetrovatelstve. Ošetrovatelství: 5, 2003, 3-4 s. 80-83. ISSN 1212- 723X.
73. SLEZÁKOVÁ, Z. Využitie modelu Levineovej v neurologickom ošetrovatelstve. In. Nové trendy v ošetrovatelství II. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2003. ISBN 80-7040-636-4
74. ŠIMOČKOVÁ, V. Ošetrovateľský model Kingovej a jeho praktické využitie pri ošetrovaní žien s karcinómom prsníka. Ošetrovatelství: 5, 2003, 3-4. s. 69-73. ISSN 1212-723X
75. VÖRÖSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M., MESÁROŠOVÁ, J. Štandardizácia terminológie a klasifikačné systémy v ošetrovatelstve. In. Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia. 2004, roč. II. s. VII-XII, ISSN 1336-183X
76. VÖRÖSOVÁ, G. a kol. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie a v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-242-7
77. WHO Regional office. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky. Praha: MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-23-3
78. WHO Regional office. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (1). Praha: MZ ČR, 2000. ISBN 80-85047-20-9
79. WHO Regional office. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2). Praha: MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7
80. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., TRČKOVÁ, M. Miss Virginia Avelen Hendersonová. In. Diagnóza 1, 2005, č. 1: s. 25-26. ISSN 1801-1349
81. ŽIAKOVÁ, K. a kol. Špecifiká ošetrovateľského procesu v Oremovej modeli. Moderný medicínsky manažment 2/2002, 9. ISSN 1335 – 2326
82. ŽIAKOVÁ, K. a kol. Ošetrovatelské konceptuálne modely. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2



## Systematické ošetřovatelské zhodnocení klienta/pacienta dle koncepčního rámce Majory Gordon

### Případová studie

Klientka/pacientka ve věku 18 let. Studentka střední školy. Bydlí ve městě, v rodinném domku s maminkou a prarodiči. Studuje Střední ekonomickou školu v místě bydliště. V dětství jí lékaři diagnostikovali onemocnění astma bronchiale, následně kožní onemocnění – atopický ekzém. Je alergická na prach, pyl, kočku, psa, peří, roztoče.

### 1 Ošetřovatelská anamnéza

#### 1.1 Záznam standardizovaného rozhovoru

##### VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Klientka/pacientka zná svůj zdravotní stav, o onemocnění je informována. Ví, jak se má zachovat při náhlém astmatickém záchvatu. Je si vědoma toho, že ji její onemocnění do určité míry omezuje, ale jak sama říká: „Dá se to zvládnout. Po několika dnech mírného omezení aktivity se mi zdravotní stav zase upraví. Chodím na pravidelné kontroly, jsem sledována“. Jinak bývá častěji nachlazená a má rýmu. Tyto častější infekce jsou bez teploty. Občas jsou spojeny s dušností. Ráno a večer si měří aktuální výdechový objem (normální hodnoty má okolo 550 l/min.), takže i podle těchto hodnot rozpozná možný budoucí problém, v podobě astmatického záchvatu. Říká sama, že cítí, kdy tento stav nastoupí a zareaguje případným nasazením léků. Před třemi lety prodělala operaci z důvodu zánětu slepého střeva, byla krátce hospitalizována. Operace proběhla laparoskopicky, bez komplikací.

Klientka jezdí pravidelně na kontroly na alergologii – lékařská doporučení respektuje a dodržuje. Preventivní stomatologická vyšetření absolvovala. Je nekuřák. Alkohol pije velmi zřídka. Kávu nepije. Ostatní drogy neguje. Hormonální antikoncepci neužívá.

##### VÝŽIVA A METABOLISMUS

Klientka/pacientka uvádí váhu 61 kg a míru 167 cm. Stravuje se pravidelně, jí většinou 5x denně, dodržuje i dopolední a odpolední svačiny. Nejraději má drůbeží maso, ryby, z příloh preferuje opečené brambory. Má též ráda ovoce a zeleninu. Snaží se je do jídelníčku zařazovat. Má ráda sladké, sladké příliš neomezuje. Je informována o určitých dietních omezeních v rámci svého onemocnění. Uvědomuje si, že by stravu mohla vylepšit, ale ne vždy se jí daří se stravovat podle doporučených zásad. Někdy večerí až kolem 21. hodiny. Jiné dny večerí okolo 18. hodiny. Co ví, tak na potraviny nemá alergii. Její denní pitný režim je denně okolo 2 – 2,5 l tekutin. V době sportování pije úměrně zátěži. Je informována o důležitosti dostatečného příjmu tekutin. Z tekutin dává přednost minerálním vodám, lehce oslazeným. Nemá ráda čistou vodu. V hojivosti ran, ani délce hojení nezpozorovala žádný problém. Kůže a sliznice jsou prokrvené, normální barvy. V oblasti loketní jamky, pod kolena a okolo očí je pokožka, jak uvádí, typicky suchá, ekzematická. Uvádí občasné problémy na kůži jako zčervenání, svědění, popraskání. Většinou po použití naordinovaného krému alergologem, příznaky ustoupí. Stav vlasů je dobrý. Vlasy si myje po tréninku, jinak 1x za tři dny. Nehty na rukou a nohou jsou prokrvené, normální barvy. Chrup má klientka pevný, bez náhrad. Trpí zvýšenou kazivostí. Zubního lékaře navštěvuje přibližně 3x za rok – poslední kontrola byla v listopadu.

### VYPRAZDŇOVÁNÍ/VYLUČOVÁNÍ

Klientka/pacientka při vyprazdňování stolice a moči neudává žádné potíže. Vyprazdňování stolice je pravidelné, zácpou netrpí, průjmy v poslední době neměla, neužívá žádná projímadla. Stolicí vylučuje 1x za den (má pravidelný defekační návyk). Množství, tvar, konzistence a barva je normální. Při močení neudává žádný problém. Moč jak říká má normální světle žlutou barvu, bez jakékoliv příměsi. Neprodělala žádné onemocnění ledvin či močových cest. Klientka/pacientka se zvýšeně potí v době sportování – doplňuje tekutiny adekvátně. Jinak nemá pocit, že by se zvýšeně potila. Oděr je v normě.

### AKTIVITA, CVIČENÍ

Klientka/pacientka od dětství sportuje, hraje volejbal. Tento sport provozuje 2x – 3x týdně, včetně víkendových zápasů. Sport jí zabírá hodně času. Pokud je nachlazená, na tréninky nechodí – hůře se jí dýchá a jak sama říká: „Nejde to dobře, nemohu běhat“. Občas je dušná. Pravidelně si měří aktuální výdechový objem. V případě problému používá včas léky. Dále ráda lyžuje. Většinou se sportovním klubem jezdí na zimní soustředění. Ráda tancuje, pokud jí to čas dovolí, chodí si zatančit.

### SPÁNEK, ODPOČINEK

Klientka spí průměrně 7 – 8 hodin denně. Usíná dobře a spí bez jakéhokoliv problému. Před usnutím poslouchá z CD nosičů hudbu. Po probuzení je odpočatá. Rovněž relaxuje a odpočívá u hudby i během dne.

### VNÍMÁNÍ, POZNÁNÍ

Slyší dobře i šepot. Vidí ostře a dobře na krátkou i dalekou vzdálenost. Změny v zapamatování a výbavnosti, či výpadky paměti klientka/pacientka neudává. Rozhoduje se rychle a snadno. Ráda získává nové poznatky. Do školy chodí ráda, problémy se studiem nemá, učí se dobře. Pocit nejistoty nemá. Bývá dušná. Při záchvatu a kašli pociťuje bolest na hrudníku (vázáno na stav, než začne odkašlávat). Při záchvatu je slyšet fenomény – pískoty. Říká, že když má astmatický záchvat, tak že má strach z udušení. O užívání léků je informována a poučena.

### SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Klientka/pacientka se cítí dobře ve společnosti. Hodně jí pomáhá sportovní prostředí jejich „týmu“. Je tam legrace, dobře se odreagujeme od školy i od všedních problémů. Co se týká nemoci je ráda „když má nemoc pod kontrolou“ a není ničím omezována. Má obavy, že případný záchvat ji „znemožní“ před kamarádkami a kamarády.

Říká, že je optimistická, ráda vyhledává společnost mladých lidí. Udržuje s nimi kontakt. V kritických situacích většinou spoléhá sama na sebe, popřípadě se poradí se svou matkou, které důvěřuje. Netrpívá špatnými náladami, depresemi či stavy strachu a úzkostí. Držení těla je vzpřímené. Při hovoru mluví jasně, zřetelně a výstižně. Udržuje oční kontakt. Má úctu k lidem, ke své rodině.

### ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlí sama s matkou a prarodiči v rodinném domě. Matka před pěti roky ovdověla a přestěhovaly se společně zpět do domu, kde maminka vyrůstala. Otec byl dlouho vážně nemocen, zemřel po transplantaci ledviny. Pamatuje si ho vlastně stále nemocného. Klientka/pacientka má mnoho kamarádů a kamarádek. V kolektivu se cítí dobře. Nemá žádný problém navázat kontakt. Ví, že se může spolehnout na maminku a na prarodiče. Se svým životním stylem je spokojená a vyhovuje jí.

### SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Dospívání proběhlo bez problémů, jak uvádí. Onemocněním pohlavních orgánů netrpí. Je svobodná, nyní má přítele. O sexuálním životě je poučena. V tomto směru se odmítá nadále bavit. Menstruační cyklus má pravidelný, od 14 let menstruace. Na začátku měla problémy s pravidelností, nyní bez problémů. Výtoky netrpí, bolesti v podbřišku nemá. Hormonální antikoncepci, jak uvádí, neužívá.

## STRES – TOLERANCE, ZVLÁDÁNÍ

Stres se snaží řešit nadhledem, při sportování si jej „vybiji“. „Sport mi hodně pomáhá“, dodává. Drobné problémy si klientka/pacientka řeší sama. „S onemocněním jsem se naučila žít“, říká. Největší stres je její nemoc. Pokud si neví s něčím rady, obrací se na matku. Říká, že jí zatím vždy rozuměla a uměla poradit. Má podporu svých blízkých i kamarádů. Ví, že jsou připraveni jí pomoci v těžkých a náročných situacích.

## VÍRA – PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Klientka/pacientka se naučila prostřednictvím nemoci vnímat více radosti, radost z pohybu, ze života, „být tady, když je mi dobře“. Je pokřtěná, ale není věřící a do kostela nechodí. Věří v lidi, v přátelství a lásku. Říká, že bez přátelství by se člověku těžko žilo samotnému. Letošní školní rok ji čeká maturita a plánuje další studium na vysoké škole. Snaží se věřit, že její zdravotní stav se nebude zhoršovat a ona zvládne další studium a současně sport, který má ráda.

*Poznámka: Odchylky od normy, tedy od tzv. „funkčního zdraví“ jsou v každé z oblastí koncepčního rámce model Gordon podtrženy.*

## 1.2 Základní fyzikální vyšetření - záznam

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: dobrý, upravena

Slizniční membrány: v normě, vlhké – bez defektů, dobře prokrvené

Zuby: zubní náhrady nejsou, stálý chrup, zvýšená kazivost zubů

Zrak: ostré, dobré vidění

Puls: počet: 70/min

pravidelnost: ano

jakost/síla: dobře hmatný

Dech: počet: 18/min

pravidelnost: ano

hloubka: povrchní

Krevní tlak: 110/70

Váha: 61 kg

Výška: 167 cm

BMI: 21,3

Stisk ruky: síla, pevnost

Může zvednout tužku: ano

Rozsah pohybů kloubů: bez omezení

Svalová pevnost: svaly pevné

Kůže: prokrvená, barva: v normě; kožní defekty: v místě možného výskytu ekzému je kůže suchá, bledší; riziko dekubitů: není

V oblasti loketní jamky, pod koleny a okolo očí je možné pozorovat typickou suchou, ekzematickou kůži.

Končetiny: teplé, pulsace na periferii v normě; barva: v místech (loketní jamky, pod koleny) častého výskytu ekzému je světlejší, pokožka šupinatá, suchá

Chůze: normální

Držení těla: vzpřímené

Chybění části těla: ne

Sebepéče: úplná

## Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

Schopnost se najíst: 0

Schopnost se umýt: 0

Okoupat se: 0

Celkový pohyb: 0

Dojít si na toaletu: 0

Pohyb na lůžku: 0

Obléknout se: 0

Uvařit si: 0

Nakoupit si: 0

Udržovat domácnost: 0

Kanyly intravenózní: -

Vývody/cévky: -

Odsávání: -

Jiné: -

Tělesná teplota: 37 °C

### 1.3 Objektívni pozorování - záznam

Orientace: úplná, plně chápe myšlenky a otázky

Řeč, způsob vyjadřování: klidné, spisovné

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udržuje

Rozsah pozornosti: soustředěná na rozhovor, spolupracuje

Nervozita: žádná

Asertivní: ano

Vzájemná spolupráce rodiny: velmi dobrá

## 2 Ošetřovatelská diagnostika

### ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

Věk: 18 let

Pohlaví: žena

Stav: svobodná, má přítele

Povolání: studující

Předešlé hospitalizace:

*ve věku 1 roku - 3x hospitalizace s dušností, následně předána do péče alergologa*

*ve věku 15 let laparoskopická operace - appendektomie*

Alergie: prach, pyl, roztoče, peří, domácí zvířata - srst

Hlavní lékařská diagnóza: astma bronchiale

Další onemocnění: atopický ekzém

Terapie:

*Farmakoterapie*

- Beclazone 250 (inhalační kortikoid)
- Zyrtec (antihistaminikum)
- Ventolin spray (dle potřeby při záchvatu – akutní stav)
- Salbutamol 2 mg (na uvolnění průdušek, podporuje vykašlávání)
- Advantan – krém na ekzém (methylprednison)

*Klimatoterapie* – doporučené pobyty u moře, horské pobyty

*Dietoterapie* – vzhledem k dg. astma bronchiale

*Fyzioterapie* – dechová cvičení

*Vyšetření/měření* – v péči alergologa, každodenní měření aktuálního výdechu

### Zjištěné problémy klientky/pacientky:

(Systematický postup vyhodnocení údajů podle koncepčního rámce jednotlivých oblastí ošetřovatelské anamnézy podle Gordon)

### VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA O UDRŽENÍ ZDRAVÍ

- péče alergologa
- dg. astma bronchiale, atopický ekzém
- stav po appendektomii před třemi lety
- občasná dušnost
- opakované infekce dýchacích cest
- časté nachlazení, rýma - bez teplot

#### VÝŽIVA A METABOLISMUS

- atopický ekzém
- občasné problémy na kůži jako zčervenání, svědění, popraskání
- výživa – preferuje sladké jídlo
- zvýšená kazivost zubů

#### VYPRAZDŇOVÁNÍ/VYLUČOVÁNÍ

- bpn

#### AKTIVITA, CVIČENÍ

- hůře se jí dýchá

#### SPÁNEK, ODPOČINEK

- bpn

#### VNÍMÁNÍ, POZNÁNÍ

- bolesti na hrudníku při záchvatu dušnosti
- strach z udušení

#### SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

- možnost společenského „zesměšnění, znemožnění“ – obavy ze záchvatu dušnosti ve společnosti

#### ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY

- žije s matkou a prarodiči
- otec zemřel před pěti lety

#### SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

- bpn

#### STRES – TOLERANCE, ZVLÁDÁNÍ

- nemoc

#### VÍRA – PŘEVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

- věří v dobrý zdravotní stav

### **STANOVENÍ MOŽNÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ**

**PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST ZHORŠENÁ** z důvodu vlastního onemocnění (astma bronchiale). Možné charakteristické projevy: dušnost, poslechové fenomény.

**RIZIKO PORUCHY VÝMĚNY PLYNŮ** z důvodu nadměrného či nedostatečného okysličování a/nebo zbavování se oxidu uhličitého na alveol-kapilární membráně zahrnující poruchu průchodnosti dýchacích cest. Možné charakteristické projevy: cyanóza, dušnost, poslechové fenomény.

**BOLEST NA HRUDNÍKU** z důvodu astmatického záchvatu. Možné charakteristické projevy: verbalizace bolesti, grimasa obličeje.

**STRACH** z udušení. Možné charakteristické projevy: nervozita, neklid a soustředěnost na astmatický záchvat.

INFEKCE, RIZIKO VZNIKU z důvodu vrozené snížené imunity. Možné charakteristické projevy: časté infekce dýchacích cest.

ÚZKOST z důvodu vzniku astmatického záchvatu. Možné charakteristické projevy: obava z posměchu lidí na veřejnosti.

KOŽNÍ INTEGRITA, RIZIKO PORUŠENÍ z důvodu ekzému. Možné charakteristické projevy: diskomfort, změna barvy a suchosti kůže v rizikových oblastech možného výskytu.

POSILOVÁNÍ ZDRAVÍ z důvodu častého nachlazení. Možné charakteristické projevy: rýma a kašel bez zvýšené teploty.

RIZIKO POŠKOZENÍ CHRUPU z důvodu způsobu výživy, snížené imunity. Možné charakteristické projevy: vysoká kazivost, dietní chyba.

### 3 Stanovení očekávaných výsledků a plánování ošetrovatelské péče

*Ukázka návaznosti očekávaných výsledků (cílů, kritérií) následných intervencí na vybranou ošetrovatelskou diagnózu.*

**RIZIKO PORUCHY VÝMĚNY PLYNŮ z důvodu nadměrného či nedostatečného okysličování a/nebo zbavování se oxidu uhličitého na alveol-kapilární membráně zahrnující poruchu průchodnosti dýchacích cest. Možné charakteristické projevy: cyanóza, dušnost, poslechové fenomény.**

#### **Očekávané výsledky:**

Cíl:

*Klientka/pacientka*

- má zlepšenou ventilaci a okysličování tkání
- nemá přítomny příznaky respirační tísně
- chápe příčinné faktory a vhodné intervence
- zná, dodržuje a účastní se na léčebném režimu

Kritéria:

- nejsou příznaky respirační tísně: bez cyanózy, bledosti, dušnosti, poslechových fenoménů
- hodnota saturace v normě, základní fyziologické hodnoty D, P, TK v normě
- příjem a výdej tekutin v normě
- toleruje aktivitu
- efektivní účinek ordinovaných farmak
- zná metody vedoucí ke zlepšení ventilace
- chápe a dokáže vlastními slovy vysvětlit i realizovat metody vedoucí ke zlepšení ventilace

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- všimněte si frekvence a hloubky dýchání, zapojení pomocných dýchacích svalů, vydechování sešpulenými rty, bledosti a cyanózy
- vyšetřete poslechově hrudník, hledejte oblasti s poslechovými fenomény
- sledujte základní fyziologické parametry a srdeční rytmus
- posuzujte hladinu energie a toleranci aktivity
- všimněte si dopadu nemoci na sebevědomí
- polohujte klientku/pacientku

## PŘÍLOHA

---

- vybízejte k časté změně polohy těla a dýchání zhluboka či kašli
- udržujte adekvátní příjem a výdej tekutin – podpora mobilizace sekretů, ale nesmí dojít k přetížení tekutinami
- podporujte přiměřený odpočinek a adekvátně omezte aktivitu
- poskytněte psychickou podporu, tiché a pokojné prostředí
- podávejte léky dle indikace, sledujte jejich účinek či jejich nežádoucí účinky
- udržujte prostředí bez alergenů = zamezení dráždění dýchacích cest
- shrňte rizikové faktory, zejména související s prostředím
- vysvětlete nutnost dalšího testování alergie
- zdůrazněte potřebu odpočinku, ale pobízejte k aktivitě v rámci možností
- posilujte zdraví – edukačními programy, podporou v léčebném programu







**doc. PhDr. Alexandra ARCHALOUSOVÁ, PhD.**

narozena 21. 6. 1961 v Hradci Králové, absolventka gymnázia, pomaturitního kvalifikačního studia v oboru ženská sestra/porodní asistentka. Bakalář ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze, magistr pedagogiky s aprobací – ošetrovatelství, psychologie, pedagogika, somatologie Pedagogické fakulty Palackého univerzity v Olomouci, doktor filozofie ošetrovatelství Trnavské univerzity v Trnavě. V roce 2008 se habilitovala v oboru ošetrovatelství, registrovaná sestra, registrovaná porodní asistentka, specialista v oboru. Odborné zkušenosti z řady zahraničních pracovišť poskytujících ošetrovatelskou péči na primární, sekundární i terciární úrovni, z univerzit a škol připravujících zdravotnické profesionály v oblasti ošetrovatelství a porodní asistence. 30 let odborné praxe ve zdravotnictví a ve zdravotnickém školství, z toho 8 let v přímé ošetrovatelské péči, 22 let ve vzdělávání. Od roku 1997 přednáší na univerzitě v programech ošetrovatelství, porodní asistence, všeobecné lékařství pro české i zahraniční studenty. Působila na Lékařské fakultě v Hradci Králové, Univerzitě Karlově v Praze, nyní docent Ústavu ošetrovatelství, Fakulty veřejných politik v Opavě, Slezské univerzity v Opavě. V letech 2008 – 2011 vykonávala funkci proděkanky pro vědu, výzkum a rozvoj. V roce 2000 jmenována ministrem zdravotnictví ČR členkou pracovní skupiny pro tvorbu národního vzdělávacího standardu v oboru ošetrovatelství a porodní asistence, kde působila přibližně deset let. Významně se zasloužila o autonomii studijního programu Porodní asistence a realizaci první rozsáhlé publikace tohoto typu u nás s názvem *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Aktivní účast na přibližně 80 odborných a vědeckých konferencích v oboru, z toho 20 zahraničních. Předmětem jejího zájmu je problematika ošetrovatelských filozofií, koncepčních modelů a teorií, specializuje se na ošetrovatelskou péči o ženu a dítě. Autorkou více jak 150 odborných sdělení u nás i v zahraničí. Realizátorkou a spolurealizátorkou grantových a rozvojových projektů, vědeckých odborných konferencí ošetrovatelství a porodní asistence.





