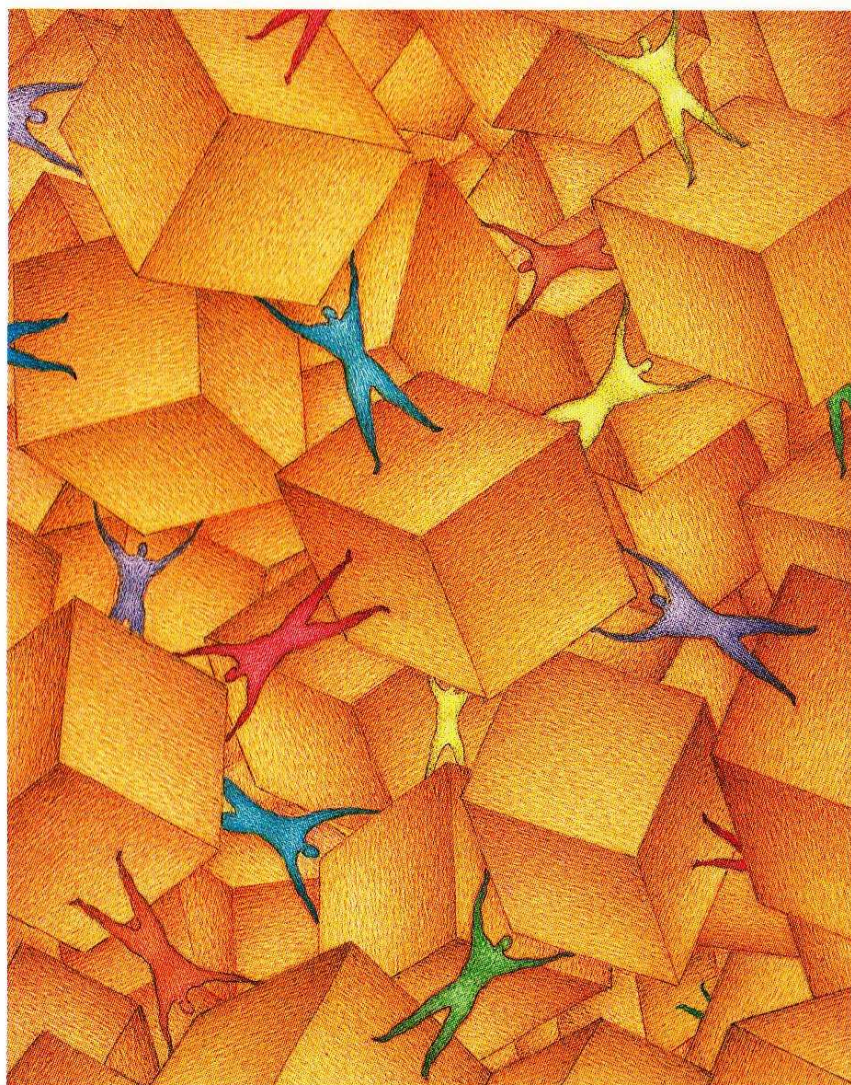


Slavomíra Pavlíková

MODEL OŠETŘOVATELSTVÍ V KOSTCE



6 Modely energetických polí	135
6.1 Myra Estrin Levine: Teorie čtyř konzervačních principů . . .	135
6.2 Martha E. Rogers: Model jednotných lidí	140
Závěr	148
Použitá literatura	149

Úvod

Milé čtenářky a čtenáři,

dostává se vám do rukou učební text z teorie ošetrovatelství, který byl zpracován z dostupné literatury a nabízí vám nejen základní terminologickou orientaci potřebnou pro pochopení části teoretické báze ošetrovatelství, ale také pohled na (z našeho hlediska) nejzajímavější ošetrovatelské teorie a modely, které vám umožní rozšířit si schopnost identifikovat problémy pacienta/klienta a jejich příčiny a poskytnou vám návod na jejich řešení. Předkládaná publikace je určena nejen studentům ošetrovatelství, ale všem těm, pro které ošetrovatelství a péče o nemocné neznámá jen zaměstnání, ale i poslání.

Autorka

1 Filozofie a ošetřovatelství

Každý lidský čin, skutek, názor i postoj jsou ovlivněny určitým filozofickým názorem, a to bez ohledu na to, zda si jedinec tuto skutečnost uvědomuje nebo ne. Filozofie má vliv na život, chování, jednání a práci každého člověka. Promítá se i do obsahu vědních disciplín.

Abychom porozuměli ošetřovatelství, musíme poznat nejen historický vývoj obecně a historický vývoj ošetřovatelství, ale také filozofii a její směry, které tuto vědní disciplínu ovlivňovaly a ovlivňují. Základní orientace ve filozofii umožní lépe pochopit teoretický základ ošetřovatelství, především ošetřovatelské modely a teorie.

1.1 Nejznámější filozofické směry

Filozofie je vědní disciplína, která se zabývá nejvšeobecnějšími zákonitostmi bytí, poznání, světa, společnosti a myšlení (z řečtiny: láska k moudrosti). Cílem filozofie je objasnit lidskou existenci a umožnit člověku orientaci v životě a ve světě. Filozofie vznikla jako reakce na mytologickou interpretaci světa v období starého Řecka asi v 6. století před n. l.

Nejznámější filozofické směry jsou:

Idealismus je základní filozofický směr, který považuje vědomí, myšlení a psychiku za prvotní a hmotu, přírodu a fyzický svět za druhotné, tedy odvozené, závislé. Duchovno považuje za jedinou pravou skutečnost. Zdůrazňuje prvenství rozumového poznání před smyslovým, duchovního před tělesným a věčného před dočasným, konečným. Idealismus jako filozofický směr vznikl před více než 2000 lety, ale samotný termín idealismus pochází z počátku 18. století.

Nejznámější formy idealismu:

- **tomizmus** – vedoucí směr katolické filozofie založené Tomášem Akvinským, který nadřazuje zjevení nad poznání a teologii nad filozofii,
- **neotomizmus** – zmodernizované učení T. Akvinského, druhá polovina 19. století,
- **pragmatizmus** – chápe a určuje pravdu jako praktickou hodnotu a užitečnost vyhovující subjektivním zájmům jedince,
- **existencializmus** – staví se proti rozlišování subjektu a objektu, obhajuje bytí jako existenci, tj. individuální subjektivitu, zdůrazňuje lidskou aktivitu, volbu sebe sama, existenci osobní svobody a vztah osobností ke světu,

- **pozitivizmus** – uznává pozitivní (dané) poznatky a pozitivní fakta empirických věd za jediné skutečné poznání; zdůrazňuje, že všechno poznání pochází ze zkušeností, podstatu jevů a věcí pokládá za bezvýznamnou.

Materialismus je základní filozofický směr, protiklad idealismu. Hovoří o materiální, hmotné povaze světa, který existuje věčně a nezávisle na vědomí. Pokládá přírodu (hmotu, bytí) za prvotní a vědomí za druhotné. Vědomí označuje jako vlastnost vysoce organizované hmoty. Podle materialistů je celá skutečnost hmotné povahy, je poznatelná smysly a duchovno je odvozené, druhotné. Počátky materialismu jsou shodné se vznikem filozofie a jsou spjaté s rozvojem astronomie, matematiky a dalších věd. Novověký materialismus se vyvíjel od 18. století.

Humanismus uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu a štěstí, na rozvoj jeho sil a schopností. Zdůrazňuje význam schopností člověka. Proti poznání Boha staví poznání člověka a přírody. Považuje zásady rovnosti, spravedlnosti a lidskosti za normy vztahů mezi lidmi. Zabývá se lidskými atributy a charakteristikami, které jsou za lidské považovány. Historicky se vyvíjel od starověku.

Naturalismus pokládá přírodu za základního činitele vývoje, za univerzální a jediný princip výkladu všech jevů. Vylučuje vše nepřirodní a nadpřirozené. Přírodu chápe buď v materialistickém duchu, nebo jí idealisticky připisuje duši (panpsychismus) nebo ducha (panteismus).

Racionalismus považuje rozum (řecky ratio) za jediný a nejvyšší zdroj pravdivého poznání, uznává neomezené schopnosti lidského rozumu a racionální postoj k životu. Původ racionalismu je v antice, rozvíjel se však především v novověké filozofii.

Empirismus je opak racionalismu. Smyslovou zkušenost považuje za jediný pramen poznání, podceňuje poznání rozumové. Nejznámější formy empirismu jsou:

- **materialistický empirismus** – za základ smyslové zkušenosti pokládá předměty materiální povahy, zkušenost chápe jako zprostředkování objektivně existujícího světa,

- **idealistický empirizmus** – chápe zkušenost jako souhrn pocitů nebo představ, které nemají základ v objektivním světě.

Determinizmus se zabývá příčinnou podmíněností. Uznává univerzálnost podmíněnosti a příčinnosti jevů materiálního a duchovního světa, vzájemnou souvislost a podmíněnost jevů v přírodě a společnosti. Všechny děje (i lidské jednání) jsou nevyhnutelným důsledkem podmínek a příčin. Jednotlivec je předurčený buď biologicky, geneticky, nebo sociálně. Determinizmus uznává předurčenost veškerého dění a popírá svobodu vůle (opakem je indeterminizmus, který popírá zákonitě souvislosti jevů ve společnosti a přírodě).

Skepticizmus je starořecká filozofická koncepce, jejímž hlavním principem je pochybnost (skepse). Pochybuje o možnosti poznání objektivní pravdy o podstatě věcí. Jeho krajními formami jsou nihilismus (absolutně negativní postoj ke skutečnosti a k životním hodnotám, neuznávající žádné kladné hodnoty) a agnosticizmus (popírá úplně nebo částečně možnost poznání podstaty věcí). Jeho vznik se datuje do období antiky.

Holizmus je filozofií celku, celistvosti, celostnosti. Vyzdvihuje prvotnost celku v poměru k částem. Celostnost pokládá za hnací sílu vývoje nebo za jeho cíl. Holizmus vznikl ve 20. století.^{11, 19}

1.2 Filozofie – medicína – ošetřovatelství

Ošetřovatelství a medicína jsou velmi úzce spjaté. Historickým vývojem se zabývají samostatné obory těchto vědních disciplín.

Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým.

Idealistická filozofie a vliv náboženství se v ošetřovatelství postupně měnily tak, jak se měnilo společenské klima. V období působení idealistické filozofie převládalo neprofesionální ošetřovatelství pod záštitou církve a mělo humanistický charakter. Do 15.–16. století organizovala v euroregionu

nemocniční zařízení pro ošetřování nemocných římsko-katolická církev. V 15.–16. století nastalo období reformace, vznikala hnutí proti katolické církvi (Luther, Kalvín aj.) a následně i oslabení vlivu tomistické filozofie. Pro ošetřování nemocných toto období znamenalo tzv. dobu temna. V 16. až 18. století, v období protireformace, nastalo opětovné upevňování moci katolicizmu, vznikaly nové církevní řády, které se věnovaly i ošetřování nemocných. Převažoval vliv humanistické filozofie.

Osvícenectví v 18. století a francouzská revoluce 1848–1849 a 1870 přinesly kromě rozvoje vědy i nové filozofické směry. Vliv materializmu je vidět právě v ideích francouzské revoluce (svoboda, rovnost, bratrství). Základy filozofie v ošetřovatelství položila v roce 1859 **Florence Nightingale** ve své práci *Poznámky o ošetřovatelství*.

Od poloviny 20. století nastal ve zdravotnictví tzv. kult technologie, který má svoje filozofické pozadí v materializmu. Mezi sestru, lékaře a pacienta/klienta vstoupila technika. Zdravotní péče se orientovala především na nemoc a zaměřila se hlavně na nemocniční péči. Ošetřovatelství se soustředilo na techniku výkonů a spolu s medicínou se koncentrovalo na biologickou stránku lidského těla. Psychické, sociální a duševní souvislosti se zanedbávaly. Prevence jako prostředek redukce morbidity a mortality zůstala na okraji jejich zájmu. Tento trend dovedl obě disciplíny k postupné dehumanizaci.

Jako reakce na přetechnizovanost ošetřovatelské praxe i jako důsledek uplatňování vědeckých aspektů, začíná od 80. let minulého století v ošetřovatelství opět převládat filozofie humanizmu s respektováním holistických principů.

V současném ošetřovatelství však stále hrozí nebezpečí preferování techniky před ošetřovatelskou péčí, která respektuje biologické, psychologické, sociální a duchovní (spirituální, dále bio-psycho-socio-spirituální) faktory vzniku onemocnění.

V medicíně je možné za převládající filozofický směr označit racionalizmus a humanizmus. Medicína 20. století integrovala poznatky různých přírodních oborů. Tyto obory vytvořily základ biomedicínského zaměření, tzn. zaměření na biologickou podstatu zdraví a nemoci a na biologické činitele, které je ovlivňují. Objektem medicínské pozornosti postupně přestávalo být zdraví člověka v jeho souvislostech, ale stala se jím nemoc či nemocný orgán.

Začátkem 40. let 20. století vznikla tzv. psychosomatická a v posledních třech desetiletích na ni navazuje tzv. behaviorální medicína. Obě doplnily biomedicínský model chápání nemocí a rozšířily hranice medicíny. Ovšem uplatnění obou zaměření se zatím nestalo integrální součástí všeobecné teorie a praxe medicíny.

Asi 20 % pacientů/klientů má menší psychické poruchy, které se často projevují somatickými příznaky. Začaly se označovat jako „somatizace“, jejíž základ tvoří přetrvávání psychické nepohody v podobě somatických potíží, které nemocný považuje za projev vážného somatického onemocnění. Pacient/klient s přetrvávající somatizací se snaží o objasnění svých obtíží opakovanými vyšetřeními i přesto, že nálezy jsou negativní a nevysvětlují jeho potíže.

Narůstání somatických poruch bez zjistitelného základu vede k poznání, že propojení mezi biologickými, psychickými a sociálními oblastmi (jedno v jakém pořadí) tvoří neoddelitelnou jednotu při vzniku a rozvoji převážně většiny chorob, stejně jako při uchovávání zdraví.

V současné medicínské praxi se biomedicínský model jeví jako nedostačující. Jeho účinnost snižuje neakceptování psychosociálních a spirituálních aspektů při diagnostických, léčebných a preventivních postupech, což vede k narůstající nespokojenosti pacientů/klientů s medicínou. V druhé polovině 20. století došlo k oživení odlišných, různě starých názorů na příčiny nemocí, na možnosti jejich zjišťování a léčebného ovlivňování (které medicína vyloučila ze své teorie i praxe jako nepodložené, neověřené, nevědecké či škodlivé). Jsou označovány jako alternativní, přírodní či komplementární (doplňková) medicína. Skeptický postoj pacientů/klientů, ale i některých lékařů k možnostem medicíny vede právě k tomu, že se uchylují k alternativní medicíně.²²

1.3 Kategorie filozofických názorů v ošetrovatelství

Každá vědní disciplína a její teoretické modely vycházejí z určité filozofie a filozofického názoru. Koncepční modely ošetrovatelství, stejně jako koncepční modely jiných vědních disciplín, odrážejí nejrůznější filozofické názory svých autorů. Tyto názory mají vliv na předmět zájmu i přístup k rozvoji poznatků ošetrovatelství a jsou zaměřené především na charakter vztahů mezi osobou a prostředím.

Mechanistický názor

Mechanistický názor vnímá osobu (jedince, člověka) jako stroj, tzn. jedinec se skládá z částí, je pasivní a reaguje jen tehdy, když jsou podněty z prostředí dostatečně silné. Chování jedince považuje za lineární řetězec podnětů a odpovědí na podněty.

Mechanistický názor je spjatý s redukcionizmem, který převádí složité jevy na jednoduché, celostní na elementární a uvádí, že všechny předměty, děje, jejich vlastnosti i naše zkušenost se skládají z konečných prvků nedělitelných částí.

Podle mechanistického názoru můžeme předvídat chování jedince, máme-li dostatek vědomostí o částech. Změny jedince jsou popisované jako kvantitativní, jako přidávání nebo odebrání určitého počtu částí.

Organistický názor

Organistický názor vnímá osobu jako živý organizmus, integrovaný celek, vnitřně spontánně aktivní, vstupující do interakcí s prostředím a reagující na prostředí. Organistický názor chápe chování jedince spíše ve stochastickém (probabilním čili nanejvýš pravděpodobném) smyslu. Chování je spojené se strukturálními změnami v organizmu, které jsou kvalitativní i kvantitativní.

Organistický názor je spjatý s holizmem. Předpokládá, že živý organizmus je integrovaný a organizovaný celek, který není redukovatelný na části. I když bere v úvahu části organismu, tyto mají význam jen v rámci celku.

Mechanistický a organistický filozofický názor jsou logicky inkompatibilní (neslučitelné).

Názor založený na změně

Přírozenou a inherentní (vnitřní) součástí života jedince jsou procesy změny. Změny jsou kontinuální po celý život jedince, takže osoba je vlastně soustavně ve stavu určitého přechodu. Změna může být chápána jako soustavná intraindividuální proměna.

Názor založený na změně hodnotí pokrok a zdůrazňuje realizaci vlastního potenciálu jedince.

Názor založený na perzistenci

Přírozeným a normálním stavem člověka je stabilita (perzistence). Perzistence (trvalost, stálost) je setrávání v čase a dochází k ní syntézou růstu

a stability. Její těžiště spočívá v udržování zavedených forem lidského chování prostřednictvím socializace a využívání podpůrných systémů (např. rodina, společnost aj.). Jedinci se v průběhu života stávají více samy sebou. Názor založený na perzistenci navíc předpokládá, že lidé mají moc utvářet si vlastní život a ke změnám dochází jen tehdy, je-li to nutné pro přežití. Změnu tedy můžeme považovat za kreativní objevování nových cest za účelem vyhnout se katastrofě a zabránit vyhynutí. Názor založený na perzistenci hodnotí solidaritu a stabilitu a zdůrazňuje zachování a šetření potenciálů jedince.

Názor založený na změně a názor založený na perzistenci jsou logicky inkompatibilní.

Integrovaný přístup

Integrovaný přístup pokládá jedince za soubor nebo-li jednotu jeho bio-psycho-socio-spirituálních částí. Jedinec se dokáže adaptovat na prostředí, které může ovlivnit pro udržení rovnováhy, přičemž kooperuje s prostředím, aby dosáhl cíle.

V posledních desetiletích se ve zdravotnictví objevily nové filozofické názory a trendy, které přinášejí individuální přístup k člověku jako celku. Také ošetřovatelství postupně upouští od orientace na nemoc a do popředí se dostává metoda ošetřovatelského procesu, komunitní ošetřovatelství a domácí péče, které kladou důraz na komplexní péči o člověka jako celku, nikoliv pouze na plnění ordinací lékaře.¹⁶

1.4 Holistická filozofie a ošetřovatelství

Snaha o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami jedince vedla v ošetřovatelství k uplatnění holistického přístupu k člověku. Holistický přístup vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i v nemoci.

Holizmus je termín odvozený z řeckého slova holos (celý, úplný, neporušený). Jde o filozofický směr, vycházející z idealismu. Vyzdvihuje prvenství celku v poměru k částem. Filozofie celostnosti vznikla v 20. letech 20. století. Název zavedl jihoafrický generál Jan Christian Smuts v knize

Holizmus a evoluce (1926), ve které vysvětlil neredukovatelnost celku na souhrn částí. Tvrdil, že světu vládne holistický proces tvořivé evoluce vytvářením mnohých celostností. Formy hmoty se v průběhu evoluce zmnožují a obnovují. Podle Smutsa holistický proces nahrazuje zákon o zachování hmoty.

Holistická filozofie se zabývá celkem a celostností. Celek nedegraduje na souhrn částí, ale vidí mezi nimi vzájemný vztah a ovlivnitelnost. Změna jedné části celku následně vyvolá změny v celku jako takovém, a tím se celek mění. Všechny živé organizmy jsou chápány jako jednotné celky ve vzájemné interakci, které jsou takto více než pouhý součet jejich částí. V tomto smyslu porucha jedné části znamená poruchu celku.^{11, 17, 19}

Holisticky chápané zdraví zahrnuje celého jedince, jeho celistvost a všechny stránky životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebekoncept a duchovno.¹¹

Holistická ošetřovatelská péče akceptuje práva pacienta/klienta, která jsou integrální součástí ošetřování a léčebného procesu. Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který představuje systémový přístup a komplexní řešení problémů pacienta/klienta; vždy je zaměřený na celého člověka (nejen na vlastní nemoc). Aplikace holistické filozofie na péči o lidi a jejich zdraví zdůrazňuje, že sestra musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem.

Holistické ošetřovatelství i medicína chápou člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, kterou ošetřují a léčí šetrnými metodami.

Holistická medicína neléčí pouze příznaky onemocnění, ale snaží se odstranit všechny příčiny. Alopatii (léčbu pomocí chemických léčiv) doplňuje spektrum alternativních medicínských postupů, např. akupunktura, homeopatie, fyto terapie a jiné. Principy holistické medicíny a léčby rozvinul prof. Pierre Roche de Coppens, který nemoc vnímal jako signál, který upozorňuje, že na psychické a duchovní úrovni člověka není něco v pořádku. Tvrdil, že nemoc je odrazem nesprávného životního stylu.^{4, 8, 13, 15}

2 Teorie a modely ošetrovatelství

Vývoj ošetrovatelství byl až do poloviny minulého století převážně intuitivní, založený spíše na tradicích a praktických zkušenostech než na teoretických základech. Rozvoj teoretické báze ošetrovatelství nastal v polovině 20. století v USA a v Kanadě. V současné době už má ošetrovatelství vymezenou vědomostní bázi, která zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. Obsahové zaměření teorií a modelů v ošetrovatelství je determinované vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorek.

2.1 Základní terminologie

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické a/nebo fyzikální vizualizace.

Symbolické modely nemají rozeznatelné fyzikální formy a jsou na vyšší abstraktní úrovni než fyzikální modely.

Symbolické modely mohou být:

- **verbální** – slovní vyjádření,
- **schematické** – diagramy, kresby, grafy, obrazy,
- **kvantitativní** – matematické symboly.

Fyzikální modely mohou vypadat jako to, co mají znázorňovat, nebo mohou být nekonkrétní (abstraktní):

- **konkrétní** – např. model oka, atomu,
- **abstraktní** – např. model energetických polí.

Koncepce je pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Koncepce představuje základní hledisko nebo vedoucí ideu vysvětlení určitého jevu, hlavní záměr nebo konstrukční princip různých druhů činností. Může ji tvořit také soustava názorů na určitý jev.

Koncepce může být:

- **abstraktní** – nezávislá na místě a čase (např. teplota),
- **konkrétní** – specifická k určitému místu a času (např. tělesná teplota).

Teorie je soubor poznatků charakterizující určitý jev; výklad příčin a souvislosti jevu, či jevů v určité oblasti, které je možné empiricky ověřovat. Teorie tvoří základ vědeckého poznání.^{11, 16, 24}

Pozor na záměnu termínů (koncepce, koncept, konspekt):

- **koncept** je první předběžné zpracování, předběžný návrh, pojetí,
- **konspekt** je krátký, stručný obsah díla, zhuštěný písemný záznam obsahu a základních myšlenek, případně teze plánovaného díla.

2.2 Metaparadigma ošetrovatelství

Každá vědní disciplína se zabývá určitými jevy a zkoumá je. Koncepce a teorie tyto jevy definují, uvádí je do vzájemných vztahů a tvoří metaparadigma příslušné vědní disciplíny.

Metaparadigma je jádro nebo obsah či předmět, kterým se příslušná vědní disciplína zabývá. Je to globální pohled na obsahové zaměření vědní disciplíny. Tvoří první úroveň rozlišení mezi vědními disciplínami. Specifikované je koncepcemi a teoriemi.

Není neobvyklé, že se více vědních disciplín zabývá stejnou nebo podobnou koncepcí. Například sociologie i psychologie se zabývají chováním jedinců, ale sociologie se zaměřuje na sociální chování (to tvoří její metaparadigma) a psychologie na odraz psychického stavu v chování jedince. Každá vědní disciplína má obvykle jediné metaparadigma, ze kterého se odvíjí více koncepčních modelů. Ty obsahují všeobecné koncepce a teorie.

Metaparadigma ošetrovatelství

Metaparadigma ošetrovatelství se vyvíjí od doby, kdy Florence Nightingale poprvé dala do souvislosti činnosti sester s vlivem prostředí na zdraví člověka (Notes on Nursing, 1859). K jeho explicitní (přesné) formulaci však došlo až koncem 80. let minulého století.

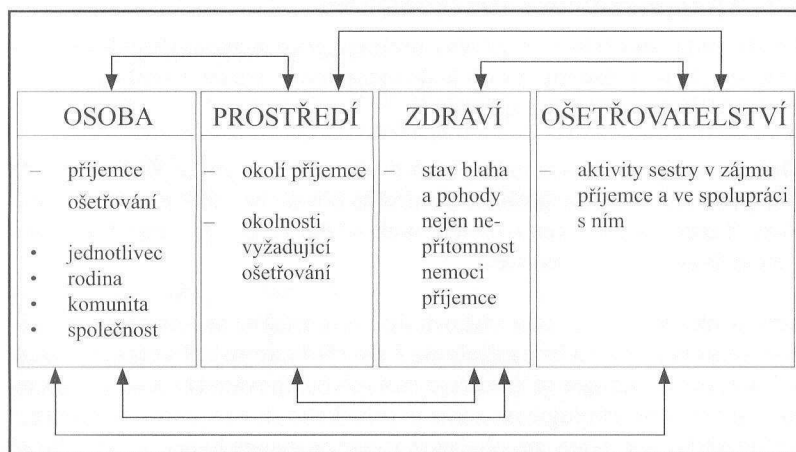
Metaparadigmatické koncepce, které determinují ošetrovatelství a jeho praxi, jsou ve všeobecné rovině:

- **osoba** jako příjemce ošetrovatelského výkonu (jednotlivec, rodina, skupina, komunita, společnost),
- **prostředí** je významné vnější a vnitřní okolí příjemce i okolnosti, za kterých k ošetrovatelským úkonům dochází,
- **zdraví** je stav blaha či osobní pohody, nejen absence nemoci příjemce,

- **ošetrovatelství** jsou činnosti, které vykonává sestra ve spolupráci s příjemcem nebo v jeho zájmu.^{3, 9, 23}

Za hlavní tvrzení metaparadigmatu ošetrovatelství vyjadřující všeobecný předmět této vědní disciplíny je možné považovat výrok, který uvádějí Donaldson a Crowley: „Ošetrovatelství studuje celek nebo zdraví člověka, přičemž bere v úvahu, že člověk je v neustálé interakci se svým prostředím.“²

Obr. 1 Metaparadigma ošetrovatelství



Zdroj: MUSILOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly ošetrovatelstva*.¹⁶ 189 s., modifikované autorkou

2.3 Konceptní model

Synonyma: paradigma, matrice disciplíny, konceptní systém, konceptní rámec.

Konceptní model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Konceptní modely se zaměřují na vybrané jevy a ovlivňují naše vnímání reality. Týkají se názorů a jevů, které souvisejí s daným oborem.

Každý konceptní model poskytuje odlišný pohled na koncepcie metaparadigmatu. Autoři různých modelů, kteří zkoumají určitý jev, vidí různé věci v různých souvislostech a v rozdílných vzájemných vztazích. Konceptní model v ošetrovatelství poskytuje orientaci pro praxi, vzdělávání a výzkum.

Obsah jednotlivých konceptních modelů zahrnuje filozofické zaměření, kognitivní orientaci, tradice výzkumu i praktické podmínky autora či teoretiků dané vědní disciplíny. Nezahrnuje však přesvědčení, myšlenky, hodnoty, metody výzkumu a přístupy k praktickým otázkám.

Koncepcie konceptního modelu jsou nejabstraktnější a nejvšeobecnější, není možné je přímo pozorovat v reálném světě, nejsou omezené na konkrétní jedince, skupinu, situaci nebo událost (např. adaptace). Koncepcie konceptního modelu nebývají vždy definované.^{2, 9, 11}

Tvrzení konceptního modelu jsou také abstraktní a všeobecná, a proto není možné je přímo empiricky pozorovat či zkoumat.

Tvrzení konceptního modelu mohou být základem dalšího vývoje modelu, mohou tvořit základní předpoklady modelu (např.: Lidé jsou racionální bytosti.); nebo jsou širokými definicemi koncepcí konceptního modelu (např.: Adaptace je schopnost přizpůsobit se změněné situaci.). Mohou konstatovat vztahy mezi koncepcemi konceptního modelu (např. tvrzení: Ošetrovatelský zásah směřuje k řízení stresorů životního prostředí – je konstatováním vztahu mezi koncepcí prostředí a koncepcí ošetrovatelství.).

Koncepcie a tvrzení jednotlivých konceptních modelů často používají charakteristický slovník, zpravidla spjatý s těžištěm konkrétního modelu. Stejně nebo podobné pojmy však mohou mít v různých konceptních modelech různý význam (např. stresor může být v jednom definovaný jako negativní prvek, a v druhém jako pozitivní síla).

Vývoj konceptních modelů

Příklady konceptních modelů je možné najít už v raných civilizacích Egypta a Číny i ve všech moderních vědách. Mnohé z modelů měly značný vliv na utváření světa, např. myšlenky a modely K. Marxe, A. Einsteina a S. Freuda ovlivnily svět ve 20. století. Marxův model byl politický, filozofický, sociální a ekonomický a utvořil rámec komunistické ideologie.

Einsteinův model relativity položil základ atomové éry a Freudův model trojdimenzionální struktury pro pochopení člověka tvoří základ psychoanalýzy.

V každém z uvedených případů se koncepční model vyvinul z empirických pozorování a intuitivních pohledů autora, resp. z dedukcí, které tvořivě propojily myšlenky z různých oblastí bádání.

Koncepční modely se mohou vyvíjet:

- **Induktivně** – zevšeobecněním různých pozorovaných jevů (např. Freud svou koncepcí ega, id a superega indukoval z pozorování chování jeho pacientů/klientů).
- **Deduktivně** – odvozením ze všeobecných dějů a poznatků (např. Einsteinův model relativity je odvozený z předcházejících prací z oblasti fyziky).

Koncepční model je jen aproximací (přiblížením) či zjednodušením skutečnosti a zahrnuje ty koncepce, které autor považuje za relevantní a nápomocné pro pochopení.

Každý koncepční model je jedinečnou kombinací nebo syntézou mnohých koncepcí, které musejí akceptovat podmínku logické myšlenkové kongruence (shody, shodnosti). Jen tak může představovat specifickou perspektivu pro jev, který je předmětem zájmu dané disciplíny.

Koncepční modely nabízejí i další (tzv. druhý) stupeň rozlišování mezi vědními disciplínami, a tak vlastně přesahují rámec metaparadigmatu. O druhém stupni rozlišování se hovoří tehdy, když se více než jedna vědní disciplína zajímá o konkrétní koncepci (např. stres je koncepcí, o kterou se zajímají mnohé vědní disciplíny, přičemž jejich ideje a tvrzení se značně liší).

Koncepční modely ošetrovatelství

Koncepční modely ošetrovatelství existují od doby, kdy Florence Nightingale začala poprvé prosazovat myšlenky ošetrovatelství. Její chápání ošetrovatelství však není prezentované formálním způsobem jako model. Teprve skupina Johnson, Reilly a Roy na konferenci pro rozvoj ošetrovatelství (1973), výslovně označila různé pohledy na ošetrovatelství jako koncepční modely.

Toto označení a další rozvoj koncepčních modelů je možné považovat za podstatný krok pro etablování samostatné vědní disciplíny – ošetrovatelství.

Koncepční modely ošetrovatelství představují různá paradigmatu odvozená z metaparadigmatu ošetrovatelství. Každý z modelů definuje čtyři metaparadigmatické koncepce odlišně a spojuje je různými způsoby.

Koncepční modely ošetrovatelství definují:

- **osobu** – nejčastěji jako integrovanou bio-psycho-socio-spirituální bytost, přičemž další specifikace je různá, například osoba jako adaptivní systém, behaviorální systém, sebepečující činitel, energetické pole apod.,
- **prostředí** – jako vnitřní struktury a vnější vlivy, včetně členů rodiny, komunity, společnosti a fyzikálního okolí, v některých modelech je prostředí považované za zdroj stresů a v jiných za zdroj zdrojů,
- **zdraví** – nejčastěji jako kontinuum (nepřetržitý průběh) od adaptace k maladaptaci, nebo jako dichotomii (dvojitost) behaviorální stálosti a nestálosti, či jako hodnotu, kterou definuje každá kulturní skupina jinak,
- **ošetrovatelství** – prostřednictvím specifikace cílů ošetrovatelských činností a ošetrovatelského procesu, např. jedním z cílů ošetrovatelství je pomoc osobám dosáhnout, udržet, či znovu získat schopnost se péče. Znaménko rovnosti se klade mezi zdravím a schopností postarat se sám o sebe. Ošetrovatelský proces v jednotlivých modelech zdůrazňuje zhodnocení zdravotního stavu jedince, vytčení cílů a plánů, realizaci intervencí a zhodnocení zdravotního stavu jedince po ošetrovatelských intervencích. Obsahová náplň jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu se může v různých modelech lišit.^{9, 16, 23}

Součástí ošetrovatelských modelů

Podle Kozier, Olivieri a Erb¹¹ mají koncepční modely ošetrovatelství tři základní součásti:

1. asumpce (předpoklady, premisy),
2. hodnotový systém,
3. hlavní jednotky.

Asumpce – jsou fakta nebo předpoklady, či premisy, které tvoří teoretický základ koncepce ošetrovatelství. Odvozují se od vědecké teorie a praxe a jsou v praxi ověřitelné. Většina ošetrovatelských modelů vychází z praxe. Asumpce se liší v jednotlivých modelech (např. asumpce jedince v modelu I. J. Orlando, C. Roy apod.).

Hodnotový systém – tvoří základní myšlenky oboru, které jsou podobné ve všech modelech ošetrovatelství a odrážejí filozofický názor autora. Zdůrazňuje např. jedinečnou úlohu sestry; orientaci ošetrovatelství na potřeby pacienta/klienta, na potřeby zdravých lidí, rodin a komunit; upozorňuje na interpersonální vztahy sestra – pacient/klient – lékař, na respektování lidské bytosti a celostní chápání jedince apod.

Hlavní jednotky – byly zformulované z asumpcí a z hodnotového systému. Bylo zformulováno sedm hlavních jednotek ošetrovatelského modelu:

- *cíl ošetrovatelství uvádí, co se ošetrovatelství snaží dosáhnout; cíle jednotlivých modelů se liší v závislosti na předpokladech (asumpcích),*
- *klient/nemocný/pacient je definovaný jako příjemce ošetrovatelské péče (jedinec, skupina),*
- *role sestry popisuje, co je úlohou sestry, co sestra vykonává,*
- *zdroj potíží je v pacientovi/klientovi, ne v sestře; uvádí příčinu problémů pozitivně ovlivnitelných ošetrovatelskou intervencí,*
- *ohnisko zásahu určuje zaměření ošetrovatelských intervencí,*
- *způsoby zásahu (intervence) specifikují způsoby a prostředky, kterými sestra disponuje při poskytování ošetrovatelské péče,*
- *důsledky obsahují očekávané výsledky ošetrovatelských intervencí, zlepšení zdravotního stavu příjemce.^{9, 11}*

Koncepční model mapuje a kategorizuje činnosti jeho zastánců, a tím odlišuje jednu skupinu výzkumníků, kliniků, pedagogů a řídicích pracovníků od jiné skupiny (např. jeden koncepční model vede svoje zastánce ke studiu stresu a adaptace a jiný může vést k sledování struktury a funkce).

Použití koncepčních modelů

Koncepční model poskytuje specifický rámec, ukazuje, co pozorovat, čeho si všimnout, o čem přemýšlet, jak se dívat na svět a která hlediska brát v úvahu, a tak pomáhá zkvalitnit práci sester. Koncepční model soustředí po-

zornost na některé oblasti, které autor považuje za důležité a jiné, méně důležité, vylučuje. (Např. jeden koncepční model se zaměřuje na pomoc člověku adaptovat se na stresy a jiný na schopnost sebepéče tohoto člověka.) Koncepční modely ošetrovatelství obohacují teoretickou základnu ošetrovatelství jako vědní disciplíny a v ošetrovatelské praxi řídí myšlení a jednání sester v konkrétních situacích.

Užitečnost koncepčních modelů je ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci viděného a zjištěného.

Koncepční modely poskytují:

- *systematickou strukturu a zdůvodnění činností, ukazují směr hledání a řešení praktických problémů,*
- *všeobecná kritéria pro poznání, že problém byl vyřešený.*

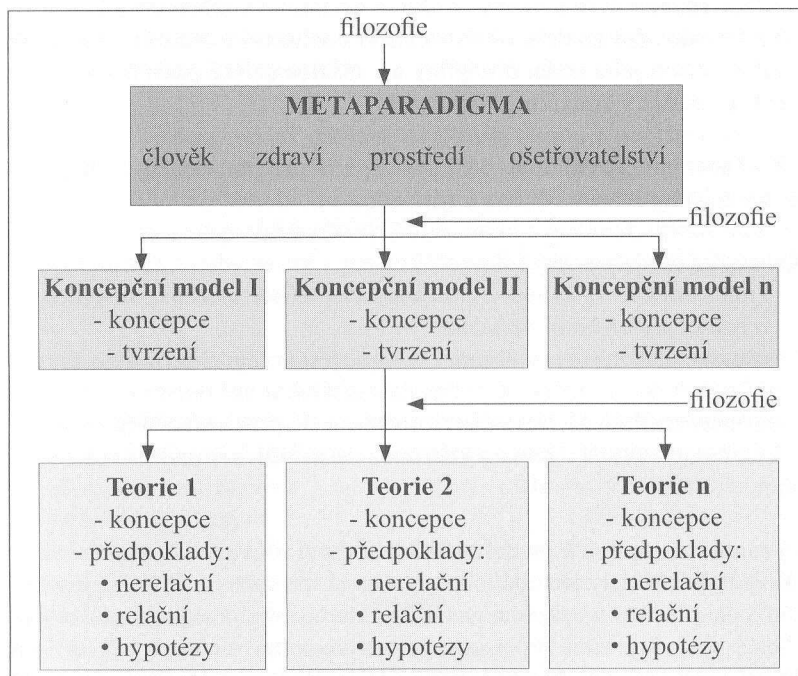
Koncepční modely ošetrovatelství zavedené do praxe umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a usnadňují komunikaci mezi sestrami.

Význam koncepčních modelů ošetrovatelství zdůvodnila Johnson takto: „Koncepční modely jsou důležité pro sestru, protože jí nabízejí filozofickou a pragmatickou orientaci na služby, které sestra poskytuje pacientům/klientům, služby, které může poskytnout jen sestra, služby, které nabízejí dimenzi celkové péče, která se liší od péče poskytované kterýmkoliv jiným zdravotníkem.“^{13, 16, 23, 24}

2.4 Teorie

Teorie je komplex názorů, představ a myšlenek zaměřených na vysvětlení nějakého jevu. Je odvozená buď z koncepčního modelu, nebo s ním souvisí. Jakákoliv teorie předpokládá existenci všeobecnějšího koncepčního modelu, podle kterého jsou formulované koncepce teorie. Teorie se zabývá jevy podstatně specifitějším způsobem než koncepční model a skládá se z koncepcí a předpokladů.¹¹

Obr. 2 Struktura hierarchie poznatků: Vztah metaparadigma – koncepční model – teorie



Zdroj: MUSILOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly ošetrovatelstva*.¹⁶ 187 s., modifikované autorkou

Koncepce teorií jsou konkrétnější a podrobnější než koncepce koncepčních modelů. Koncepce teorií musí být definované konstruktivně (tvořivě) a operativně tak, aby bylo možné teorii empiricky testovat.

Předpoklady teorií popisují koncepce teorie a jsou specifičtější než tvrzení koncepčních modelů. Dělí se na:

- **nerelační předpoklady** – výroky, které nevyjadřují vztahy. Popisují nebo definují koncepce teorie a mohou být:
 - existenční, které konstatují existenci koncepce,
 - definiční, které definují koncepci,
 - operační, které specifikují, jak je možné koncepci měřit,

- **relační (vztahové) předpoklady** – propojují dvě nebo více koncepcí, mohou vyjadřovat souvislost mezi koncepcemi, nebo vypovídat o vlivu jedné koncepce na druhou,
- **hypotézy** – speciální druh předpokladu, podle kterého existuje spojení mezi dvěma nebo více koncepcemi v empiricky testovatelné formě. Hypotéza je vlastně předpovězené skóre, které se zjistí při měření (testování) koncepce.

Teorie, jedinečná pro ošetrovatelství, je odvozená z koncepčního modelu. Může jí být popis konkrétního jevu, vysvětlení vztahu mezi jevy nebo předpověď účinku jednoho jevu na jiný.

Teorie se vyvíjejí prostřednictvím výzkumu. Ošetrovatelství přebírá teorie i z jiných vědních disciplín, například teorie role, změny, stresu, sociální podpory apod.

Typy teorií:

- a) **popisné teorie** popisují, hodnotí nebo klasifikují charakteristiky jedinců, skupin, situací, jevů či dějů tak, že shrnují to, co mají společné, vznikají během popisného výzkumu,
- b) **vysvětlující teorie** specifikují vztahy mezi charakteristikami jedinců, skupin, situací, jevů, dějů či událostí, vznikají korelačním výzkumem,
- c) **predikční teorie** předpovídají vzájemné vztahy nebo rozdíly mezi jevy a okolnostmi, vznikají experimentálním výzkumem.^{1,2,9}

Vzhledem k tomu, že se každá teorie zabývá jen úzce specifickými problémy, je potřebné množství teorií k tomu, aby mohly být vysvětlené všechny jevy, které jsou předmětem zájmu konkrétní vědní disciplíny.

Rozsah teorií:

- **Velké teorie** mají největší rozsah, často nemají definované koncepce, a proto se nedají dost dobře empiricky testovat. Jejich základem bývá důkladné zhodnocení existujících poznatků. Definují široká hlediska pro ošetrovatelskou praxi, vysvětlují klíčové pojmy a principy. Proto bývají někdy považované za koncepční modely. Za velkou teorii je považovaná například Teorie zdraví M. Newman, která byla odvozená z Modelu jednotných lidí M. Rogers.
- **Střední teorie** mají užší záběr, obsahují omezený počet koncepcí, pojmů a je možné je přímo empiricky testovat. V ošetrovatelství se vyskytují a používají nejčastěji, např. Teorie ošetrovatelského procesu I. Orlando.

- **Dílčí teorie**, tzv. mikroteorie či empirická zevšeobecnění, mají nejomezenější rozsah i použitelnost. Zahrnují konstatování izolovaných pozorování, která se zabývají úzkým rozsahem jevů (např. kazuistiky, diplomové práce).

Koncepční modely a teorie se v současnosti používají jako všeobecné návody na organizaci poznatků ošetrovatelství, plánování a realizaci výzkumných projektů klinické praxe ošetrovatelství, výchovných programů a řídicích systémů.^{9, 16}

Rozdíl mezi koncepčními modely a teoriemi

Rozdíl mezi koncepčními modely a teoriemi je v úrovni abstrakce, v účelu a počtu kroků před testováním tak, jak je uvedené v tabulce 1.

Tab. 1 Rozdíl mezi koncepčními modely a teoriemi

Koncepční model	Teorie
Úroveň abstrakce	
abstraktní, zevšeobecněný systém koncepcí a tvrzení	konkrétnější, se specifitějšími koncepcemi a předpoklady
všeobecná směrnice, kterou je třeba dále specifikovat	pomáhá specifikovat koncepční model a vytvořit poznatky v určité oblasti
všeobecný pohled na metaparadigma	konkrétnější, s omezeným rozsahem jevů
Účel	
vyčlenění poznatkové báze (ošetřovatelství)	popis, vysvětlení a/nebo předvídání specifických jevů (ošetřovatelství)
Počet kroků před testováním	
1. formulovat koncepční model 2. odvodit z modelu teorii 3. přiřadit ke koncepci teorie definice a odvodit hypotézy	1. vyslovit teorie 2. definovat koncepce a teorie a z předpokladů formulovat hypotézy
Model ulehčuje pochopení teorie.	Teorii lze empiricky testovat.

Zdroj: autorka

Koncepční model není možné použít přímo ve výzkumu, klinické praxi, výchově či řízení. Musí být nejdříve propojený s jednou či více teoriemi. Jedině tak dostaneme koncepční teoretický systém poznatků, které jsou potřebné pro činnost (např. model oka není možné testovat, ale teorie jeho funkcí ano).

Vztah koncepčních modelů a teorií k ošetrovatelství

Koncepční modely ošetrovatelství jsou abstrakce, které se v praxi uplatňují prostřednictvím ošetrovatelského procesu takto:

1. **Hodnocení** znamená sběr specifických údajů o klientových problémech, je v přímém vztahu k druhé jednotce koncepčního modelu ošetrovatelství (tj. osobě – pacientovi/klientovi). Např. vnímáme-li klienta z pohledu sebezpečí, shromáždíme potřebné informace z tohoto zorného úhlu.
2. **Diagnostika** následuje po analýze získaných dat a znamená identifikaci aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz s přihlédnutím k použitému ošetrovatelskému modelu.
3. **Plánování** znamená formulaci cílů, výsledných kritérií i plánu ošetrovatelských intervencí (zásahů nebo sesterských ordinací), které jsou v souladu s intervencemi uvedenými v koncepčním modelu.
4. **Realizace** znamená provedení intervencí na základě vědeckých poznatků, které nejsou zahrnuté do ošetrovatelského modelu. Model podává sestře instrukce, co má dělat, přímo určuje, které ošetrovatelské zásahy má uplatňovat, ale nemluví o tom, jak je má realizovat.
5. **Vyhodnocení** patří mezi konstantní ošetrovatelské úlohy. V jakém rozsahu pacient/klient dosáhl stanovené cíle? Jak se přizpůsobuje? Jak reaguje? Odpovědi na tyto a podobné otázky pomáhají sestře vyhodnotit účinnost celého ošetrovatelského procesu i ošetrovatelského modelu, který si zvolila.

Metaparadigma – koncepční modely – teorie

Většina vědních disciplín má jedno metaparadigma a více koncepčních modelů, ze kterých jsou odvozené teorie.

Abstraktní charakter koncepčních modelů vyžaduje mnoho teorií, které popisují, vysvětlují a předpovídají jevy v oblasti modelu. Strukturální hierarchie tedy postupuje od jednoho metaparadigmatu k více koncepčním modelům a teoriím (odvozeným z jednotlivých modelů – obrázek 2).^{2, 13, 23}

2.5 Kategorizace koncepčních modelů a teorií ošetřovatelství

Podle D. Johnson (1974) se koncepční modely a teorie ošetřovatelství dělí podle přístupů k chápání osoby, která je pacientem/klientem. To vyžaduje nejen různé formy praxe pro dosažení různých cílů, ale poukazuje to také na různé jevy, naznačuje různé otázky a vede k různým poznatkovým bázím. V zásadě existuje širší a užší kategorizace ošetřovatelských koncepčních modelů a teorií.

2.5.1 Širší kategorizace

a) Vývojové modely a teorie

Zdůrazňují:	procesy růstu, vývoje a zrání.
Zjišťují:	existující a potenciální problémy vývoje.
Vymezují:	zásahy pro stimulaci růstu a vývoje lidí i prostředí.
Jejich podstatou:	je změna, stálá intraindividuální variace, která může směřovat k nějakému konečnému cíli nebo stavu (např. zralost) nebo procesu (zrání) či dílčímu stupni konečného stavu.
Formy postupu:	jednosměrný, spirálovitý, cyklický, rozvětvený a diferencovaný vývoj. Prostřednictvím těchto postupů dochází ke změně.

Vývojové modely a teorie předpokládají, že lidé mají vnitřní potřebu změny, kterou vyvolávají vnitřní stavy nebo určité podmínky prostředí. Řadí se sem modely autorek D. Orem, N. Roper, E. Wiedenbach.

b) Modely a teorie systémů

Zdůrazňují:	zkoumání systému, jeho částí a vztahů v čase a prostředí.
Zjišťují:	existující a potenciální problémy ve funkci systému.
Vymezují:	zásahy, které maximalizují efektivní fungování systému.
Jejich podstatou:	jsou jevy, ve kterých existuje organizace, interakce, vzájemná závislost a integrace částí a prvků. Například systémem je jedinec, částí systému jsou orgány těla a prostředím je rodina, nebo systémem je společenství (etnikum), částmi jsou rodiny a prostředím je stát, ve kterém se společenství nachází.

Systémy se dělí na otevřené a uzavřené:

- **Otevřený systém** se udržuje v neustálém přísunu a odsunu, výstavbě a rozkladu složek. Všechny živé organizmy jsou otevřené systémy.
- **Uzavřený systém** je izolovaný od svého prostředí.

Charakteristické znaky systémových modelů jsou:

- **Hranice** jsou demarkační (oddělovající) čáry mezi systémem (jedinec) a prostředím; čím je hranice prostupnější, tím je vzájemná výměna energie mezi systémem a jeho prostředím větší.
- **Napětí, stres, konflikt** jako síly, které mění strukturu systému. Rozdíly mezi částmi systému a potřeba přizpůsobit se vnějším změnám způsobují různou intenzitu napětí (stresu, konfliktu) v rámci systému. Přitom vzniká změna, která konflikt řeší. Systémy mají tendenci směřovat k rovnováze mezi vnějšími a vnitřními silami.
- **Ekvilibrium** je stav rovnováhy, vyvážený stav ve vztahu částí a systému.
- **Zpětná vazba** je tok energie mezi systémem a prostředím; je vlastně souborem vstupů a výstupů na hranici mezi systémem a prostředím, přičemž dochází ke vzájemné informovanosti (o stavu systému a prostředí). Proces zpětné vazby funguje tak, že otevřené systémy jsou v interakci se svým prostředím a každá změna v systému je spojená se změnou v prostředí a naopak.

Mezi teorie a modely systémů patří modely autorek D. Johnson, C. Roy, I. King, B. Neuman.

c) Interakční modely a teorie

Zdůrazňují:	sociální děje a vztahy mezi lidmi.
Zjišťují:	existující a potenciální problémy v mezilidských vztazích.
Vymezují:	postupy pro zlepšení procesu socializace.
Jejich podstatou:	je, že považují lidské bytosti za stvoření, která definují a klasifikují situace a volí způsoby jednání vůči nim a mezi nimi. Sociální život poskytuje jedinci jazyk, sebepojetí, postupný nárůst schopnosti přebírání role a další schopnosti.

Charakteristické znaky interakčních modelů:

- **Percepce** znamená vnímání jiných lidí, prostředí, situací, dějů či jevů jedincem. Vjemy jsou odvozené ze sociálních interakcí s jinými osobami. Uvědomění si určitých jevů a zkušenost s nimi závisí na tom, jaký význam jim jedinec připisuje. Podle toho následně určuje svoje chování v určité situaci.
- **Komunikace** vzniká v průběhu sociálních interakcí, když jedinci navzájem verbálně i neverbálně komunikují. Lidé potřebují komunikovat, aby zjistili vnímání konkrétní situace jinou osobou.
- **Role** souvisejí se schopností komunikace a s přebíráním a přijímáním úloh souvisejících s pozicí jedince v komunitě. Jedinci přebírají chování spojené s jistou úlohou tehdy, když prostřednictvím komunikace zjistí, že daná role odpovídá konkrétní situaci. Každý jedinec přijímá množství rolí a každé z nich odpovídá určitý repertoár chování.
- **Sebekoncepce** zahrnuje myšlenky a pocity jedince týkající se jeho samotného, je to vnímání sebe sama, sebehodnocení i sebevýchova.

Mezi interakční modely a teorie patří například modely autorek H. Peplau, I. J. Orlando.

d) Modely a teorie potřeb

Modely a teorie potřeb se zaměřují na posuzování pacienta/klienta z pohledu hierarchie potřeb a z pohledu funkce sestry. Když jedinec nedokáže sám uspokojovat své potřeby, je nutný ošetrovatelský zákrok, který provede sestra (v různém rozsahu). Funkcí sestry je poskytnout potřebné zásahy a intervence a pomoci tak pacientovi/klientovi uspokojit jeho potřeby. Tato kategorie redukuje lidské bytosti jen na soubor potřeb a ošetrovatelství jen na soubor funkcí.

Mezi modely a teorie potřeb patří modely autorek V. Henderson, F. Abdellah.

e) Modely a teorie výsledků

Modely a teorie výsledků jsou zaměřené na výsledky ošetrovatelské péče a jejich hodnocení. Sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek v rámci ošetrovatelského procesu.

Mezi modely a teorie výsledků patří modely autorek B. Neuman, I. King.

f) Humanistické modely a teorie

Humanistické modely a teorie vycházejí z principů humanizmu, respektování lidských práv a práv pacientů. Jejich charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince. Mezi humanistické modely a teorie patří například modely autorek F. Nightingale, V. Henderson, D. Orem, R. Rizzo Parse a další.

g) Modely a teorie energetických polí

Modely a teorie energetických polí zahrnují koncepci energie v kontextu jedince a prostředí.

Mezi modely a teorie energetických polí patří například modely autorek M. Rogers, M. Levine, J. Fitzpatrick.

Následujících pět modelů h) až l) vychází z charakteru ošetrovatelské činnosti ve vztahu k pacientovi/klientovi.

h) Modely intervence

Modely intervence zdůrazňují ošetrovatelský zásah. Jádro intervenčních modelů tvoří odborná rozhodnutí a intervence sestry. Pacient/klient je objektem ošetrovatelství a není jen účastníkem ošetrovatelské péče. Sestra rozhoduje o péči, přičemž pracuje s vybranými proměnnými jedince nebo prostředí tak, aby dosáhla změny.

Mezi modely intervence patří modely autorek M. Gordon, I. King, F. Abdellah.

i) Modely a teorie substituce

Modely a teorie substituce se soustředují na poskytování náhrady (tedy substituce) za schopnosti pacienta/klienta, které byly ztraceny, nebo které není možné aktivizovat. Jednání závisí na rozhodnutí pacienta/klienta, který uplatňuje svou vlastní vůli a fyzickou kontrolu v největší možné míře při rozhodování o vhodné náhradě za ztracenou schopnost.

Mezi modely a teorie substituce patří modely autorek D. Orem, H. Peplau.

j) Modely a teorie konzervace

Modely a teorie konzervace zdůrazňují zachování příznivých aspektů situace pacienta/klienta, které jsou ohrožené onemocněním nebo existujícími či

potenciálními problémy. Jednání spočívá na rozhodnutích sestry, která musí dbát na zachování (konzervaci) existujících schopností pacienta/klienta. Mezi modely a teorie konzervace patří modely autorek N. Roper, M. Levine.

k) Modely a teorie podpory

Modely a teorie podpory se soustřeďují na pomoc nemocnému při jeho vyrovnávání se s poškozením zdraví. Intervence sestry jsou zaměřené na podporu pacienta/klienta a na výstavbu psychologických a fyziologických mechanismů vyrovnání se se situací.

Mezi modely a teorie podpory patří modely autorek E. Wiedenbach, M. Levine, V. Henderson.

l) Modely a teorie posílení

Modely a teorie posílení se zaměřují na zlepšení kvality života pacienta/klienta prostřednictvím posilování (všeho, co je nemocí oslabené).

Mezi modely a teorie posílení (empowerment) patří modely autorek D. Johnson, N. Roper.^{1,2,9}

2.5.2 Užší kategorizace

Užší kategorizace ošetrovatelských modelů a teorií bývá označovaná také jako klasické třídění.

a) Humanistické modely

Nightingale Florence: Moderní ošetrovatelství, 1859
 Henderson Virginia: Teorie základní ošetrovatelské péče, 1955
 Abdallah Faye: Dvacet jedna ošetrovatelských problémů, 1960
 Hall Lýdia: Jádru, péče a léčebný model, 1964
 Orem Dorothea: Teorie deficitu sebestpěče, 1970
 Adam Evelyn: Koncepční model ošetrovatelství, 1975
 Roper Nancy, Logan Winifred, Tierney Alison: Model životních aktivit, 1976
 Watson Jean: Filozofie a věda ošetrovatelství, 1979
 Leininger Madeleine: Teorie transkulturní péče 1980
 Rizzo Parse Rosemarie: Člověk – žití – zdraví, 1981, Teorie lidského bytí, 1992
 Benner Patricia: Od novicky k expertovi: Dokonalost a síla klinické ošetrovatelské praxe, 1984

b) Modely interpersonálních vztahů

Peplau Hildegard: Psychodynamické ošetrovatelství, 1952
 Orlando Ida Jean: Teorie ošetrovatelského procesu, 1961
 Wiedenbach Ernestine: Model umění pomoci, 1964
 Travelbee Joyce: Vztahy člověka k člověku, 1966
 Riehl Sisca Joan: Symbolický interakcionalismus, 1980
 Bernard Kathryn: Interakční model rodiče – dítě, 1984
 Mercer Ramona: Dosahování mateřské role, 1985
 Gordon Marjory: Model funkčních vzorců zdraví, 1987

c) Systémové modely

Johnson Dorothy: Model behaviorálního systému, 1959
 King Imogene: Systém a teorie cíle, 1971
 Neuman Betty: Systémový model, 1974
 Roy Callista: Adaptační model, 1976

d) Modely energetických polí

Levine Myra: Teorie čtyř konzervačních principů, 1967
 Rogers Martha: Model jednotných lidí, 1970
 Newman Margaret: Model zdraví, 1979
 Fitzpatrick Joyce: Perspektivní model života 1983¹⁶

Koncepční modely a teorie ošetrovatelství ve svých řešeních vycházejí z metaparadigmatu ošetrovatelství, které zpracovávají různým způsobem a z různého zorného úhlu. Poskytují všeobecné směrnice pro ošetrovatelskou praxi. Představují nejen určitý názor, ale také vzor přístupu k ošetrovatelské praxi. Usměrují ji v tom, co je třeba brát v úvahu při interakci s pacientem/klientem a jak interpretovat získané informace. Napovídají sestře, jak má plánovat zásahy na všeobecné úrovni a poskytují také prvotní kritéria pro hodnocení dosažených výsledků.

Modely a teorie ošetrovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout ošetrovatelské cíle, charakterizují vztahy mezi metaparadigmatickými koncepcemi, tj. zdravím, prostředím, osobou a ošetrovatelstvím. Pomáhají sestřím lépe pochopit souvislosti zjištěných problémů, snadněji plánovat ošetrovatelskou péči i zjišťovat výsledky intervencí. Proto se v praxi ošetrovatelské teorie a modely používají ve spojitosti s ošetrovatelským procesem. I když je třeba říci, že většina modelů je implementovaná do ošetrovatelské praxe převážně v USA a Kanadě, některé se uplatňovaly a uplatňují i v Evropě.

3 Humanistické modely

3.1 Florence Nightingale: Moderní ošetrovatelství

Biografické údaje:

- * 12. 5. 1820 Florencie, Itálie
- 7. 2. 1837 si zapsala do deníku: „Promluvil ke mně Bůh a povolal mě do svých služeb.“
- do roku 1851 časté cesty po Evropě spojené s návštěvami nemocnic, sanatorií a seznamování se s jejich organizační práce a se způsoby ošetrovatelské péče
- 1851 pobyt v Kaiserswerthu (Německo) v Ústavu Protestantské diakonie, kde studovala tamní systém péče o nemocné
- 1853 vedoucí Hospital for Invalid Gentlewomen (Ústav pro ošetřování nemocných dam) v Londýně
- 1854–1855 účast v Krymské válce, lazaret (vojenská nemocnice) ve Scutari
- 1858 publikovala „Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, Hospital Administration of the British Army“ (Poznámky o vlivech působících na zdraví, efektivitu a nemocniční administrativu v britské armádě), kde poprvé využila statistiku, grafy a diagramy
- 1859 publikovala „Notes on Nursing: What it is and what it is not.“ (Poznámky o ošetrovatelství)
- 1860 založila „Vzdělávací institut pro sestry“ a domov pro sestry při St. Thomas Hospital, King’s College Hospital v Londýně
- 1861 byly znovu publikované „Poznámky o ošetrovatelství“ doplněné o kapitoly ošetřování dětí
- 1863 publikovala „Notes on Hospitals“ (Poznámky o nemocnicích)
- od roku 1864 pracovala na projektech domácí péče, porodnic a kasáren
- 1871 publikovala „Notes on Confinement in Hospital“ (Poznámky o šestinedělí v nemocnici) a „Notes on the Sanitary State of the Army in India“ (Poznámky o státním zdravotnictví v armádě v Indii)
- 1874 publikovala „Life or Death in India“ (Život nebo smrt v Indii)
- 1887 spoluorganizovala vznik Britské asociace sester
- od roku 1897 byla definitivně upoutaná na lůžko
- 1900 ztratila zrak
- 1907 byla jako první žena v historii vyznamenaná „Za zásluhy“ králem Eduardem VII.

- v průběhu života obdržela celou řadu vyznamenání, např. německý kříž „Za zásluhy“ nebo francouzský kříž „Za zranění v boji“. Byla konzultantkou zdravotní péče o nemocné vojáky v Občanské válce ve Spojených státech, v prusko-francouzské válce, v Egyptě, v Súdánu a ve válce v jižní Africe
- † 13. 8. 1910 Londýn, Anglie^{2,9,14}

Vývoj teorie

Koncem 18. století a v první polovině 19. století byla hygiena nejzávažnějším zdravotním problémem. F. Nightingale se intenzivně zajímala o ošetřování nemocných. Při cestách po Evropě navštěvovala nemocnice a sanatoria, a tak získala bohaté zkušenosti a mnoho poznatků o organizaci a řízení, o stavebním uspořádání oddělení, o hygieně i o práci sester a lékařů. Tyto poznatky využila při práci v Ústavu pro ošetřování nemocných dam (např. vymyslela a nechala instalovat signalizační zařízení od lůžka nemocného na chodbu oddělení, nechala rozvést teplou vodu na každé patro a oddělení tohoto ústavu a další). Postupně se stala odborníkem na nemocnice a veřejné zdravotnictví.

V roce 1854 začala Krymská válka (Anglie a Francie proti Rusku), která znamenala pro F. Nightingale výzvu. Nabídla vládě, že povede sestry ve vojenské nemocnici (tehdy lazaretu). V říjnu 1854 odešla s 38 sestrami do Scutari. Navzdory počáteční nevoli lékařů zavedla Nightingale v lazaretu hygienická opatření, pravidelné stravování nemocných, prádelnu a konečně i ošetrovatelskou péči. Navrhovala ještě další změny. Všechny údaje a výsledky pečlivě evidovala. Bojovala za práva nemocných, zavedla systém, který umožňoval vojákům pravidelně posílat svým rodinám peníze, protože poprvé v historii dostávali ranění a nemocní vojáci nemocenské dávky. Pro rekonvalescenty zřídila odpočinkovou místnost, čítárnu s psacími potřebami a společenskými hrami. Vedla záznamy o počtu ošetřovaných vojáků i o úmrtích. V době působení sester ve Scutari pod vedením F. Nightingale klesla úmrtnost z počátečních 42 % na 2,2 % na konci války. Ve Scutari F. Nightingale onemocněla tzv. krymskou horečkou, která pravděpodobně ovlivnila její zdravotní stav na celý zbytek života.

Své poznatky a zkušenosti s ošetřováním nemocných F. Nightingale publikovala v roce 1859 v knize „Poznámky o ošetrovatelství“, která byla ur-

čená nejen sestřím, ale všem, kteří se starají o nemocné. Popsala v ní pět základních elementů zdravého prostředí – čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace. F. Nightingale nikdy neplánovala vytvoření (a ani nevytvořila) teorii či model ošetřovatelství. Spíše se snažila řešit problém – „co je a co není ošetřovatelství“. Jejím cílem bylo definovat ošetřovatelství jako vědu a umění a poskytnout všeobecná pravidla pro praxi a pro rozvoj ošetřovatelství. Vycházela z praktických zkušeností. Teoretici ošetřovatelství se však shodují v názoru, že vytvořila první teorii ošetřovatelství založenou na vztahu jedince s prostředím.

Po návratu ze Scutari F. Nightingale založila fond, do kterého kromě jiných přispívali i její bývalí pacienti a vojáci z Krymské války. Část z těchto peněz použila na otevření ošetřovatelské školy při nemocnici Sv. Tomáše v Londýně, protože byla přesvědčená, že sestrou může být jen vzdělaná, inteligentní, tvořivá a samostatná bytost. F. Nightingale sice nezaložila první ošetřovatelskou školu na světě, ale její pojetí ošetřovatelského vzdělávání bylo diametrálně odlišné od tehdejších škol. Třídy byly méně formální, část předmětů vyučovali lékaři, v jednom ročníku bylo 20–30 studentek, které byly ubytované v domově v areálu nemocnice. Teoretická výuka se střídala s praktickou u lůžka nemocného. Studentky v průběhu praktické výuky nosily uniformy, které F. Nightingale navrhla.

Byla první, kdo rozdělil pacienty. Do té doby byli muži, ženy i děti umísťováni na pokojích společně. Při zřizování nemocnic doporučovala oddělit „duševně zdravé“ od psychiatricky nemocných.

Teoretická východiska:

- *humanistická idealistická náboženská filozofie,*
- *matematika, statistika,*
- *empirická analýza,*
- *Dickensovy komentáře a informace o stavu společnosti, o potřebě sociálních a zdravotních reforem.*

Předpoklady (asumpce):

- *prostředí je odrazem momentálního stavu společnosti,*
- *fyzikální prostředí je hlavní zdroj infekce, nečistota a vlhkost jsou hlavní původci nemocí,*
- *zdravé prostředí je nezbytné pro správné ošetřování,*
- *zdraví je to nejcennější, co každý člověk má,*

- *nemoc je reparativní (nápravný) proces, kterým reaguje příroda na nesprávný způsob života jedince, je reakcí přírody na podmínky, ve kterých se jedinec nachází a úpravou prostředí je možné v tomto procesu dosáhnout pro nemocného prospěch,*
- *ošetřovatelství zahrnuje úpravu prostředí, výživy a zachování energie nemocného,*
- *ošetřovatelství není vymezované ani formulované lékařským rozhodnutím,*
- *sestra je vzdělaný, tvořivý a samostatný odborník, který není zcela závislý na lékaři.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetřovatelství** – zajistit nemocnému přežití nebo alespoň zmírnění utrpení a ulehčení umírání,
- pacient/klient** – potenciálně je jím každý jedinec; stává se jím v situaci, kdy je odkázaný na pomoc sestry; je to osoba v prostředí, ve kterém se má uzdravovat, je pasivní, ovlivňovaná sestrou a prostředím,
- role sestry zdroj potíží** – pomoc nemocnému dosáhnout optimální stav, – prvky prostředí (nečistota, vlhkost, chlad, tma, zápach, hluk),
- ohnisko zásahu způsob zásahu důsledky** – zabezpečení pěti složek zdravého prostředí, – úprava prostředí, – zlepšení prostředí a co nejlepší zdravotní stav nemocného.

Metaparadigmatické koncepce podle F. Nightingale:

- Osoba** – je multidimenzionální bytost, fyzická, psychická, sociální, intelektuální a metafyzická jednotka. Má životní sílu, která jí umožňuje vypořádat se s nemocí a navrátit zdraví. Jedinec je příjemce ošetřovatelské péče. Nemocný je jako jedinec pasivní, ovlivňovaný sestrou a prostředím.
- Prostředí** – zahrnuje vnější podmínky, které působí na život a vývoj jedince. Sestra musí upravovat prostředí jedince, a tak podporuje jeho schopnost dosáhnout a udržet si zdraví. Prostředí je ohniskem působení ošetřovatelství.

Zdraví

– je stav, kdy se jedinec cítí dobře, dokáže využívat své síly, schopnosti a možnosti. Zdraví je to nejcennější, co jedinec má. Zdraví je udržováno prostřednictvím prevence onemocnění a kontroly prostředí, je výsledkem vztahů mezi jedincem a jeho prostředím, mezi sestrou a nemocným a mezi sestrou a prostředím, při kterých jsou aktivity a činnosti sestry zaměřené na úpravu prostředí a působení na nemocného. Zároveň prostředí spolu s nemocným působí na sestru.

Ošetrovatelství

– je souhrn činností, které poskytují nemocnému co nejvhodnější podmínky pro přirozenou léčbu. Ošetrovatelství využívá k ovlivňování prostředí přírodní zdroje. Ovlivňování prostředí není léčebná činnost, ale zajišťuje jedinci co nejlepší podmínky pro přirozené chování. Tyto podmínky zlepšují prostředí, a tak vedou k podpoře zdraví. „Zdravé ošetřování“ podle F. Nightingale znamená činnosti zaměřené na prevenci onemocnění a kontrolu prostředí, čímž se jedincům zajistí klidný život až do smrti. Zdravé ošetřování se liší od ošetřování nemocného, při kterém sestra upravuje prostředí nemocného tak, aby pro něho dosáhla prospěchu a obnovila jeho zdraví nebo mu pomáhá při klidném umírání.^{1,9,14}

Koncepce teorie**Prostředí**

V teorii F. Nightingale je prostředí ústředním pojmem. Prostředí odráží momentální stav společností. Koncepce prostředí zahrnuje přírodní a zdravé prostředí.

Přírodní prostředí tvoří jádro orientace F. Nightingale. Zahrnuje životní prostředí jedince – fyzické, emocionální a sociální prostředí, ale ne jako samostatné části:

– **fyzické prostředí** je základní součástí okolí zdravého i nemocného jedince; důležité je udržovat prostředí v takovém stavu, aby se o něj mohl ležce postarat jak jedinec, tak sestra,

- **emocionální prostředí** má vliv na fyzickou stránku zdravého i nemocného jedince; škodlivé fyzické prostředí negativně působí na emocionální prožívání jedince (dnes označované jako stres),
- **sociální prostředí** souvisí s prevencí onemocnění. Komunikace a sociální prostředí musí být vždy chápány ve spojitosti s konkrétním jedincem, protože spolu souvisejí a ovlivňují fyzické a emocionální prostředí člověka.

F. Nightingale dávala přednost fyzickému prostředí před emocionálním a sociálním, specificky je nerozlišovala. Za složky přírodního prostředí považovala teplo, světlo, stravu, čistotu a zvukové podněty, které působí na zdravého i nemocného jedince a zahrnují i verbální a neverbální komunikaci.

Zdravé prostředí je nezbytnou podmínkou pro udržení zdraví a je mimořádně důležité pro poskytování účinné ošetrovatelské péče. Patří do něho čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace. Jestliže se tyto podmínky nedodrží, nemůže být žádný jedinec zdravý. Pokud se objeví nemoc, tak určitě nebyla některá podmínka splněna. Autorka složky zdravého prostředí doplnila o ticho, dietu (složení stravy, dobu podávání jídla), polohu nemocného (včetně umístění lůžka v místnosti) a odstraňování zápachu.

Vztahy

F. Nightingale popsala tři roviny vztahů: jedinec – prostředí, sestra – prostředí a sestra – nemocný.

Vztah jedinec – prostředí. Tento vztah je nejdůležitější, protože zdravé prostředí je podmínkou zdraví jedince. Vlivy prostředí působí na zdravého i nemocného. Je třeba se snažit o vytváření a udržování zdravého prostředí, tj. čistého vzduchu, čisté vody, čistoty (osobní i prostředí), světla a funkční kanalizace, protože nejsou-li tyto podmínky dodrženy, vznikají nemoci a jsou potřebné ošetrovatelské zásahy.

Vztah sestra – prostředí. Je zaměřený na péči sestry o prostředí nemocného. Ovlivňováním prostředí sestra pomáhá zlepšit zdraví jedince. Ve vztahu s prostředím má sestra:

- udržovat čerstvý vzduch, větrání brání zápachu,
- dbát na to, aby používaná voda byla vždy čistá,
- udržovat v místnosti světlo, nevhodnější je přímé sluneční světlo,
- dbát na čistotu prostředí, špína je zdroj infekcí (v kobercích a textilích je mnoho zdrojů infekce a nákaz),
- dbát na osobní čistotu (vlastní i nemocného), neumytý člověk je ohrožený infekcí,
- dbát o funkční kanalizaci, nefunkční způsobuje epidemie,
- udržovat kontinuální teplotu v místnosti správným vytápěním, větráním a vhodným umístěním lůžka nemocného v místnosti (teplotu v místnosti je třeba regulovat podle jeho tělesné teploty),
- dbát na vhodné zvukové podněty a bránit hluku, protože hluk může negativně působit na nemocného (ticho léčí),
- dbát na složení potravy, potřebná jsou dietní omezení podle druhu onemocnění a časový harmonogram stravování.

Sestra je zodpovědná za prostředí i tehdy, když v něm není fyzicky přítomná. Musí dohlížet na ty, kteří práci vykonávají v její nepřítomnosti. Sestra jako inteligentní a vzdělaná bytost má koordinovat jednotlivé složky prostředí podle stavu nemocného a svých zkušeností.

Vztah sestra – nemocný. Je zaměřený na uspokojování jeho potřeb a podporu psychické a sociální oblasti prostřednictvím komunikace. Sestra má důsledně pozorovat nemocného, hodnotit reakce a zlepšení stavu, má akceptovat to, co on sám preferuje, využívat energii na podporu jeho soběstačnosti a vyhýbat se negativnímu emocionálnímu působení. Sestra působí na nemocného tak, že zabezpečuje vhodné a správné prostředí (např. větráním, dietou apod.), a tak uspokojuje jeho potřeby. Sestra má k němu profesionální vztah a v tomto vztahu je nositelem morálky. Sestra má dbát také o tzv. management maličností, který zahrnuje ochranu nemocného před tělesným a duševním poškozením.

Vzdělávání sester

Sestra musí být vzdělaná teoreticky i prakticky, a proto musí získat teoretické vědomosti a praktické dovednosti v době studia. Sestře má být vlastní porozumění jiným lidem, vytrvalost a vynalézavost. Jen tak může jednat jako inteligentní zodpovědná osoba s profesionálním vztahem k nemocným.

Ošetrovatelské školy mají být nezávislé na nemocnicích, má se v nich realizovat teoretická výuka a studentky mají být začleněny do praktické činnosti v nemocnici. Efektivní ošetrovatelská praxe může být zabezpečena jen prostřednictvím dobrého ošetrovatelského vzdělání.

Podle F. Nightingale je nejdůležitější praktická příprava sestry ta, která ji učí, co má pozorovat, jak pozorovat, které příznaky jsou důležité, které ukazují na zlepšení a které na zhoršení stavu nemocného, jaké jsou známky zanedbávání a o jaký druh zanedbávání se jedná. Pokud se tomuto nenaučí, potom by si adeptka sesterského povolání měla uvědomit, že není k němu předurčena, a i když je laskavá a dychtivá po poznacích a pomoci jiným, tak by se měla této kariéry vzdát.

Pravidla pro rozvoj ošetrovatelství a pro praxi

Vzájemný vztah koncepce zdravého prostředí a praktického ošetřování je základní teorií ošetrovatelské praxe. Nemocného je třeba vnímat v souvislostech. Ošetrovatelství neléčí, nabízí jedinci podmínky pro přirozené chování. Tyto podmínky zlepšují prostředí a vedou k podpoře zdraví. Ošetrovatelství pomáhá nemocnému dosáhnout optimální zdravotní stav a medicína slouží k nápravě nemocné části jeho organismu.

Pro rozvoj ošetrovatelství a pro praxi stanovila F. Nightingale následující pravidla:

- **všeobecnost**, která znamená vytvoření všeobecných návyků a návodů, týkajících se sestry, nemocného a prostředí,
- **přesnost** znamená postavit ošetrovatelskou praxi více na pozorování a zkušenostech než na systematickém výzkumu,
- **důvoditelné následky** znamenají usměrňování sestry a jejího chování v zájmu nemocného i sebe v oblasti praxe, výzkumu i vzdělávání,
- **kreativita**, univerzální humanita je důležitá pro potenciál schopnosti růstu a změn.^{2,9,14}

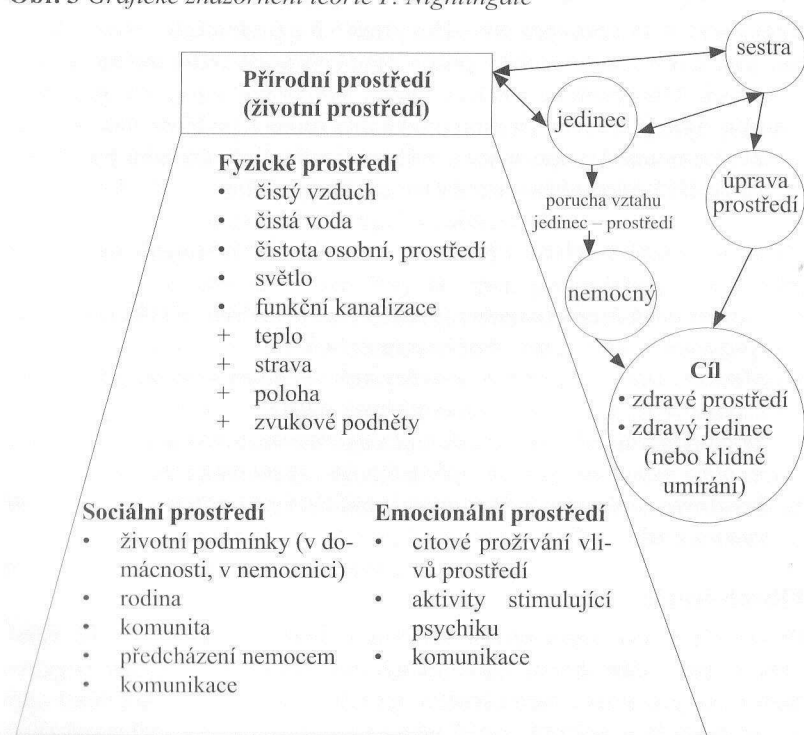
Obsah teorie

Prostředí (fyzické, emocionální, sociální) ovlivňuje každého jedince, zdravého i nemocného. Prostřednictvím kontroly prostředí, prevence negativních vlivů prostředí a nesprávného způsobu života je možné zdraví udržovat. Jakmile je některá složka přírodního prostředí nedodržovaná nebo porušovaná, nemůže být jedinec zdravý. Nemoc je reakcí „dobrotivé matky

přírody“ na podmínky, ve kterých jedinec žije, nebo na jeho nesprávný způsob života. Sestra musí umět pozorovat, mít vědomosti a být zručná v ošetřování nemocných, zejména však v ovlivňování prostředí. Jen tak může prospět nemocnému.

Florence Nightingale je první autorkou, která vytvořila a publikovala teorii ošetrovatelství. Tu úzce spojila s interakcí sestra – prostředí. Systém vzdělávání sester zahrnující kombinaci teoretické a praktické výuky, který navrhla a poprvé i zrealizovala, se stal základem pro vytvoření zdravotnických škol ve světě a dodnes tvoří kostru zdravotnického vzdělávání. Její dílo, podle teoretiků ošetrovatelství, reprezentuje filozofii ošetrovatelství.

Obr. 3 Grafické znázornění teorie F. Nightingale



Zdroj: autorka

12

3.2 Virginia Henderson: Teorie základní ošetrovatelské péče

Biografické údaje:

- * 1897 Kansas City, USA
- 1921 dosáhla základní ošetrovatelské vzdělání na Army School of Nursing ve Washingtonu D.C.
- 1922 začala učit ošetrovatelskou péči v Protestant Norfolk Hospital ve Virginii
- 1927 odešla studovat ošetrovatelství na Teachers College Columbia University, kde v roce 1934 ukončila magisterské vzdělání
- 1930–1948 přednášela klinické ošetrovatelství na Teachers College Columbia University
- od 1953 působila na Yale University of Nursing v New Havene, kde v letech 1959–1971 byla vedoucí ošetrovatelských studií a věnovala se ošetrovatelskému výzkumu
- 1960 publikovala „Basic Principle of Nursing Care“ (Základní principy ošetrovatelské péče), které byly přeloženy do více než 20 jazyků
- 1966 publikovala „The Nature of Nursing“ (Charakter ošetrovatelství), kde definovala funkci sestry
- v 80. letech minulého století byla aktivní emeritní členkou ošetrovatelského výzkumu na Yale University
- získala sedm čestných doktorátů na různých univerzitách a v roce 1988 jí bylo udělené čestné členství v ANA (American Nursing Association) za celoživotní přínos výzkumu a vzdělávání v ošetrovatelství

† 1996 Branford, USA^{2, 9, 14}

Vývoj teorie

Během základního studia ošetrovatelství se V. Henderson seznámila s učebnicí B. Harmer, která soustředila její pozornost na potřeby. Děkanka vojenské ošetrovatelské školy A. W. Goodrich ovlivnila názory V. Henderson na poskytování ošetrovatelské péče pacientovi/klientovi i na koncepci ošetrovatelství. V období studií, sesterské i učitelské praxe se V. Henderson nelíbilo, že péče o pacienta/klienta je poskytována jen podle služebních předpisů, že pacient/klient nemá jako příjemce zdravotnických služeb zajištěnou plně kvalifikovanou ošetrovatelskou péči a ochranu před poškozením. Domnívala se, že pacient/klient má být středem pozornosti

vzdělaných zdravotníků a sester a že profese, která významně ovlivňuje lidský život, musí mít jasně formulované funkce. Kladla si otázky: „Co je ošetrovatelská praxe? Jaká je jedinečná funkce sestry? Které jsou specifické úlohy a činnosti ošetrovatelství?“ Při hledání odpovědí využila vlastní zkušenosti sestry, učitelky i členky regionálního výboru ANA. Výsledkem byla v roce 1955 poprvé publikovaná definice ošetrovatelství. V následujících letech se na univerzitě v Yale věnovala výzkumu a práci na své teorii. V roce 1960 publikovala Základní principy ošetrovatelské péče a v roce 1966 přepracovala a znovu publikovala teorii základní ošetrovatelské péče spolu s revidovanou definicí funkce sestry.

Teoretická východiska:

- poznatky z fyziologie, psychologie, sociologie,
- učebnice B. Harmer: „Principy a zásady ošetrovatelství“ (*Principles and Practice of Nursing*), kterou poprvé V. Henderson přepracovala a publikovala po smrti autorky v roce 1939 (jednalo se o 4. vydání), učebnici podle nových poznatků dále přepracovávala a vydala v roce 1955 (5. vydání) a 1978 (6. vydání),
- názory A. W. Goodrich, děkanky Army School of Nursing,
- práce C. Stackpole a C. Bernarda z oblasti fyziologie a psychosomatické medicíny,
- práce E. Thorndika z psychologie a výzkumu základních lidských potřeb,
- práce G. Deavera, fyzioterapeuta v Institutu pro tělesně postižené,
- práce I. J. Orlando.

Předpoklady (asumpce):

- „Ošetrovatelství je zakotvené v potřebách lidstva“ definice ošetrovatelství B. Harmer z roku 1922,
- péče o nemocné jen podle služebních předpisů je nedostačující a ošetrovatelství by nemělo být podřízené medicíně (odvozené od A. W. Goodrich),
- definice ošetrovatelské péče by měla obsahovat posouzení principu fyziologické rovnováhy, protože citová rovnováha je neoddělitelná od rovnováhy v oblasti fyzické; emoce jsou naší interpretací reakce buněk na výkyvy chemického složení mezibuněčných tekutin (odvozené z prací C. Bernarda, podle kterého: „zdraví závisí od konstantního udržování lymfy okolo buněk“),

- mnohé základní potřeby jedince nejsou v nemocnici uspokojené (odvozené z prací E. Thorndika),
- cíl všech snah zdravotnického týmu spočívá v získání samostatnosti a nezávislosti pacienta/klienta (odvozené z práce G. Deavera),
- sestra se lehko dopustí chyby při uspokojování potřeb pacienta/klienta, pokud si svůj výklad potřeb pacienta/klienta nezkonfrontuje s jeho výkladem (odvozené z práce I. J. Orlando).

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – nezávislost pacienta/klienta v uspokojování potřeb, **pacient/klient** – jedinec vyžadující pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidném umírání, duše a tělo jsou neoddělitelné a pacient/klient a jeho rodina tvoří jeden celek,
- role sestry** – udržovat nebo navracet nezávislost pacienta/klienta při uspokojování vlastních potřeb,
- zdroj potíží** – nedostatek síly, vůle, vědomostí,
- ohnisko zásahu** – deficit, který je zdrojem potíží pacienta/klienta,
- způsob zásahu** – činnosti nahrazující, doplňující, podporující nebo zvyšující sílu, vůli, vědomostí,
- důsledky** – zvýšení rozsahu nezávislosti při uspokojování potřeb nebo klidná smrt.

Metaparadigmatické koncepce podle V. Henderson:

- Osoba** – je nezávislá celistvá bytost, tvořená čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které zahrnují čtrnáct elementárních potřeb, potřeby si jedinec uspokojuje individuálním způsobem.
- Prostředí** – autorka nedefinuje, vnímá ho však jako životní prostředí, jako soubor všech vnějších podmínek a vlivů, které působí na život a vývoj jedince.
- Zdraví** – autorka přesně nedefinovala, ale ve svých pracích ztotožňuje zdraví se soběstačností, samostatností a nezávislostí jedince. Zdraví vnímá spíše jako schopnost jedince plnit bez pomoci čtrnáct základ-

ních potřeb a uvádí: „Je to spíš kvalita zdraví než života, ta volnost pohybu mentální a tělesné energie, která dovoluje člověku vysoce efektivně pracovat a dosáhnout co nejvyšší úroveň spokojenosti v životě.“

Ošetrovatelství – je proces řešení problémů pacienta/klienta prostřednictvím poskytování pomoci. Hlavním cílem ošetrovatelství je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí tak, aby byl schopný hodnotně žít. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta/klienta sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí.^{2,9,14}

Koncepce teorie

Základní potřeby

Lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb.

Jedná se o následující potřeby:

1. normální dýchání,
2. dostatečný příjem potravy a tekutin,
3. vylučování,
4. pohyb a udržování vhodné polohy,
5. spánek a odpočinek,
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání,
7. udržování fyziologické tělesné teploty,
8. udržování upravenosti a čistoty těla,
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých,
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů,
11. vyznávání vlastní víry,
12. smysluplná práce,
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince v oblasti biologické (1–9), psychické (10, 14), sociální (12, 13) i spirituální (11) a uspokojované jsou nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva nejsou stejné. Základní potřeby existují bez ohledu na medicínskou diagnózu, necht' je jakkoliv ovlivňuje. Péče odvozená ze základních lidských potřeb může sloužit jako podklad při propagaci zdraví i při poskytování ošetrovatelské péče v případě nemoci.^{1,2}

Základní ošetrovatelská péče

Problémy s uspokojováním základních potřeb se mohou objevit v některých životních obdobích (např. dětství, těhotenství, stáří ...) nebo vznikají v průběhu nemoci. Tehdy potřebuje jedinec při uspokojování potřeb pomoc druhé osoby. V této situaci se zapojí ošetrovatelství. Jeho cílem je co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta/klienta.

Základní ošetrovatelská péče:

- je péče, kterou vyžaduje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii (i když obě tyto skutečnosti ovlivňují plán i intervence sestry),
- je odvozená z individuálních potřeb pacienta/klienta,
- je ovlivňovaná podmínkami (tzn. věkem, kulturou, emocionální rovnováhou, fyzickými a psychickými schopnostmi pacienta/klienta) a patologickým stavem (tzn. syndromy a symptomy onemocnění, jako např. nedostatek kyslíku, kóma, šok apod.). Tyto faktory musí vzít sestra do úvahy, protože i když mají dva pacienti/klienti stejné příznaky (např. febrilní stav) a mají stejnou lékařskou diagnózu (např. bronchopneumonii), péče, kterou vyžaduje batole či 70letý muž, je velmi rozdílná.

Základní ošetrovatelská péče je poskytována jedincům v nemocnicích i v domácí péči.

Čtrnáct komponentů základní ošetrovatelské péče

Komponenty základní ošetrovatelské péče jsou odvozené ze čtrnácti základních potřeb jedince. Jedná se o následující komponenty:

1. pomoc pacientovi/klientovi normálně dýchat,
2. pomoc pacientovi/klientovi při příjmu potravy a tekutin,
3. pomoc pacientovi/klientovi při vylučování,
4. pomoc pacientovi/klientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy),

5. pomoc pacientovi/klientovi při spánku a odpočinku,
6. pomoc pacientovi/klientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání,
7. pomoc pacientovi/klientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí),
8. pomoc pacientovi/klientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky,
9. pomoc pacientovi/klientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých,
10. pomoc pacientovi/klientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav,
11. pomoc pacientovi/klientovi při vyznávání jeho víry,
12. pomoc pacientovi/klientovi při práci a produktivní činnosti,
13. pomoc pacientovi/klientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách,
14. pomoc pacientovi/klientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví).

Aktivity sestry jako vykonavatelky základní ošetrovatelské péče zahrnují pomoc jedinci při uspokojování jeho čtrnácti základních potřeb. Sestra pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta/klienta může sestra jen v případě jeho úplné závislosti.

Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče

Podle V. Henderson poskytování základní ošetrovatelské péče probíhá ve třech fázích:

- **1. fáze** zahrnuje zjištění, ve které ze čtrnácti oblastí základních potřeb nemá pacient/klient dostatek sil, vůle a/nebo vědomostí – tzn., že sestra musí určit oblasti, ve kterých pacient/klient potřebuje pomoc, následně plánuje zásahy pomoci a také je realizuje,
- **2. fáze** nastupuje po poskytnutí adekvátní pomoci pacientovi/klientovi, což se projeví zlepšením narušeného zdraví či patologického stavu i zlepšením soběstačnosti pacienta/klienta, nové skutečnosti musí sestra promítnout do změny plánu péče,
- **3. fáze** je zaměřená na edukaci pacienta/klienta a jeho rodiny.

Plán základní ošetrovatelské péče

Každá efektivní ošetrovatelská péče je plánovaná. Písemný plán nutí ty, kteří ho sestavují, aby se zamysleli nad potřebami pacienta/klienta. Písem-

ný plán základní ošetrovatelské péče sestávají zúčastněné osoby (sestra a pacient/klient) a slouží celému zdravotnickému týmu jako rozpis intervencí, které mají členové týmu při ošetrování pacienta/klienta postupně vykonat. Plán ošetrovatelské péče vytváří předpoklad pro jednotnost a kontinuitu poskytované péče. Spokojenost pacienta/klienta vyžaduje průběžnou modifikaci plánu.

Plán ošetrovatelské péče:

- a) je v každé ze čtrnácti oblastí ovlivněný věkem pacienta/klienta, jeho temperamentem, socio-kulturním postavením, jeho tělesnými a duševními schopnostmi i patologickým stavem a symptomy,
- b) by měl být modifikovaný v určitých intervalech, např. po hodinách, denně, týdně, vždy podle toho, jak se mění potřeby a rozsah soběstačnosti pacienta/klienta,
- c) musí být v souladu s medicínským plánem terapie, neboť sestra obvykle působí jako koordinátor ošetrovatelského a terapeutického plánu.

Funkce sestry

Každý člen zdravotnického týmu má svou jedinečnou funkci. Jedinečnou funkcí lékaře je u pacienta/klienta stanovit diagnózu, terapii a prognózu. Sestra byla nazvaná „profesionální matkou“, protože stejně jako matka, která reaguje na potřeby svého dítěte, musí i sestra reagovat na potřeby pacienta/klienta. Přitom často vykonává úlohy, které jsou jí cizí (např.: role instalátéra, uklízečky ...). Takové chápání sestry však nic neříká o její jedinečné funkci. Funkci sestry definovala V. Henderson takto:

„Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“

Sestra iniciuje a řídí právě tento aspekt své práce, v tom je dokonalá. Kromě naplňování své jedinečné funkce sestra pomáhá pacientovi/klientovi plnit terapeutický plán lékaře. Prvořadou povinností sestry je tedy pomáhat pacientovi/klientovi s jeho denním životním režimem nebo s těmi činnostmi, které běžně vykonával sám – bez pomoci, když měl dostatek sil, vůle a vědomostí a když byl naplněn láskou k životu.

Vztahy při poskytování základní ošetrovatelské péče

Při poskytování ošetrovatelské péče vznikají následující vztahy:

- a) **vztah sestra – pacient/klient** – na této úrovni konstatovala autorka další tři roviny vztahů, které musí být vždy konstruktivní; jedná se o následující roviny:
- sestra jako „náhrada“ za pacienta/klienta – vztah vzniká tehdy, když je pacient/klient nesoběstačný a závislý na druhých osobách a sestra nahrazuje to, co mu chybí (pro nedostatek síly, vůle, vědomostí) k tomu, aby byl soběstačný a nezávislý,
 - sestra jako pomocník pacienta/klienta – vztah vzniká v situacích, kdy sestra pomáhá pacientovi/klientovi v průběhu uzdravování obnovit soběstačnost a nezávislost,
 - sestra jako partnerka pacienta/klienta – vztah vzniká tehdy, když sestra a pacient/klient, jako partneři, na základě společného hodnocení potřeb formulují plán péče, jehož realizaci sestra usměrňuje,
- b) **vztah sestra – lékař** je vztahem vzájemné spolupráce s důrazem na soulad ošetrovatelského a terapeutického plánu,
- c) **vztah sestra – zdravotnický tým** – sestra je členkou týmu, ve kterém se vytvářejí vztahy vzájemné pomoci při uskutečňování ošetrovatelského plánu. Všichni členové týmu považují pacienta/klienta za ústřední postavu a měli by si uvědomovat, že mu všichni v první řadě pomáhají. Podle V. Henderson by žádný člen týmu neměl klást na jiného člena takové extrémní požadavky, že by nebyl schopný vykonávat svou jedinečnou funkci. Také by žádný člen neměl být rušený nezdravotnickými činnostmi (např. administrativní práce), aby kvůli nim zanedbával své speciální úkoly a jedinečnou funkci.^{2,5,14}

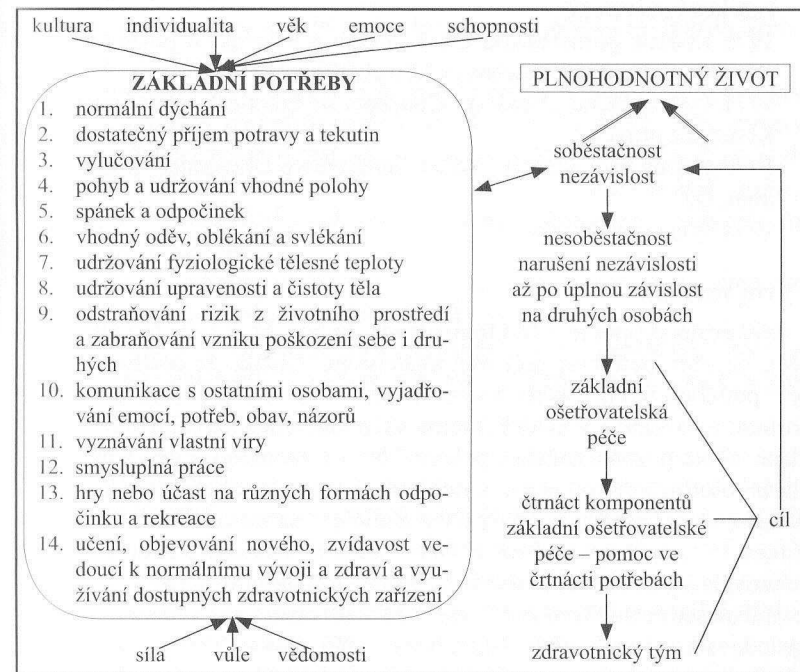
Obsah teorie

Každý jedinec má základní potřeby, které jsou ovlivněné kulturou a jeho vlastní osobností. Potřeby jedinci uspokojují nejružnějším způsobem života. Je-li jedinec při uspokojování vlastních potřeb soběstačný a nezávislý, pak žije plnohodnotný život. V situaci, kdy nemá dostatek sil, vůle a/nebo vědomostí, dochází k různému stupni porušení nezávislosti, k projevům neuspokojených potřeb, což je obvykle spojené s porušením zdraví nebo s příznaky nemoci. Tehdy přichází jedinec do kontaktu se zdravotnickým pracovníkem. Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti čtrnácti potřeb, při kterých potřebuje pomoc. Zároveň zhodnotí podmínky a patologické stavy, které ovlivňují potřeby pacienta/klienta. Následně sestra plá-

nuje vhodné zásahy, které realizuje. Plán operativně modifikuje. Po celou dobu, kdy probíhá interakce s pacientem/klientem, sestra uplatňuje svoji jedinečnou funkci. Při poskytování základní ošetrovatelské péče vznikají vztahy sestra – pacient/klient, sestra – lékař, sestra – členové ošetrovatelského týmu, jejichž cílem je co nejdříve obnovit soběstačnost a nezávislost pacienta/klienta na okolí tak, aby byl schopný žít plnohodnotný život. Není-li to možné, provází ho na cestě ke klidné smrti.

O Virginii Henderson se hovoří jako o F. Nightingale 20. století. Její Teorie základní ošetrovatelské péče bývá často označovaná jako suplementárně-komplementární model a její definice funkce sestry jako definice ošetrovatelství.

Obr. 4 Grafické znázornění teorie V. Henderson



Zdroj: autorka

3.3 Dorothea Elisabeth Orem: Teorie deficitu sebedpěče

Biografické údaje:

- * 1914 Baltimore, USA
- 1930 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Providence Hospital School of Nursing ve Washingtonu, D.C.
- 1939 získala bakalářské vzdělání v oblasti edukace na Catholic University of America ve Washingtonu, D.C., kde v roce 1945 ukončila magisterské vzdělání ve stejném oboru
- 1940 se stala ředitelkou pro ošetrovatelství v Providence Hospital v Detroitu
- 1947–1957 pracovala ve státě Indiana jako sestra v nemocnici, jako privatní sestra a sestra konzultantka, v tomto období začala také pracovat na své teorii
- 1957 se vrátila do Washingtonu, D.C., kde od roku 1959 působila na katolické univerzitě
- 1970 založila poradenskou firmu „Orem a Shields“ a pracovala jako poradkyně pro ošetrovatelství v Marylandu
- 1971 vydala knihu „Nursing: Concepts of Practice“ (Ošetrovatelství: Koncepce praxe)
- 1976 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu, D.C.
- 1984 byla penzionována ^{2,9,14}

Vývoj modelu

V době sesterské praxe si D. Orem všimla, že lidé, kteří vyžadují lékařskou péči, ne vždy potřebují péči ošetrovatelskou. Zjistila, že ošetrovatelskou péči potřebují jedinci, kteří nejsou schopni se o sebe průběžně adekvátně postarat v rozsahu a v kvalitě, kterou vyžaduje jejich aktuální stav. Na základě tohoto poznání začala v polovině 60. let minulého století koncipovat vlastní ošetrovatelskou teorii. V době působení na katolické univerzitě rozšířila koncepci ošetrovatelské péče o zaměření na rozvoj aktivit sebedpěče. V roce 1971 publikovala knihu Ošetrovatelství: Koncepce praxe, ve které definovala a porovnávala jednotlivé koncepce v soukromém a domácím ošetrování a ošetrovatelském vzdělávání (další přepracovaná vydání této knihy následovala v letech 1980, 1985, šesté vyšlo v roce 2000). V roce 1973 uvedla svou teorii do praxe. Dále ji však upřesňovala a průběžně dopracovávala a v roce 1983 publikovala v kapitole „The Selfcare Deficit Theory

of Nursing“ (Ošetrovatelská teorie deficitu sebedpěče) v knize Clements, I., Roberts, F. Family Health: A Theoretical Approach the Nursing Care (Rodinné zdraví: Teoretický přístup ošetrovatelské péče).

Teoretická východiska:

- *filozofie humanizmu,*
- *práce H. Selyeho, L. Bertalanffyho, E. Fromma, G. Allporta, R. Katza a dalších,*
- *práce F. Nightingale, V. Henderson, H. Peplau, E. Wiedenbach, I. Orlando, F. Abdellaha a dalších.*

Předpoklady (asumpce):

- *lidé mají vrozenou schopnost starat se o sebe, mají schopnost sebekorekce a nezávislosti,*
- *schopnost starat se o sebe i závislá péče jsou důsledkem potřeb jedince a požadavků na homeostázu,*
- *v životě člověka vznikají situace, které s sebou přinášejí nároky na péči např. stárnutí, nedodržování vhodného způsobu života nebo situace, kdy se jedinec necítí úplně zdrav, tehdy si péči zajistí buď zcela sám (za předpokladu, že má dostatek vůle, sil, schopností a podmínek), nebo si ji zajistí jen částečně, popř. vůbec ne a pak je potřebný a žádoucí vstup ošetrovatelské péče,*
- *specifickým zájmem ošetrovatelství je uspokojování potřeb jedinců mobilizováním sebedpěče na základě lidské přirozenosti,*
- *ošetrovatelství poskytuje profesionální pomoc jedincům, kteří si nedokáží uspokojovat vlastní základní potřeby, nebo v nich nejsou soběstační.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – taková úroveň sebedpěče pacienta/klienta, aby si udržel optimální zdravotní stav,
- pacient/klient** – jedinec s projevy deficitu sebedpěče,
- role sestry** – poskytnutí pomoci pro dosažení optimální úrovně sebedpěče,
- zdroj potíží** – překážky sebedpěče,
- ohnisko zásahu** – oblast deficitu sebedpěče,

- způsob zásahu** – prostřednictvím pěti způsobů zásahu: činnosti za nebo pro pacienta/klienta, vedení, podpora, poskytnutí podnětného prostředí, učení,
- důsledky** – optimální úroveň sebekpěče.

Metaparadigmatické koncepce podle D. Orem:

- Osoba** – je funkčně integrovaný celek, motivovaný postarat se sám o sebe a udržet si tak homeostázu procesů v organismu. Jedinec má potenciál osvojit si znalosti a dovednosti sebekpěče (tzn. nezávislé péče) a péče o závislé členy rodiny (dětí, partnery, rodiče), která je velmi podobná sebekpěči. Jedinec se chová a jedná záměrně (tzv. naučené chování) ve vztahu k cíli. Učení jedince je ovlivněné jeho věkem, mentálními schopnostmi, kulturou, společnostmi a vlastním citovým stavem. Když se jedinec nenaučí, nebo se není schopný naučit určité úrovni sebekpěče, musí mu ji poskytnout jiné osoby (tzn. závislá péče).
- Prostředí** – autorka specificky nedefinovala.
- Zdraví** – Orem akceptovala definici WHO („Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci či slabosti“, definice WHO z roku 1947).
- Ošetrovatelství** – je specifická služba profesionální pomoci osobám s deficitem sebekpěče, tzn. jedincům, kteří nejsou schopni splnit si požadavky sebekpěče potřebné pro zdravou existenci. Neschopnost sebekpěče je obvykle spojena s nemocí nebo handicapem. Avšak tělesné postižení či nemoc nemusí být vždy důvodem k poskytování ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelské péče je dosažení maximální možné úrovně sebekpěče jedince, zachování zdraví a ochrana před onemocněním či poraněním.^{1,9,14}

Koncepce teorie

Sebekpěče

Sebekpěče je soubor činností, které si každý jedinec zabezpečuje sám za účelem zachování života, zdraví a pohody. Činnosti sebekpěče jsou ovliv-

ňované věkem jedince, schopnostmi jedince a sociokulturním prostředím. Sebekpěče je filozofií zdravého způsobu života, je konkrétním chováním jedince ve prospěch vlastní existence.

Požadavky sebekpěče

Péče jedince o sebe sama vychází z potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví. D. Orem identifikovala tři druhy požadavků na schopnost sebekpěče jedince (a následně rozeznává i sebepečovatelské chování). Jde o následující požadavky:

- **univerzální požadavky sebekpěče** zahrnují požadavky související se základními životními procesy a funkcemi; jsou to:
 - dostatečný příjem vzduchu, potravy a tekutin,
 - správná funkce vylučování,
 - rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem,
 - rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou,
 - rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují život a zdraví,
 - podpora fyziologicky optimálního stavu,
- **vývojové požadavky sebekpěče** jsou spojené s růstem, vývojem a životními etapami či obdobími jedince; jsou to:
 - nynější životní fáze (a její změny při přechodu do následující fáze),
 - krizové a zátěžové situace a události (narušující růst a vývoj jedince),
- **terapeutické požadavky sebekpěče** zahrnují požadavky při poruchách zdraví či odchylkách od normy, které souvisejí s:
 - následky onemocnění, vědomostmi o patologickém stavu,
 - diagnostickými, terapeutickými a rehabilitačními výkony,
 - dyskomfortem a negativními následky lékařské péče,
 - adaptací organismu,
 - edukací při trvalých vlivech nemoci a při terapeutických opatřeních.^{2,9}

Řízení sebekpěče

Řízení sebekpěče znamená činnosti zaměřené na aktivizaci sebepečovatelského chování jedince. Aby bylo toto chování aktivizované, jedinec musí:

- vědět, **proč** se má o sebe starat,
- umět rozhodnout, **jak** se bude péče vykonávat,
- vědět, **co** pro to musí udělat.

K řízení sebedpěče je potřeba, aby byl jedinec schopný:

- odhadnout přiměřené aktivity,
- rozhodnout o těchto aktivitách,
- realizovat vybrané činnosti péče.

Výsledkem řízení sebedpěče je selfmanagement (seberřízení), ke kterému je potřeba:

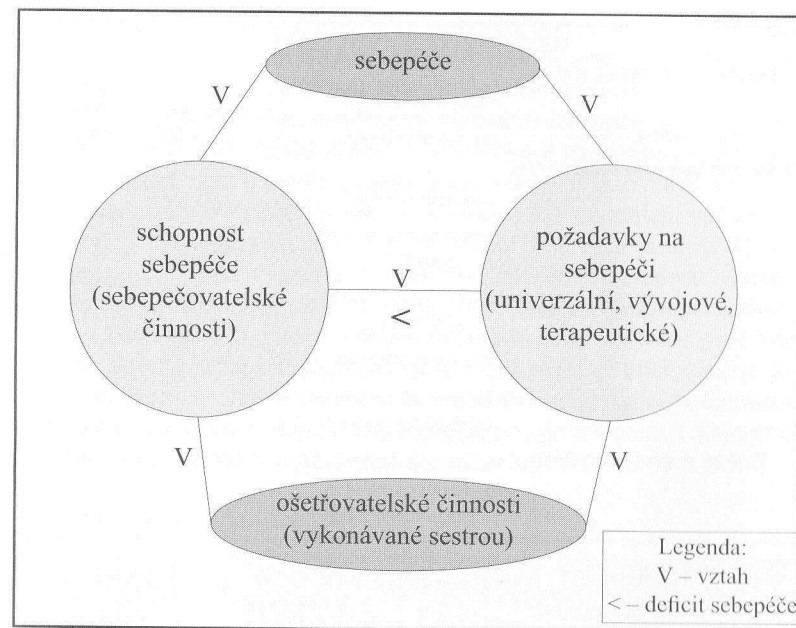
- znát sebe a okolí,
- umět požádat o pomoc,
- umět reálně posoudit vlastní chování.

Péče o sebe sama

Péče o sebe sama se projevuje zaměřením na vlastní optimální existenci, zdravý vývoj a zdraví. Při péči o sebe je chování výsledkem vztahu mezi požadavky na péči, řízením péče a jednáním jedince. Chování jedince zaměřené na péči o sebe sama vzniká tehdy, když se objeví požadavek, aby se jedinec začal chovat jinak, např. nepřejídal se, změnil pohybový režim apod.

Deficit sebedpěče

Deficit sebedpěče se projevuje v situaci, kdy jsou neadekvátní vztahy mezi působením sebedpěče a požadavky sebedpěče, tzn. že mezi nimi vznikne nerovnováha a požadavky nejsou uspokojené. Deficit sebedpěče bývá většinou spojený s propuknutím nemoci nebo jiným narušením zdraví. Tělesný handicap nemusí být vždy důvodem deficitu sebedpěče. Deficit sebedpěče je důvodem pro poskytnutí ošetrovatelské péče.^{14, 20}

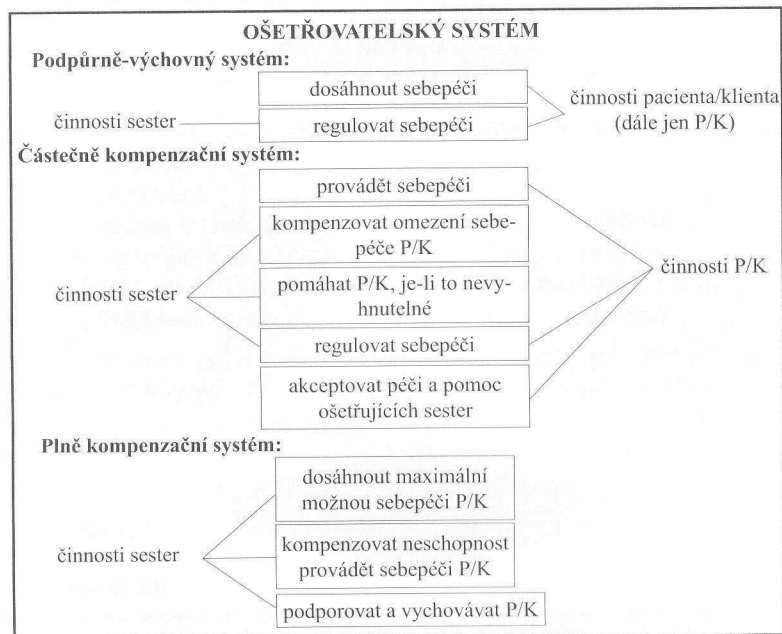
Obr. 5 *Rámec vzniku sebedpěče*

Zdroj: MARRINER-TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 192 S.

Ošetrovatelský systém

Deficit sebedpěče je důvodem pro poskytnutí ošetrovatelské péče. Řízení péče, které zahrnuje vlastní činnosti sestry, představuje ošetrovatelský systém. D. Orem identifikovala tři ošetrovatelské systémy:

- **podpůrně-výchovný ošetrovatelský systém**, který je aplikovaný v situacích, kdy jedinec potřebuje podporu a učí se ošetřovat sám sebe (sebedpěči),
- **částečně kompenzační ošetrovatelský systém**, který se uplatňuje v situacích, kdy sestra a pacient/klient spolu provádějí péči na určité úrovni, některé činnosti vykonává pacient/klient sám, některé spolu se sestrou,
- **plně kompenzační ošetrovatelský systém** je aplikovaný v situacích, kdy pacient/klient není schopný vykonávat sebedpěči – tzn., že je závislý na druhých a potřebuje úplnou péči sestry (obr. 6).

Obr. 6 *Ošetrovatelský systém a činnosti sestry a pacienta/klienta*

Zdroj: MARRINER-TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 195 S.

Ošetrovatelské činnosti

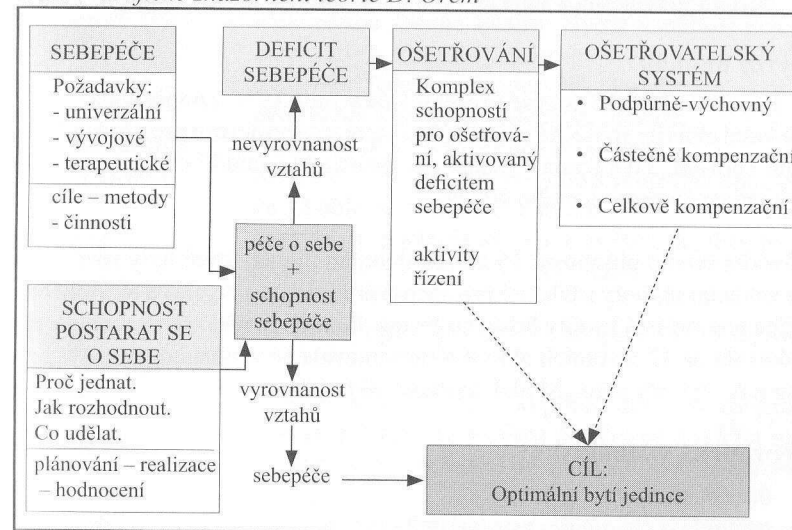
Ošetrovatelská péče je aktivizovaná deficitem sebedpěče. Při výběru vhodných činností, které jsou potřebné k eliminaci deficitu, pomáhá sestře znalost ošetrovatelských systémů. Podle rozsahu a obsahu deficitu určuje sestra vhodný ošetrovatelský systém a vybírá vhodné činnosti.

D. Orem stanovila pět způsobů pomoci jedincům s deficitem sebedpěče, které může sestra používat jednotlivě nebo v různých kombinacích:

- zastoupení nebo jednání za pacienta/klienta,
- usměrňování, vedení pacienta/klienta,
- fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta/klienta,
- zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj schopností pacienta/klienta,
- edukace, tzn. učení pacienta/klienta.^{14, 16, 20}

Obsah teorie

V životě jedince existují situace, kdy potřebuje péči, např. při nesprávném životním stylu, v období stárnutí, při projevech nemoci a pod. Má-li jedinec dostatek sil, vůle, vědomostí, schopností a vhodné podmínky, tak si dokáže péči poskytnout sám, je schopný adekvátní sebedpěče. Nedokáže-li se sám o sebe postarat, vzniká deficit v sebedpěči a v této situaci se uplatňuje ošetrovatelství. Sestra nejdříve identifikuje existenci aktuálních a potenciálních nedostatků v sebedpěči jedince v oblasti univerzálních, vývojových a terapeutických požadavků sebedpěče, jejich projevy a příčiny. Zjištěné deficity podle jejich obsahu a rozsahu řeší. Při výběru činností ošetrovatelské péče sestře pomáhá znalost ošetrovatelských systémů a pěti způsobů pomoci pacientovi/klientovi. Ošetrovatelské intervence, které plně kompenzují aktivity sebedpěče pacienta/klienta v akutní fázi onemocnění, jsou postupně nahrazovány pomocnými, stimulačními a edukačními činnostmi, v závislosti na stavu a průběhu onemocnění pacienta/klienta. Cílem je obnovení a udržení maximálně možné úrovně sebedpěče a zdraví jedince.

Obr. 7 *Grafické znázornění teorie D. Orem*

Zdroj: FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória*. 80 s., modifikované autorkou

3.4 Nancy Roper – Winifred Logan – Alison Tierney: Model životních aktivit

Biografické údaje:

N. Roper

- ošetrovatelské vzdělání získala na Leeds General Infirmary
- pracovala jako vedoucí lektorka na Cumberland Infirmary School of Nursing, Scottish Home and Health Department

W. Logan

- ošetrovatelské vzdělání získala na Leeds General Infirmary
- přednášela ošetrovatelství na University of Edinburgh
- pracovala jako sestra a vyučovala ošetrovatelství ve Scottish Home and Health Department, později se stala vedoucí katedry ošetrovatelství a zdravotních věd v Glasgow College of Technology

A. Tierney

- bakalářské vzdělání v odboru sociálních věd a ošetrovatelství stejně jako postgraduální vzdělání získala na University of Edinburgh, kde později přednášela a stala se vedoucí ošetrovatelského výzkumu.⁹

Vývoj modelu

N. Roper svůj model poprvé prezentovala v roce 1976 a popisovala v něm základní aktivity společně všem lidem, které se manifestují prostřednictvím typů chování. Zdůraznila význam schopnosti pacientů/klientů samostatně vykonávat činnosti denního života.

Původní model obsahoval 16 aktivit denního života, které byly rozdělené na základní aktivity (důležité pro zachování lidského života) a aktivity důležité pro zvýšení kvality lidského života. Později model přepracovala a redukovala na 12 životních aktivit a prezentovala se spoluautorkami W. Logan a A. Tierney jako „Model životních aktivit“.

Teoretická východiska:

- *humanistická filozofie,*
- *poznatky z fyziologie, psychologie,*
- *práce A. Maslowa o lidských potřebách,*
- *teorie V. Henderson o základní ošetrovatelské péči.*

Předpoklady (asumpce):

- *nejlepší způsob, jak porozumět lidem, je porozumět činnostem (aktivitám), které vykonávají,*
- *každý jedinec je zapojený do životních aktivit prostřednictvím svého životního napětí, a to ovlivňuje jeho schopnost nezávislosti,*
- *každý jedinec se během svého života od početí do smrti dynamicky pohybuje vpřed od úplné závislosti k úplné nezávislosti, přičemž nepřetržitost závislosti či nezávislosti ovlivňují různé faktory (např. věk, zdravotní stav, životní prostředí, okolnosti).*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – schopnost pacienta/klienta samostatně a nezávisle vykonávat činnosti denního života,
- pacient/klient** – celistvá bytost s 12 životními aktivitami, které jsou odrazem jeho potřeb a behaviorálně se manifestují. (Každá aktivita se projevuje určitým chováním). Jedinci se liší v tom, jak jednotlivé aktivity denního života realizují,
- role sestry** – identifikace úrovně kvality života v oblasti životních aktivit, diagnostika problémů a jejich příčin a zajištění řešení problémových aktivit,
- zdroj potíží** – nedostatek síly, vůle, vědomostí jedince,
- ohnisko zásahu** – neadekvátní aktivity a chování jedince,
- způsob zásahu** – ovlivňování příčin, které vedou k projevům chování ve 12 oblastech životních aktivit,
- důsledky** – nezávislost pacienta/klienta a zvýšení kvality jeho života ve všech životních aktivitách.

Metaparadigmatické koncepce podle N. Roper, W. Logan, A. Tierney:

- Osoba** – je celistvá bytost, která od početí do smrti uskutečňuje různé aktivity s cílem dosáhnout a udržet samostatnost a maximální nezávislost v každé životní aktivitě.
- Prostředí** – fyzikální, sociální, psychologické, ekonomické, politické a kulturní, úzce souvisí se základními životními aktivitami a zdravím.

Zdraví

– není autorkami definované.

Ošetrovatelství

– má jedince vnímat jako celistvé bytosti a vycházet z pozorovatelných a měřitelných projevů, ne z intuice a náhody. Cílem ošetrovatelství je získat, zachovat nebo navrátit maximálně možnou úroveň nezávislosti jedince v životních aktivitách a zároveň zabezpečovat posilující postupy na podporu uzdravení a nezávislosti. Jestliže je jedinec v některé aktivitě závislý na okolí, sestra mu asistuje, nebo aktivitu vykonává sama. Přitom pacienta/klienta povzbuzuje a doporučuje mu nejvhodnější postupy, jak si zachovat samostatnost a nezávislost a jak předcházet zhoršení stavu. Při těchto činnostech sestra pracuje: nezávisle (samostatně) nebo závisle (podle ordinací lékaře či jiných odborníků) nebo částečně závisle (společně s ostatními členy zdravotnického týmu).^{1,9}

Koncepce modelu**Základní životní aktivity**

Dvanáct aktivit denního života nebo-li životní aktivity, jsou projevem lidských potřeb, které se manifestují určitým typem chování. Některé aktivity mají biologický základ, jiné jsou podmíněné společensky či kulturně. Jedinci se liší způsobem, jakým tyto aktivity realizují. Příčinou rozdílů ve způsobu realizace mohou být vývojové zvláštnosti (dětství, dospělost, stáří) a individuální vlivy (sociální, ekonomické, kulturní).

Základní životní aktivity jsou:

1. udržování bezpečného prostředí
2. komunikace
3. dýchání
4. jídlo a pití
5. vylučování
6. osobní hygiena a oblékání
7. kontrola tělesné teploty
8. pohyb
9. práce a hry
10. projevy sexuality
11. spánek
12. umírání

Každá životní aktivita má tři aspekty: fyziologický (fyzický), psychologický a sociální.

Aktivity podpory a obnovy zdraví

V těsném vztahu se základními životními aktivitami jsou další typy aktivit, které slouží k podpoře a obnově zdraví. Aktivity podpory a obnovy zdraví zahrnují:

- **preventivní chování**, zaměřené na prevenci událostí a stavů, které narušují nebo poškozují zdraví (např. denní sprchování ve studené vodě jako prevence nachlazení),
- **posilující chování**, zaměřené na zabezpečování fyzického, psychického a sociálního posílení a pohody (např. střídání obuvi s různou výškou podpatků v průběhu dne u osob s varixy),
- **hledající chování**, zaměřené na získání informací, vědomostí, nových zkušeností a odpovědí na otázky a problémy, které může jedinec využít později k podpoře zdraví (např. vyhledávání informací na internetu).

Faktory ovlivňující potřeby a požadavky ošetrovatelské péče

Potřeby a požadavky ošetrovatelské péče ovlivňují faktory:

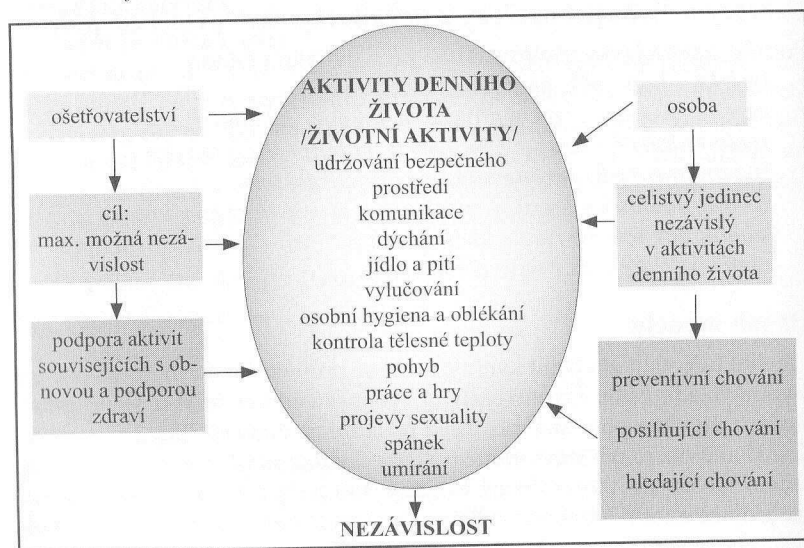
- **fyzičné** – např. věk, imobilita, úraz, nemoc,
- **psychické** – např. city, motivace, neschopnost komunikace,
- **socio-kulturní** – např. zvyky, normy, náboženství, migrace,
- **životní prostředí** – ekonomické a politické faktory,
- **životní události** – které se vztahují na vývojová stadia jedince a které mohou mít souvislost se změnou nezávislosti či závislosti jedince na ošetrovatelské péči (např. těhotenství).^{1,9}

Obsah modelu

Všichni lidé mají základní kvality, které se projevují chováním jedince při životních aktivitách. Životní aktivity vykonává zdravý jedinec samostatně. Nejlépe člověku porozumíme, když pochopíme činnosti, které vykonává. Každá aktivita je odrazem určité potřeby. Jedinci se liší v tom, jakým způsobem životní aktivity realizují. Rozdíly jsou podmíněné vývojovým stadiem jedince a individuálními odlišnostmi (sociálními, ekonomickými, kulturními). Každý jedinec je zapojený do životních aktivit prostřednictvím životního napětí. Jeho život ovlivňuje životní napětí a projevuje se v míře nezávislosti. Jedinec se během života dynamicky pohybuje (stále vpřed) od úplné závislosti k úplné nezávislosti, přičemž se uplatňují různé faktory

(např. věk, zdravotní stav, životní prostředí, okolnosti). V životě jedince mohou nastat různé situace a problémy, které vyžadují ošetrovatelské intervence. Tehdy musí sestra spolu s pacientem/klientem nejdříve posoudit základní životní aktivity a zaznamenat obvyklé chování při jejich realizaci v minulosti. Sestra tak zjistí existenci aktuálních a potenciálních problémů, které vyžadují ošetrovatelské intervence. Následně se sestra a pacient/klient dohodnou na reálných a dosažitelných cílech a hledají potřebné zdroje pro jejich naplnění. Sestra pomáhá pacientovi/klientovi vybrat vhodné činnosti, které vedou ke splnění cílů. Ty musí zahrnovat preventivní, povzbuzující a hledající chování. Sestra předchází vzniku problémových situací, povzbuzuje pacienta/klienta, minimalizuje jeho závislost, a tak zvyšuje jeho zodpovědnost za sebek péči. Všechny ošetrovatelské intervence musí být v souladu s předepsanou medicínskou léčbou. Kritériem hodnocení ošetrovatelské péče jsou aktivity a chování pacienta/klienta zvolené pro dosažení cílů. Aktivity musí být měřitelné a porovnatelné s jeho předcházejícími činnostmi.

Obr. 8 Grafické znázornění modelu N. Roper



Zdroj: autorka

3.5 Madeleine Leininger: Teorie transkulturní péče

Biografické údaje:

- 1948 získala základní ošetrovatelské vzdělání na St. Anthony's Nursing School v Denveru
- 1950 bakalářské vzdělání v biologii s vedlejším předmětem filozofie a humanismus na Benedictine College v Atchinsonu
- 1954 magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství na Catholic University of America ve Washingtonu D.C.
- 1960 poprvé definovala termín „transkulturní ošetrovatelství“
- 1965 doktorandské studium na University of Washington v Seattlu zaměřené na kulturní a sociální antropologii, kterou vystudovala jako první sestra
- pracovala jako řadová sestra a staniční sestra na chirurgickém oddělení, později jako ředitelka ošetrovatelských služeb psychiatrického oddělení v St. Josephs Hospital v Omaze
- 1966 poprvé přednášela o transkulturním ošetrovatelství na univerzitě v Coloradu, kde působila jako profesorka ošetrovatelství a antropologie
- 1969 děkanka a profesorka ošetrovatelství School of Nursing ve Washingtonu a docentka antropologie na University of Washington
- 1973 založila Katedru transkulturního ošetrovatelství na School of Nursing ve Washingtonu a později se stala ředitelkou centra na podporu výzkumu transkulturního ošetrovatelství a vedoucí redaktorkou „The Journal of Transcultural Nursing“ (Časopis transkulturního ošetrovatelství)
- 1974 děkanka a profesorka ošetrovatelství na College Nursing a profesorka antropologie University Utah v Salt Lake City
- 1981 se stala členkou Wayne State University v Detroitu, kde byla profesorkou ošetrovatelství a antropologie a ředitelkou postgraduálního studia transkulturní péče
- hostovala na 48 amerických a zahraničních univerzitách^{9,14}

Vývoj teorie

V polovině 50. let minulého století se M. Leininger začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Zájem o vliv kultury na ošetrovatelství iniciovaly vlastní zkušenosti M. Leininger ze sesterské praxe. Ty souvisely s mnohonárodnostní, etnickou rozdílností a migrací obyvatelstva USA. Leininger si všimla odlišného chování příslušníků jednot-

livých národností a etnik. Postupně si uvědomovala, že kultura má značný vliv nejen na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči. Tohoto faktu si v ošetrovatelské praxi a teorii dosud nikdo nepovšimnul. Začátkem 60. let se zúčastnila antropologického výzkumu v Nové Guinei, kde také zpracovala první studii o transkulturním ošetrovatelství. V roce 1960 definovala transkulturní ošetrovatelství jako oblast studia a praxe, která se zaměřuje na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemoci jedinců či skupin a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik. Následujících třicet let teorii transkulturního ošetrovatelství dále rozvíjela a obohacovala. V roce 1970 publikovala první knihu „Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“ (Ošetrovatelství a antropologie: mísení dvou světů), kde představila základní myšlenky transkulturní péče. V následující publikaci z roku 1978: „Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice“ (Transkulturní ošetrovatelství: koncepce, teorie a praxe) popsala hlavní koncepce a činnosti transkulturního ošetrovatelství a definitivně dokázala, že antropologie a ošetrovatelství jsou vzájemně spojené a přece rozdílné. Teorie M. Leininger tak pevně zakotvila v ošetrovatelské vědě.

Teoretická východiska

Kulturní a sociální antropologie, jako vědní odbor, zkoumá vývoj, strukturu a fungování různých kultur v čase a prostoru. Jako teoretická východiska sloužily M. Leininger (kromě holistické filozofie) následující pojmy z kulturní a sociální antropologie:

- **kultura** představuje hodnoty, normy, životní styl jedince či skupiny, které usměrňují jeho/její myšlení, rozhodování i činnosti,
- **dominantní kultura** je hlavní kultura obyvatelstva, která má na určitém území převahu, je to kultura skupiny, která je v daném sociálním celku dominantní kulturně, ekonomicky a politicky; dominantní skupina však nemusí mít početní převahu,
- **subkultura** je skupina, která sa odlišuje od dominantní kultury, avšak zároveň je její součástí. Příslušníci subkultury mají specifické hodnoty, normy, chování, životní styl, odlišují se od většinové kultury, např. z hlediska etnické příslušnosti, náboženské příslušnosti apod.

Předpoklady (asumpce):

- péče je univerzální fenomén, ale její pojetí, proces, formy a modely jsou kulturně podmíněné,
- péče je nezbytná pro vývoj člověka, jeho růst, přežití i klidnou smrt,
- péče je nezbytná pro léčení, bez péče není vyléčení,

- péče má biofyzikální, kulturní, psychologickou, sociální a ekologickou dimenzi a kulturní koncepce umožňují pochopení ošetrovatelství v širších souvislostech,
- typy, modely a procesy péče se liší mezi jednotlivými kulturami a subkulturami,
- každá kultura má tradiční (lidovou) péči a formální (profesionální) ošetrovatelskou praxi,
- hodnoty a přesvědčení v oblasti péče vycházejí u každé kultury z náboženských, rodinných, společenských, kulturních, ekonomických a politických souvislostí,
- každá kultura popisuje sebestpéči, ošetrovatelské praktiky a ošetrovatelský systém specificky,
- terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jedině tehdy, když jsou známé a při poskytování péče respektované kulturní hodnoty, výrazy a praktiky,
- kulturně shodné a všestranné způsoby péče jsou nezbytné pro zdraví a blaho jedinců, a to se promítá do úsilí sester na celém světě.

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – poskytovat osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnání nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů,
- pacient/klient** – je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím; společenská kultura, filozofický názor a hodnoty se transkulturně liší, osoby z různých kultur vnímají zdraví, chorobu, léčbu, závislost a nezávislost různě,
- role sestry** – poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči,
- zdroj potíží ohnisko zásahu** – rozdílnost kultur, – problém související s rozdílem dominantní kultura – subkultura, ev. problém s rozdílností kultur,
- způsob zásahu** – podpora zachování/udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně nebo pomoc při umírání, přičemž sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetrovatelské péče,
- důsledky** – zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče.

Metaparadigmatické konceptce definované podle M. Leininger:

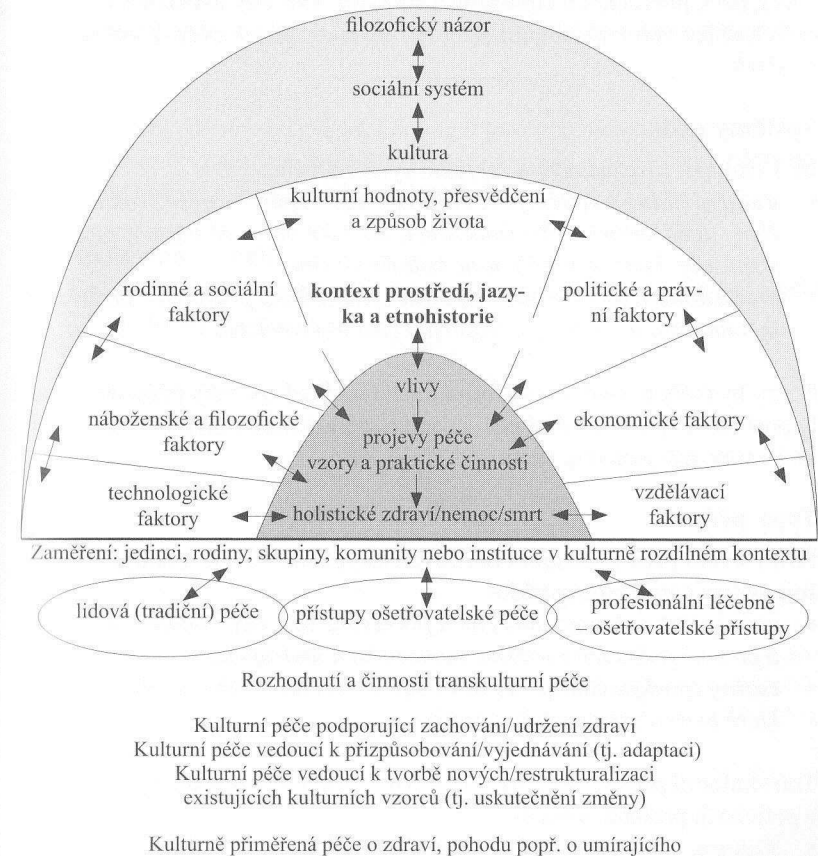
- Osoba** – jedinec, který se dokáže starat o sebe a projevuje zájem o své potřeby, pohodu a přežití a k tomu využívá různé způsoby závislé na kultuře a prostředí. Jedinci z různých kultur rozdílně vnímají a chápou zdraví, nemoc, léčbu, péči, závislost a nezávislost.
- Prostředí** – autorka blíže nedefinuje. Konceptce kultury však velmi úzce souvisí se společností a prostředím. Prostředí je vzájemně závislý systém společnosti, který se skládá ze složek politických, ekonomických, sociálních, vzdělávacích, technických, náboženských a kulturních.
- Zdraví** – je kulturně determinovaný stav pohody, vyjadřující schopnost jednotlivců/skupin vykonávat denní činnosti kulturně vhodným způsobem. Zdraví je univerzální hodnotou, kterou každá kultura specificky definuje, a proto nemůže být definovaná univerzálně.
- Ošetrovatelství** – je transkulturní profese a vědní disciplína, která poskytuje péči osobám různých kultur. Je prezentované třemi typy činností, kulturně shodnými s potřebami a hodnotami pacienta/klienta. Typy péče vedou činnosti poskytovatelů k tomu, aby byly shodné s kulturou pacienta/klienta. Tak se dosáhne snížení stresu a možných konfliktů mezi pacientem/klientem a poskytovatelem péče.^{1, 9, 14}

Koncepce teorie

Teorie transkulturní péče a její konceptce jsou graficky znázorněné, popsáné a vysvětlené prostřednictvím modelu vycházejícího slunce (obr. 9), který má čtyři úrovně seřazené od nejabstraktnější (první) po nejméně abstraktní (čtvrtou) úroveň:

- první úroveň** – zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu,
- druhá úroveň** – obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a institucích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví,
- třetí úroveň** – poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče,

čtvrtá úroveň – zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restrukturalizaci existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetrovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami té kultury, ke které pacient/klient patří.

Obr. 9 *Model vycházejícího slunce M. Leininger*

Zdroj: JAROŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství II.* 35 s.

Model vycházejícího slunce (viz obr. 9) představuje následující koncepci Teorie transkulturní péče M. Leininger.

Sociální a kulturní struktury

Sociální a kulturní struktury jsou znázorněné slunečními paprsky (technologické, náboženské a filozofické, politické, právní, ekonomické a vzdělávací faktory, rodinné a kulturní hodnoty, životní styl). Všechny se spojují ve vlivu na jedince. Paprsky souvisejí se slunečním jádrem, tedy se znaky, vzory, péči, praktickými činnostmi a zdravím. Všechny uvedené složky neovlivňují jen vnímání zdraví a nemoci, ale také způsob péče, který jedinec využívá.

Systémy péče

M. Leininger rozeznává dva základní systémy péče:

- **tradiční (lidový) systém péče** zahrnuje nejen způsoby péče praktikované členy dané kultury nebo subkultury, ale také naučené názory, poznatky a způsoby, které jsou příslušné kultuře vlastní,
- **profesionální (formální) systém péče** je ten, který převládá v profesních institucích a preferuje ho majoritní část obyvatelstva.

Sestry by měly poznat kromě formálních i tradiční způsoby péče, aby mohly poskytovat profesionální péči i pacientům/klientům, kteří pocházejí z jiné kultury, než jsou ony samy.

Typy péče

Poskytování péče je centrem ošetrovatelských aktivit. M. Leininger rozlišuje pojmy care a caring takto:

- **care (péče)** zahrnuje naučené a přenesené způsoby podpory, asistence a pomoci jedincům zdravým, nemocným a umírajícím,
- **caring (poskytování péče)** obsahuje konkrétní ošetrovatelské činnosti, které tvoří ošetrovatelskou profesi.

Transkulturní péče se realizuje třemi typy péče, které závisí na problémech a potřebách pacientů/klientů:

- *Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo znovu získávat zdraví, je zaměřená na zdravé i nemocné jedince. Zahrnuje pomoc členům jed-*

notlivých kultur uchovat si pohodu, zotavit se nebo čelit smrti. Péče je zaměřená především na podporu a asistenci.

- *Kulturní péče umožňující adaptaci zahrnuje intervence, kterými sestra pomáhá pacientovi/klientovi adaptovat se na nové životní role a nové způsoby kulturní péče.*
- *Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu zahrnuje ty činnosti sester, které pomáhají pacientům/klientům modifikovat nebo změnit způsob, kterým se starají o své zdraví.*

Model vycházejícího slunce umožňuje sestřám pochopit teorii transkulturní péče.

Transkulturní ošetrovatelství M. Leininger je vědou, uměním i profesí, která se kulturně vhodnými způsoby věnuje podpoře a udržování zdravého způsobu chování osob z různých kultur.^{9,14}

Grafické znázornění

Grafické znázornění modelu M. Leininger je uvedeno v předcházejícím textu (viz obr. 9).

3.6 Rosemarie Rizzo Parse: Teorie lidského bytí

Biografické údaje:

- ošetřovatelské vzdělání magisterské i doktorandské získala na University of Pittsburgh
- byla děkankou Nursing School Duquesne University v Pittsburgu a v tomto období začala pracovat na své teorii. V 60.–70. letech minulého století byla Duquesne University centrem existencializmu a fenomenologie, tyto směry ovlivnily myšlení R. Rizzo Parse
- později působila jako profesorka v magisterských a doktorandských programech a koordinátorka Centra pro ošetřovatelský výzkum na Hunter College City University v New Yorku
- je zakladatelkou Institute of Human Becoming (Institut lidského bytí)
- nyní je profesorkou ošetřovatelství na Loyola University v Chicagu^{9,14}

Vývoj teorie

Rizzo Parse svoji teorii poprvé publikovala v roce 1981 jako „Man – Living – Health: A Theory for Nursing“ (Teorie ošetřovatelství: člověk – žití – zdraví). V následujících letech jí postupně dopracovávala a přepracovávala a v roce 1992 ji publikovala pod změněným názvem „Human Becoming Theory“ (Teorie lidského bytí).

Teoretická východiska:

- *filozofie humanizmu, pozitivizmu, holizmu, existencializmu a z fenomenologie záměrnost, lidská subjektivita, soužití a stav svobody,*
- *z Modelu jednotných lidí autorky M. Rogers převzala koncepce energetických polí, univerza otevřených systémů, struktur, čtyřdimenzionality a principy homeodynamiky (integritu, rezonance a helicity).*

Předpoklady (asumpce):

- *člověk ve své existenci vychází ze soužití (koexistence), během kterého spoluvytváří rytmické vztahové obrazce s Univerzem (vesmírem), koexistence je přirozeným procesem lidského vesmíru a znamená společnou existenci s ostatními,*
- *každý jedinec je otevřená bytost, která má právo v každé situaci činit rozhodnutí, za něž nese zodpovědnost,*
- *každý jedinec zaujímá v konkrétních situacích vlastní stanoviska,*

- *lidská bytost je multidimenzionálně překračující – tzn., že se v určitém okamžiku pohybuje za hranicemi svých možností a v širším Univerzu,*
- *zdraví je rytmický proces vzájemných vztahů mezi jedincem a prostředím a zároveň je i intersubjektivní proces podstatný pro rozvoj lidí, projevující se v rytmicitě (pravidelném střídání) chování,*
- *kvalita života jedince vychází z jeho vlastního pohledu.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetřovatelství** – kvalita života jedince dosažená transformací znaků zdraví,
- pacient/klient** – otevřená bytost, která je více než souhrn vlastních jednotlivých částí; neustále si vyměňuje energii a informace s prostředím (tzn., že je v neustálé interakci s prostředím), přitom si vybírá z různých možností podle vlastních hodnotových priorit a za svou volbu nese zodpovědnost,
- role sestry** – edukátorka, která pacientovi/klientovi objasňuje smysl změn a zároveň změny zprostředkovává, přičemž se řídí principem smysluplné reality, rytmicity chování a principem transformace; sestra zjišťuje u pacienta/klienta osobní významy prožitého, pomáhá mu pochopit smysl rytmů chování a prezentuje energizující způsoby dosažení cílů až za hranice možností pacienta/klienta,
- zdroj potíží** – znaky a hodnota zdraví a prostředí jedince a jejich desynchronizace v daném okamžiku jeho existence,
- ohnisko zásahu** – pozorné naslouchání sestry pacientovi/klientovi a vžití se do jeho situace tak, aby mu pomohla vyjádřit jeho vlastní myšlenky, hodnoty, pocity i měnit se názory,
- způsob zásahu** – vysvětlení významu toho, co se děje, pomocí komunikačních prostředků, cestou synchronizace rytmů vztahů a chování, setrváním v oblasti spojujícího či rozdělujícího a prostřednictvím mobilizace transcendentna,
- důsledky** – zlepšení zdraví, změněné znaky zdraví.

Metaparadigmatické koncepce podle R. Rizzo Parse:

- Osoba** – je otevřená bytost, je více než pouhý souhrn jednotlivých částí. K celistvosti jedince vedou životní zkušenosti. Jedinec se vyvíjí společně s prostředím, spoluvytváří vlastní zdraví, formuluje a komunikuje významy, které představují vlastní hodnoty a jsou odrazem jeho snů a nadějí.
- Prostředí** – spolu s jedincem tvoří neoddělitelnou jednotu, i když se jedinec jako struktura a organizace odlišuje od struktury a organizace prostředí. Jedinec a prostředí si vzájemně vyměňují energii. Výměna je komplexní, může se rozvíjet a dále působit na rytmické vztahové struktury a rytmické vzorce chování.
- Zdraví** – je otevřený proces zkušeností jedince, který se rytmicky utváří ve vztahu s prostředím. Zdraví je výrazem volby jedince, jeho vícerozměrných zkušeností a životní jedinečnosti, proto je spíše syntézou hodnot než stavem pohody. Jedinec na zdraví aktivně participuje.
- Ošetřovatelství** – je vědou a uměním ve službách lidem. Úlohou ošetřovatelství vzhledem ke společnosti je vedení jednotlivců, rodin a skupin při výběru možností, které vedou k pozitivním změnám zdraví. „Human Becoming Theory“ (Teorie lidského bytí) vede ošetřovatelskou praxi tak, že ji zaměřuje na vysvětlování smyslu a pohybu transformace ve vztahu k individuálním modelům zdraví.^{9,14}

Koncepce teorie

Rizzo Parse odvodila z asumpcí tři základní elementy: význam, rytmus, převahu a tak vytvořila tři principy odpovídající koncepcím teorie „Člověk – žít – zdraví“ i koncepcím „Teorie lidského bytí“.

1. princip: **význam** – hovoří o tom, že jedinci společně vytvářejí smysluplnou multidimenzionální (mnohorozměrnou) realitu prostřednictvím komunikace vlastních představ, hodnot a významu, který jim připisují:

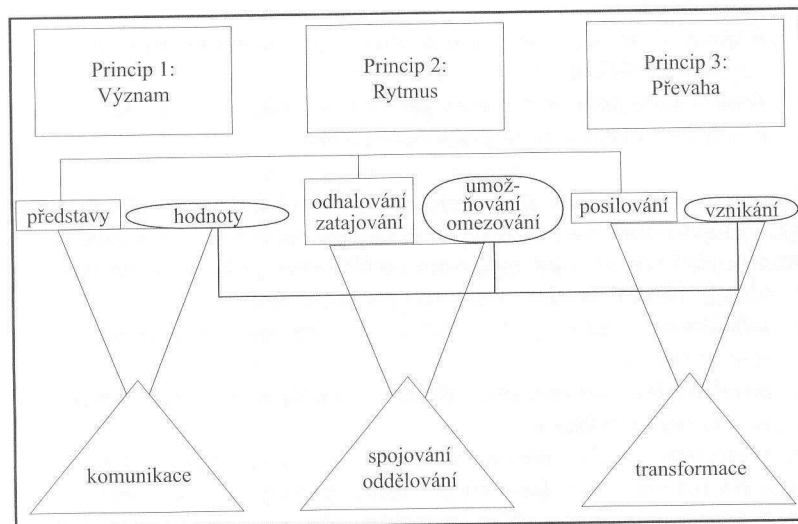
- *představy jsou procesem odrazu (v určitém okamžiku) vyslovených i ne-vyslovených informací,*
- *hodnoty jsou projevem způsobu života založeného na dodržování určitých přesvědčení,*
- *komunikace umožňuje přenos představ a hodnot prostřednictvím řeči a pohybu (verbální, neverbální komunikace).*

2. princip: **rytmus** – hovoří o tom, že tvorba rytmických vztahů (vztahových vzorců) znamená prožívat paradoxní jednotu odhalování a zatajování, umožňování a omezování, spojování a oddělování. Jednota života zahrnuje protiklady, které vysvětlují rytmické vzorce chování:

- *odhalování – zatajování: je rytmickým projevem procesu otevřenosti a uzavřenosti,*
- *umožňování – omezování: zahrnuje rytmický proces možností a omezení při všech volbách,*
- *spojování – oddělování: je rytmickým procesem vztahu a vzdálenosti, který souvisí s jevy, Univerzem a vším, co tvoří jedince; zároveň znamená i souhlas či nesouhlas s ostatními názory, předměty, místy, skutky.*

3. princip: **převaha** – znamená převahu pohybu ve vývoji jedince nejen na hranice jeho možností, ale až za tyto hranice. Převaha pohybu se spojuje s nadějemi, sny a myšlenkami, které má každý jedinec. Znamená překročení možností prostřednictvím posílení, či způsob vzniku čehosi nového prostřednictvím transformačního procesu, který zahrnuje posilování, vznikání a přeměňování:

- *posilování se odehrává v mezilidských vztazích a znamená impulz, který v daném okamžiku způsobí pohyb vpřed,*
- *vznikání znamená nacházení nových způsobů prostřednictvím přizpůsobování a nepřizpůsobování se jistotám a nejistotám života,*
- *transformace znamená změny a jejich střídání, přičemž změny jsou charakterizované narůstající různorodostí; transformace je jistým způsobem přesun pohledu ze známého na neznámé, vize něčeho v novém světle.^{9,14}*

Obr. 10 *Vzájemné vztahy principů, koncepcí teorie lidského bytí*

Zdroj: MARRINER-TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 279 S.

Legenda k obrázku:

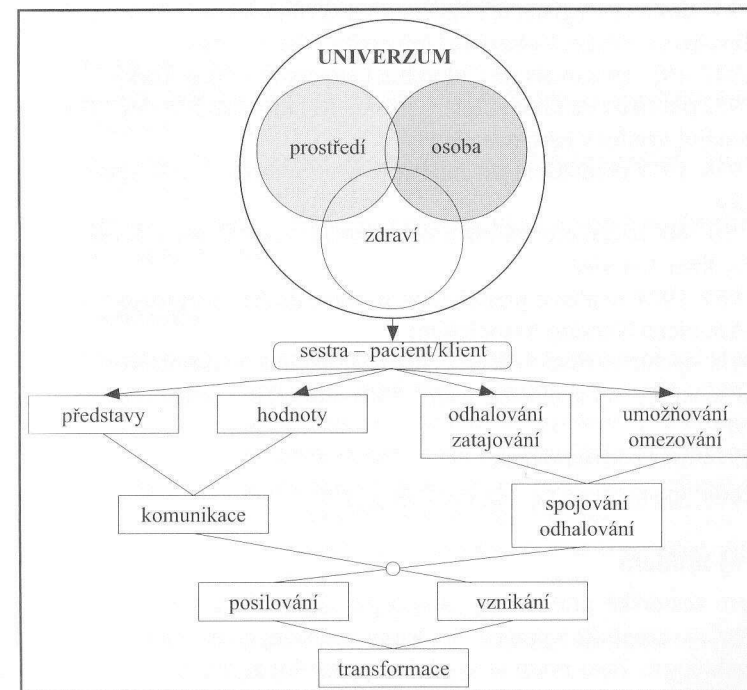
v obdélnících: posilování je možné cestou odhalování a zatajování představ
v oválech: vznikání je možné prostřednictvím umožňování a omezování hodnot
v trojúhelnících: transformace je rozvíjená spojováním a oddělováním prostřednictvím komunikace

Obsah teorie

Ošetrovatelství je interindividuální proces, který odráží fakt, že každý jedinec má a pozná „svou cestu“ či způsob života. Ošetrovatelská praxe je zvláštním projevem vztahu „existence s někým“, do kterého sestra vnáší „světlo“ s cílem rozvoje hodnoty života lidí a skupin. V okamžiku přítomnosti je celá bytost sestry jakoby ponořená spolu s bytostí pacienta/klienta do synchronizace rytmů a následné mobilizace transformace (přeměňování). Při komunikaci s nemocným sestra pozorně naslouchá „zvukům a tichu“. Vztahové rytmy mezi sestrou a pacientem/klientem jsou v pohybu od jednoho okamžiku k druhému (tak jako příliv a odliv). Každý jedinec

má svůj svět, svou realitu, které zná jen on. Sestra v okamžiku přítomnosti vstupuje do světa, reality a Univerza pacienta/klienta, který zná její záměry, protože právě ona vnáší světlo do změny v jeho péči o zdraví. V tomto procesu je sestra inspirující a pozornou osobou, která mobilizuje i ostatní, aby vnášeli nové světlo do smyslu daných okamžiků nebo do života jedince. Právě pacient/klient, rodina či komunita jsou činitelé, kteří v přítomnosti sestry synchronizují rytmy a dávají do pohybu přeměňování daného okamžiku.

Teorie lidského bytí R. Rizzo Parse je hodnocená jako velmi abstraktní, její síla je v humanistické filozofii. Někteří teoretici ošetrovatelství ji považují za filozofii ošetrovatelství. Teorie lidského bytí představuje alternativu pro obvyklý bio-medicínský a bio-psycho-socio-spirituální přístup většiny teorií ošetrovatelství.

Obr. 11 *Grafické znázornění teorie R. Rizzo Parse*

Zdroj: autorka

4 Modely interpersonálních vztahů

4.1 Hildegard E. Peplau: Psychodynamické ošetrovatelství

Biografické údaje:

- * 19. 9. 1909, Reading, stát Pennsylvánie, USA
- 1931 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Pennsylvania School of Nursing v Pottstownu
- pracovala jako sestra a hlavní sestra v Pottstown Hospital a jako vedoucí ošetrovatelství v Bennington Hospital
- 1943 dosáhla bakalářské vzdělání v oblasti interpersonální psychologie na Bennington College ve Vermontu
- 1944–1945 během 2. světové války pracovala jako členka armádního sesterského oddílu v neuropsychiatrické nemocnici v Anglii
- pracovala jako psychiatrická sestra
- 1947 dosáhla magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství na Teachers College, Columbia University v New Yorku
- 1947–1952 pracovala na Columbia University v New Yorku
- 1952 publikovala knihu „Interpersonal Relations in Nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetrovatelství)
- 1954–1974 přednášela psychiatrické ošetrovatelství na Rutgers University
- v 50.–60. letech přednášela a organizovala workshopy v Kanadě, Africe, Jižní Americe
- 1969–1974 nejdříve prezidentka později druhá viceprezidentka ANA (American Nursing Association)
- byla spolupracovnicí WHO, zakladatelkou a vydavatelkou časopisu „Properties in Psychiatric Care“, řada univerzit jí udělila čestné doktoráty
- 1974 byla penzionována
- † 1999, Sherman Oaks, stát California, USA ^{6, 9, 14}

Vývoj modelu

Během sesterské praxe a při studiu psychiatrického ošetrovatelství se H. Peplau seznámila s pracemi a ideami významných osobností psychiatrie a psychologie. Jako první si vypůjčila poznatky z jiných vědních oblastí a použila je pro rozvoj ošetrovatelství. Model H. Peplau je výrazně ovliv-

něný Sullivanovým modelem mezilidských vztahů a je odrazem psychoanalytického modelu. V roce 1952 Peplau uvedla: „Ošetrovatelství je významná interpersonálně-terapeutická činnost, která spolu s dalšími procesy umožňuje navracet lidem zdraví“.¹⁴ Svůj model H. Peplau vyvíjela postupně popisem struktur interpersonálního procesu a jeho čtyř fází ve vztahu sestra – pacient/klient. Následně definovala role sestry v tomto vztahu, které podle autorky tvoří psychodynamické ošetrovatelství.

Teoretická východiska:

- *filozofie humanizmu,*
- *koncepce vývoje osobnosti,*
- *koncepce motivace,*
- *psychoanalytické teorie,*
- *principy sociálního učení v pracích H. S. Sullivana, A. Maslowa, N. E. Millera, P. Symonds, S. Freuda a I. P. Pavlova.*

Předpoklady (asumpce):

- *sestra dělá důležitá rozhodnutí, vede každého pacienta/klienta a podle potřeby provádí ošetrovatelskou péči,*
- *úloha ošetrovatelství a také jeho vzdělávání, vychází z požadavku osobnostního vývoje jedince v dospělosti,*
- *ošetrovatelství využívá principy a metody, které vedou k uvolňování interpersonálních vztahů.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – pomáhat jedincům, kteří jsou nemocní nebo potřebují péči, adekvátně komunikovat, mít přiměřené interpersonální vztahy a uspokojené potřeby bez projevů úzkosti, a tak jim umožnit růst a rozvoj,
- pacient/klient** – je jedinec s frustrovanými potřebami, úzkostí a narušenými interpersonálními vztahy,
- role sestry** – neznámá osoba, pomocnice, učitelka, vůdce, zástupce, poradce,
- zdroj potíží** – frustrace, tenze, úzkost,
- ohnisko zásahu** – zjištěná problémová oblast a vytvoření terapeutického vztahu,

- způsob zásahu** – intervence na odstranění frustrace, tenzí, úzkosti; podpora růstu a rozvoje, komunikace,
- důsledky** – zvýšení obnovení sebekontroly jedince, zlepšení schopnosti řešit problémy, odstranění frustrace, tenzí a úzkosti.

Metaparadigmatické konceptce podle H. Peplau:

- Osoba** – je organizmus, který žije v nestabilní rovnováze a svým vlastním způsobem se snaží o snížení tenzí vytvářených neuspokojenými potřebami.
- Zdraví** – je slovní symbol, který znamená požadavek osobnosti na různé lidské procesy a vztahy, aby směřovaly ke kreativě, konstruktivitě a produktivitě v osobním i společenském životě.
- Prostředí** – existuje mimo organizmus a je v kontextu s kulturou; je důležité pro osvojení si zvyků a jejich používání, které vedou ke zdraví.
- Ošetrovatelství** – je významný terapeutický a interpersonální proces, který je v interakci s ostatními lidskými procesy a přispívá ke zdraví jedince a společnosti; zahrnuje vztah mezi jedincem, který je nemocný, nebo má potřebu vyhledat zdravotnické služby a sestrou, která jedincům pomáhá v procesu interakce k rozvoji osobnosti, kreativě a produktivitě v osobním i společenském životě.^{1, 9, 14}

Koncepce modelu

Psychodynamické ošetrovatelství

Psychodynamické ošetrovatelství umožňuje jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra tím, že porozumí chování lidí, rozpozná jejich problémy a následně je prostřednictvím principů interpersonálních vztahů urovná nebo odstraní. K tomu využívá i svoje vlastní zkušenosti. V interpersonálním vztahu sestra – pacient/klient jsou podstatné role sestry, které tvoří jádro psychodynamické péče.

Vztah sestra – pacient/klient

Interpersonální terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem/klientem probíhá ve čtyřech fázích jako:

- **orientace** – v této fázi se setkávají poprvé, když má pacient/klient potřebu vyhledat profesionální pomoc; v té době se začíná vytvářet terapeutický vztah mezi ním a sestrou; sestra mu pomáhá objasnit a pochopit jeho problémy ihned, jakmile zjistí oblast, ve které je potřeba pomoci,
- **identifikace** – v této fázi si musí sestra a pacient/klient vzájemně ujasnit svá očekávání a představy; takový postup vede k vytvoření pracovního vztahu mezi nimi, k přesnější identifikaci problémů i k rozhodování o jejich řešení, při identifikaci může být pacient/klient buď pasivní a úplně závislý na sestře, nebo úplně autonomní a nezávislý na sestře, nebo aktivně spolupracující, ale částečně závislý na sestře,
- **využití** – v této fázi pacient/klient začíná kontrolovat situaci, využívá dostupné služby podle potřeb a možností, sestra ho podporuje v poznávání vlastních pocitů, emocí, myšlení a chování s cílem maximálního zapojení do sebezpečí,
- **ukončení** – je fází ukončení terapeutického vztahu sestra – pacient/klient, jeho potřeby jsou splněné a sestra se může zaměřit na nové cíle.¹⁴

Role sestry

V procesu ošetrování pacient/klient a sestra zaujímají v různých fázích terapeutického interpersonálního vztahu různé role, které se projevují příslušným chováním.

Sestra může zaujímat následující role:

- **Roli neznámé osoby** v případě, že se s pacientem/klientem setkají poprvé jako dva neznámí lidé. Při prvním rozhovoru přistupuje sestra k pacientovi/klientovi zdvořile, bez předsudků a akceptuje ho takového, jaký je. Sestra spolupracuje také s jeho rodinou. Výkon role neznámé osoby souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu, ve kterém se sestra musí věnovat každému jedinci, i když není schopný sdělovat své pocity.
- **Roli pomocnice**, ve které sestra klade pacientovi/klientovi konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi týkající se jeho problémů, poskytuje mu vysvětlující informace, pomáhá pochopit příčinu/y jeho stavu a podstatu medicínského plánu léčby.
- **Roli učitelky**, která je vlastně kombinací všech rolí; sestra při jejím naplňování vychází z toho, co pacient/klient ví a učí ho to, co neví a o co má zájem.

- **Roli vůdce**, která představuje demokratický proces, ve kterém sestra vede pacienta/klienta ke splnění jeho aktuálních povinností prostřednictvím vztahů složených z kooperace a aktivní účasti pacienta/klienta.
- **Roli zástupce**, jejíž rozsah záleží na míře závislosti (závislý, částečně závislý, nezávislý) a vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient/klient.
- **Roli poradce**, která je podle autorky nejvýznamnější v psychiatrickém ošetrovatelství. Je projevem umění a vědomostí sestry, které se odrážejí ve vztahu sestra – pacient/klient tehdy, když sestra reaguje na potřebu podpory pacienta/klienta.

Terapeutický vztah sestra – pacient/klient

Terapeutický vztah vzniká v období vzájemné interakce pacienta/klienta a sestry, přičemž u obou dochází k učení a rozvoji osobnosti. Komunikace a vyvážené interpersonální vztahy posilují růst, vývoj a snižují/odstraňují úzkost pacienta/klienta.

Psychologické zkušenosti

Psychologickými zkušenostmi jsou podle H. Peplau potřeby, frustrace, konflikt a úzkost. Dodávají jedinci energii, na níž závisí forma jeho jednání a chování. Řešení problémů pacienta/klienta (v kooperaci se sestrou) je ovlivňované minulými zkušenostmi, výchovou, kulturními vlivy a individuálními bio-psycho-socio-spirituálními zvláštnostmi. Individuální zvláštnosti pacientů/klientů musí sestra pochopit, akceptovat a zároveň zvládnout svou profesionální roli.^{6, 7, 9, 14}

Obsah modelu

Psychodynamické ošetrovatelství H. Peplau vychází ze Sullivanovy teorie, podle které je lidské chování motivované dvěma základními hnacími silami: snahou po uspokojení a snahou po bezpečí. Jestliže některá z nich, nebo obě, nejsou uspokojené, tak vzniká stav tenze.

Tenze se dělí na:

- **tenze spojené s potřebami**, které vznikají tehdy, když je frustrované jejich uspokojování,
- **tenze spojené s úzkostí**, které vznikají tehdy, když není možné naplnit snahu o bezpečí.

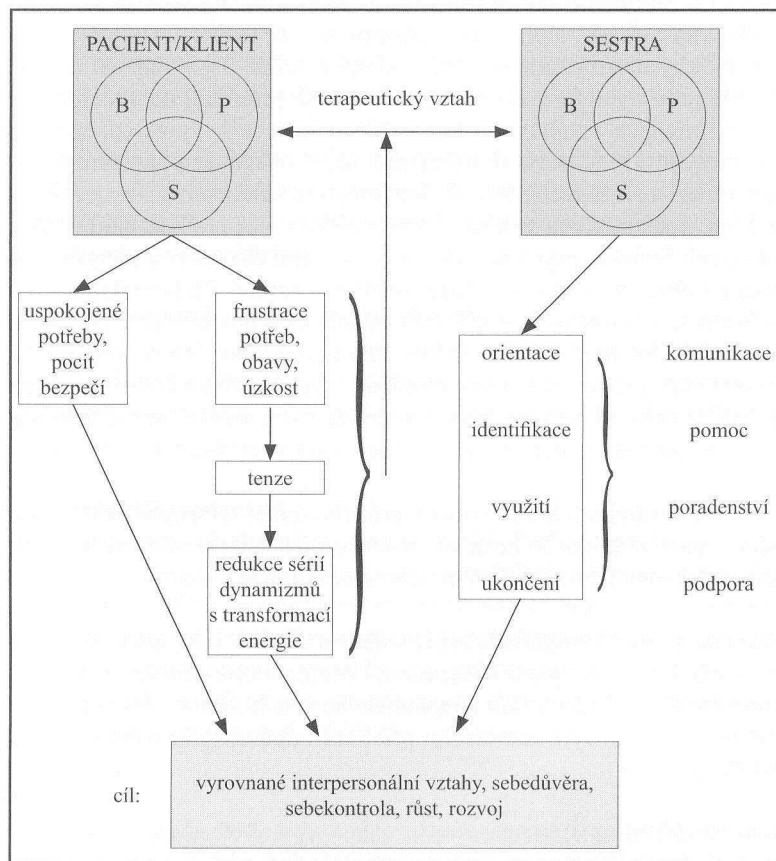
Podle autorky modelu mají jedinci bio-psycho-sociální kvality, které je motivují k sebezachování, reprodukci a růstu. Chování jedince je, kromě návyků a zkušeností, motivované tenzemi, tzn. že jedinec vykonává určité činnosti, aby tenze eliminoval nebo alespoň snížil. Tyto činnosti autorka označila jako **transformaci energie**. Tenze se promítají do chování i do interpersonálních vztahů a vedou každého jedince k vytvoření určitých vzorců chování, tzv. **série dynamizmů**, které opakovaně používá při eliminaci tenzí vyvolaných neuspokojenými potřebami nebo úzkostí. Příčiny, pro které pacient/klient vyhledá zdravotnickou a ošetrovatelskou pomoc, mohou mít fyzický, psychologický nebo sociální charakter a obvykle jsou spojené s obtížemi v oblasti interpersonálních vztahů. Při kontaktu pacienta/klienta se sestrou se postupně (od období prvního kontaktu při přijetí, přes období intenzivní péče, období rekonvalescence, až po propuštění) vytváří terapeutický vztah, který probíhá ve čtyřech fázích (orientace, identifikace, využití, ukončení), během kterých sestra zastává různé role (neznámé osoby, pomocnice, učitelky, vůdce, zástupce, poradce).

Cílem ošetrovatelských intervencí v průběhu trvání terapeutického vztahu sestra – pacient/klient je dosažení vyrovnaných interpersonálních vztahů pacienta/klienta, jeho sebedůvěra, sebekontrola, růst a rozvoj.

Hildegard Peplau formulovala svůj model v době, kdy ještě nebyl definovaný a v ošetrovatelské praxi akceptovaný ošetrovatelský proces. Navzdory tomu identifikovala čtyři fáze terapeutického vztahu sestra – pacient/klient, které svým obsahovým zaměřením přibližně odpovídají krokům ošetrovatelského procesu.

Tento model bývá označován také jako „vývojový model“, avšak pro silnou akcentaci (zdůrazňování) interakce je zařazovaný mezi interakční modely. H. Peplau je často označovaná za matku psychiatrického ošetrovatelství.

Obr. 12 Grafické znázornění modelu H. Peplau



Zdroj: autorka

Legenda:

Zkratky v kruzích: B = biologická, P = psychologická, S = sociální oblast

4.2 Ida Jean Orlando: Teorie ošetrovatelského procesu

Biografické údaje:

- * 12. 8. 1926, Jersey City, USA
- 1947 ukončila základní ošetrovatelské vzdělání na New York Medical College Hospital School of Nursing v New Yorku
- 1951 dosáhla bakalářské vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví na St. John's University Brooklyn v New Yorku
- 1954 získala magisterské vzdělání v oblasti poradenství mentálního zdraví na Columbia University Teachers College v New Yorku
- po ukončení základního studia a během bakalářského a magisterského studia pracovala na celý nebo částečný úvazek na chirurgickém a gynekologickém oddělení a v intenzivní péči
- 1954 odešla na Yale University School of Nursing v New Havenu, kde se nejdříve zapojila a později vedla výzkumný projekt „Integrace mentálních koncepcí zdraví“
- 1958 připravila výsledky projektu k publikování v knize „The Dynamic Nurse – Patient Relationship: Function, Process and Principles“ (Dynamický vztah sestry – pacient: Funkce, proces a principy), která však vyšla až v roce 1961
- 1961 se vdala za R. J. Pelletiera a opustila Yale
- 1962–1972 pracovala jako klinická poradkyně pro ošetrovatelství v Belmontu
- 1972 publikovala knihu „The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluation Study“ (Nácvik a výuka ošetrovatelského procesu: Evaluační studie)
- 1972–1981 pracovala jako poradkyně a přednášela o své teorii v USA a v Kanadě
- 1981 školitelka ošetrovatelství v Metropolitan State Hospital ve Walthamu, kde se v roce 1987 stala zástupkyní ředitelky pro výzkum a vzdělávání v ošetrovatelství^{2,9,14}

Vývoj teorie

V 60. letech minulého století se v USA objevily snahy zaměřené na humanizaci společnosti a zvýšení úrovně ošetrovatelství. Během sesterské praxe se I. J. Orlando přesvědčila o nedostatečném poskytování ošetrovatelské péče a začala uvažovat o tom, jak zabezpečit optimální úroveň ošetrování.

Na Yaleské ošetrovatelské škole se zapojila do výzkumného projektu Národního institutu mentálního zdraví USA „Integrace mentálních koncepcí zdraví“. V tomto projektu během tří let sledovala interakce sestra – pacient/klient a následně analyzovala asi 2000 těchto vztahů. Z analýzy těchto interakcí je částečně odvozená její teorie. Během pobytu v Bellmontu (1962–1972) nadále sledovala vztah sestra – pacient/klient a rozšířila svá zkoumání i o vztah sestra – členové ošetrovatelského týmu. Výsledkem bylo publikování knihy „Nácvik a výuka ošetrovatelského procesu“ (1972).

Teoretická východiska:

- *Maslowova teorie potřeb a motivace,*
- *práce C. Rogerse z oblasti humanistické psychologie,*
- *práce V. Henderson a H. Peplau,*
- *výsledky spolupráce s E. Wiedenbach.*

Předpoklady (asumpce):

- *jedinec se stává pacientem/klientem a potřebuje ošetrovatelskou péči:*
 - když nemá splněné potřeby pomoci, které vznikají jako negativní reakce na prostředí, zkušenosti nebo tělesné omezení a brání jedinci svěřit se s potřebou pomoci, kterou nedokáže naplnit sám,
 - když má omezené schopnosti, které se zvyšují přijímáním lékařské péče,
 - když pociťuje úzkost, zoufalství, tíseň, napětí či stres jako důsledek neuspokojené potřeby pomoci,
- *stres je dynamická síla, která narušuje funkční stav organismu, jeho vývoj a rovnováhu,*
- *potřeba je požadavek jedince zbavit se bezprostředních potíží, potřeba pacienta/klienta sestru orientuje a vede k hledání cest a možností zlepšení jeho stavu,*
- *potřeba pomoci je požadavek pacienta/klienta, je to žádost o pomoc při řešení problému, který nedokáže zvládnout sám, po odstranění problému, uspokojení potřeby, dochází u pacienta/klienta ke snížení stresu, úlevě, zmenšení potíží, zlepšení stavu a pocitu blaha,*
- *interakce zahrnuje chování pacienta/klienta, akci a reakci sestry, interakční procesy mezi sestrou a pacientem/klientem vždy směřují k uspokojení jeho aktuálních a potenciálních potřeb pomoci,*

- *zlepšení znamená obnovení fyzického a duševního zdraví, což se projeví v chování pacienta/klienta, ve verbálních a neverbálních projevech.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – zlepšení fyzického a psychického zdraví pacienta/klienta, jeho komfort, pohodlí a pohoda,
- pacient/klient** – jedinec charakterizovaný svým chováním, který podstupuje medicínskou léčbu a aktivně se zúčastňuje procesu ošetřování,
- role sestry** – vyhledání potřeby pomoci u pacienta/klienta a její okamžité poskytnutí přímo nebo nepřímo,
- zdroj potíží** – nesplněné potřeby pomoci při tělesném omezení pacienta/klienta, nebo při negativní reakci na prostředí,
- ohnisko zásahu** – oblasti potřeb pomoci,
- způsob zásahu** – aktivní, vědomá ošetrovatelská péče,
- důsledky** – fyzické a psychické zlepšení, pohoda, blaho.

Metaparadigmatické koncepce podle I. J. Orando:

- Osoba** – je dynamický, humánní systém v interakci s prostředím, podléhající změnám. Jedinec je charakterizovaný prostřednictvím verbálního a neverbálního chování. Trpí, když nedokáže sám uspokojit svou potřebu pomoci.
- Prostředí** – autorka nedefinuje, ale chápe ho jako bezprostřední situaci, ve které se pacient/klient nachází.
- Zdraví** – je do teorie zahrnuté, ale není specifikované ani definované. Autorka v teorii uvádí termíny: fyzické zdraví, mentální zdraví, zlepšení, pohoda a blaho.
- Ošetrovatelství** – se zabývá potřebou okamžité pomoci pacientovi/klientovi v bezprostřední situaci, kdy jedinec není schopný se sám o sebe postarat; ošetrovatelství je nezávislé na medicíně, může fungovat nezávisle na tom, zda se jedinec podrobuje lékařské péči nebo ne.^{9, 14, 18}

Koncepcie teorie

Humánní systém

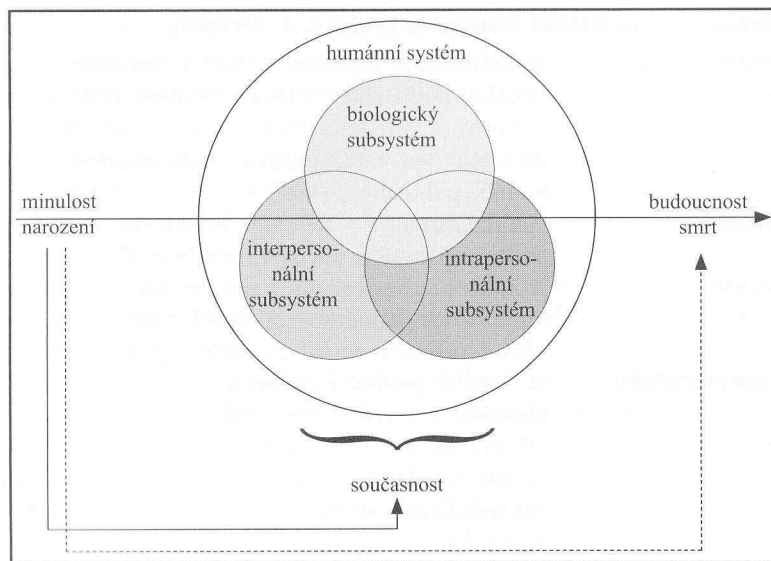
Jedinec jako jednotný systém je otevřený prostředí a neustále podléhá změně. Humánní systém jedince tvoří tři navzájem se ovlivňující subsystémy:

- **biologický subsystém** – zahrnuje celou fyzickou oblast jedince,
- **interpersonální subsystém** – zahrnuje celou sociální oblast jedince,
- **intrapersonální subsystém** – zahrnuje celou psychickou oblast jedince.

Změna

Jedinec existuje ve změně a stále se vyvíjí. Narození, dětství, adolescence, dospělost, stáří a smrt jsou integrální součásti života. Vývoj zahrnuje biologické, interpersonální a intrapersonální změny, které navzájem souvisejí a společně ovlivňují zdraví. Jedinec se pohybuje kontinuálně od jednoho vývojového stadia k druhému a vlivy a informace uchované z minulosti se promítají do přítomnosti a ovlivňují budoucnost.

Obr. 13 *Humánní systém jedince a změna*



Zdroj: autorka

Změna je vlastní životu jedince a subsystémy se snaží udržet si ve změně stabilitu. Situace a stav pacienta/klienta mohou být popsány jako vztah mezi systémem, časem a prostředím.

Proces stresu

Proces stresu pomáhá odhalit problém, který vznikl ve fungování a formě struktury, ve vývoji a v rovnováze (stabilitě) jedince. Existuje pozitivní korelace mezi časem, kdy nemá pacient/klient uspokojené potřeby pomoci (v jakékoliv oblasti), a stupněm úzkosti, tísně, napětí a stresu. Stres jako dynamická síla je charakterizovaný prostřednictvím stresového indexu a stresové reakce.

Stresový index zahrnuje:

- **kvocient stresu** – je dávka stresu, kterému je jedinec vystavený v určitém čase,
- **objektivní a subjektivní poměr** – mezi subjektivními a objektivními údaji,
- **intenzita stresu** – může být silná (vyžaduje korekci vždy), mírná (je možné ji terapeuticky zvyšovat nebo snižovat), slabá (může být terapeuticky podporovaná),
- **rychlost nástupu a trvání** – může mít specifický účinek na stav pacienta/klienta i na adaptaci,
- **rozsah působení** – týká se rozšíření síly stresu v organizmu,
- **terapeutický přístup** – závisí na toleranci organismu na stres, na připravenosti vyrovnávat se se stresem, na kvocientu stresu a potenciálním směru stresové změny.

Stresová reakce se vztahuje na stresový stav a adaptaci a ukazuje účinek stresu na organizmus. Stresová reakce zahrnuje:

- **afektivní změny** – jsou změny vegetativní, emocionální, behaviorální,
- **kognitivní změny** – jsou změny percepce, myšlení, úsudků, řešení problémů,
- **fyzilogické změny** – jsou změny endokrinní, neurologické, buněčné, chemické,
- **změny aktivity** – zahrnují reagování celého těla; dezorganizace chování a jednání; změny senzitivity k okolí; oživení starých patologických aktivit a narušení vnímání reality.

Analýza procesu stresu je způsob přístupu k analýze problémů pacienta/klienta. Zahnuje:

- **stresor** – předcházející nebo přítomný činitel, který aktivizuje proces stresu; stresor může být příčinou, katalyzátorem nebo základní součástí příčiny, která spouští stresový proces,
- **stres** – dynamická síla, která produkuje a vyvolává stresový stav; původ stresu je buď ve vnějším stresoru, nebo v organismu jedince (tzv. vnitřní stresor),
- **stresový stav** – stav vyplývající ze stresu, popisovaný je jako náraz stresu na organismus; stresový stav je reaktivní stav organismu,
- **adaptaci** – zpětnou odpověď organismu na stresový stav nebo stres; může být pozitivní nebo negativní; adaptace vede a určuje výslednou změnu,
- **stresovou změnu** – rozdíl, který nastane v organismu jako výsledek stresového procesu; týká se přežívání jedince.

I. J. Orlando uvádí, že stres u pacienta/klienta je odvozený z jeho reakcí na okolí, které nedokáže sám kontrolovat, že stres v nemocnici je spíš reakcí na prostředí nemocnice než na nemoc; že úzkost, tíseň a napětí pacienta/klienta často vyplývá z falešných interpretací vlastních zkušeností. Všechny tyto situace vyžadují pomoc sestry pacientovi/klientovi prostřednictvím procesu ošetrování.

Ošetrovatelský proces

Při kontaktu lidí dochází k „procesu jednání“. Tento proces se skládá z pozorování chování druhé osoby, z myšlenek a pocitů vyplývajících z pozorování a z činů, skutků, které jsou reakcí na toto pozorování, na myšlenky a pocity.

Chování pacienta/klienta stimuluje chování sestry. Začíná proces ošetrování. Chování sestry má čtyři fáze:

- **vnímání** chování pacienta/klienta všemi smysly,
- **myšlenky** související s tím, co sestra vnímala (představy v mysli),
- **pocity** jako odezva na myšlenky,
- **činnost**, čili pozorovatelné aktivity, jako reakce na verbální a neverbální chování pacienta/klienta.

Tento průběh je automatický, téměř spontánní a vede k aktivizaci ošetrovatelské péče. Je potřebné, aby se sestra naučila nejdříve rozeznávat a analyzovat vlastní chování, jednání. Potom při kontaktu s pacientem/klientem (při zjišťování údajů o minulosti humánního systému i o jeho aktuálním stavu biologického, inter- a intrapersonálního subsystému) může probrat svoje vjemy, myšlenky, pocity a činnosti. Tak se ubezpečí, že u něho správně identifikovala potřebu pomoci. Následně spolu zvolí vhodné ošetrovatelské intervence potřebné pro naplnění, uspokojení potřeb pacienta/klienta. Je-li sestra aktivní, dochází k procesu jednání, který spočívá v interakci sestra – pacient/klient a který je považovaný za **proces ošetrování**.

Tento proces může probíhat jako:

- **automatické ošetrovatelské jednání** – zahrnuje činnosti sestry, které mají jiné zaměření, než vyžaduje přímá potřeba pacienta/klienta, představuje zautomatizované rutinní činnosti sestry, včetně pasivní ošetrovatelské péče,
- **vědomé ošetrovatelské jednání** – zahrnuje činnosti zaměřené na chování pacienta/klienta a na splnění jeho okamžité potřeby pomoci, představuje aktivní ošetrovatelskou péči, kterou autorka označila termínem „ošetrovatelský proces“.

Ošetrovatelský proces je systematická, odborná, profesionální reakce sestry na potřeby pacienta/klienta. Zahrnuje sérii pěti postupných kroků, od zjištění potřeby pomoci ke stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování (ve spolupráci s pacientem/klientem), realizaci a nakonec k hodnocení dosažení cíle.

Činnost sester bude profesionální tehdy, když budou stanovené cíle dosažené prostřednictvím vědomého ošetrovatelského jednání zaměřeného na poskytnutí bezprostřední pomoci pacientovi/klientovi při uspokojování potřeb.

Sestra může pacientovi/klientovi poskytnout bezprostřední pomoc:

- **přímo** – tehdy, když pacient/klient není schopný si sám uspokojit své potřeby a sestra vykonává konkrétní ošetrovatelské intervence,
- **nepřímo** – tehdy, když sestra řídí nebo zabezpečuje neprofesionální péči (např. administrativní práce).

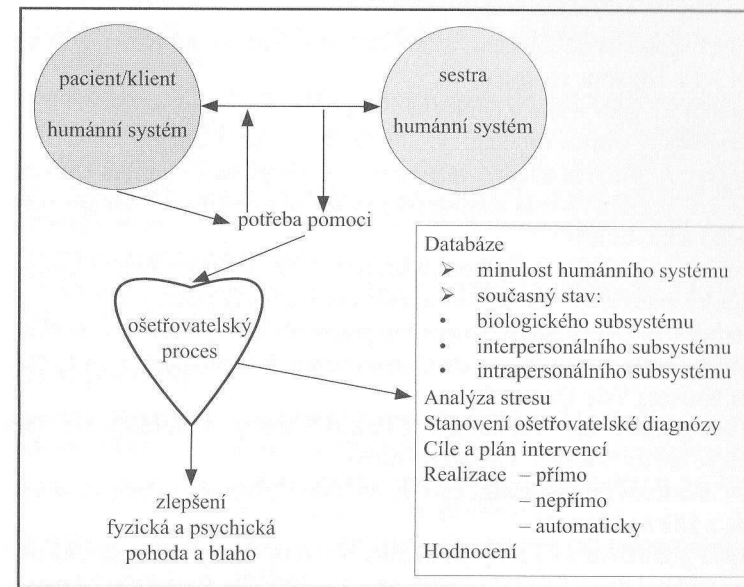
Cílem ošetrovatelského procesu (podle autorky) je zlepšit chování pacienta/klienta. Ne každý ošetrovatelský zásah však uspokojí jeho potřebu pomoci. Stává se tak zejména tehdy, když některé akvity sestry pacient/klient nevnímá jako potřebné pro zlepšení svého stavu, nebo o tyto zásahy nejeví zájem, případně tehdy, když jsou činnosti sestry založené jen na automatických úkonech.^{12, 14, 18}

Obsah teorie

Jedinec přichází do kontaktu s ošetrovatelstvím tehdy, když nemá uspokojené potřeby pomoci nebo tehdy, když má omezené schopnosti, které se stupňují přijímáním lékařské péče. V takové situaci pacient/klient pociťuje úzkost, tíseň, zoufalství, napětí či stres, což se projevuje jak verbálním, tak i neverbálním chováním. Vzájemná interakce sestry a pacienta/klienta je ovlivněna tím, co říká a dělá ten druhý. Chování pacienta/klienta sestra akceptuje, své vjemy, myšlenky a pocity s ním prodiskutuje a verifikuje. Sestra se tak ubezpečí, že verbální a neverbální projevy pacienta/klienta jsou odrazem nenaplněné potřeby pomoci. Následně sestra přistoupí k analýze procesu stresu (s využitím stresového indexu a stresové reakce), spolu s pacientem/klientem stanoví cíle a formuluje plán ošetrovatelských intervencí. Ošetrovatelské intervence jsou zaměřené na vhodnou adaptaci a uspokojování potřeby pomoci. Cílem je obnovit u pacienta/klienta fyzické a psychické blaho a pohodu. Čím déle nemá uspokojenou potřebu pomoci, tím větší je stupeň jeho úzkosti, napětí a stresu, a proto sestra musí ošetrovatelské zásahy vykonávat co nejdříve. Takový postup chápe autorka jako adekvátní pro naplnění podstaty ošetrovatelského procesu.

Teorie Idy Orlando je použitelná v ošetrovatelské praxi u dětí i dospělých ve všech ošetrovatelských oborech, s výjimkou pacientů v bezvědomí. Někteří teoretici označují Teorii ošetrovatelského procesu I. J. Orlando jako SDS model (System Development Stress), čili stresově-vývojový model.

Obr. 14 Grafické znázornění teorie I. J. Orlando



Zdroj: autorka

- Zdraví** – autorka pojem nedefinovala, ale vztah: ošetrovatelství – potřeba pomoci pacientovi/klientovi obsahuje jeho vymezení.
- Ošetrovatelství** – je způsob mateřské péče; E. Wiedenbach vnímala ošetrovatelství jako výživu, výchovu a péči o někoho s mateřskou láskou. Ošetrovatelský proces je podle ní ovlivněný vnitřním zosobněním a kulturní úrovní sestry, jejími vědomostmi, moudrostí, citlivostí a zájmem, jakož i cílem ošetrovatelské péče. Podle autorky se skládá ošetrovatelství ze čtyř elementů: filozofie – cíl – praxe – technika.^{1, 14}

Koncepce modelu

Filozofie

Filozofie znamená přijetí života a skutečnosti. Z filozofie se odvíjí postoje sestry i vzorce jejího chování. Filozofie vede myšlení sestry, motivuje k určitému jednání a následně ovlivňuje její rozhodnutí.

Cíl

Cíl je to, co dělá sestru sestrou. Cíl je tím, co sestra chce a může dosáhnout, tzn. nejvyšší ústřední cíl, který je konstantní. Tvoří základní součást práce sestry. Model E. Wiedenbach je založený na tzv. „předpisové teorii“, která obsahuje tři vzájemně související koncepce: ústřední cíl, předpis (preskripci) a skutečnost (realitu):

- **Ústřední cíl** – je pro sestru definice kvality zdraví pacienta/klienta, které chce dosáhnout a ovlivnit ji. Ústřední cíl je ovlivněný individuální zkušeností sestry, která je orientovaná na hodnotu a cenu jedince. Filozofie usměrňuje péči, jejímž cílem je požadovaný výsledek.
- **Předpis** – je direktiva k činnosti; specifikuje charakter činnosti, které s největší pravděpodobností zabezpečí splnění ústředního cíle. Činnosti mohou být zaměřené na uskutečňování všeobecných aktivit, na způsob chování, které je potřebné k dosažení cíle a na řadu dalších aktivit.
- **Skutečnost** – zahrnuje prostředí a aktuální situaci, ve které je realizovaná ošetrovatelská péče. Skládá se z fyzických, psychických, emocionálních a duchovních faktorů.

Ošetrovatelská praxe

Ošetrovatelská praxe je zaměřena na zjišťování potřeby pomoci pacientovi/klientovi, a popřípadě na její poskytnutí. Skládá se z:

- *identifikace potřeby pomoci, v rámci které sestra pozoruje pacienta/klienta, hledá nesrovnalosti mezi jeho současným stavem a očekávaným chováním, snaží se objasnit, co znamená zjištěná disproporce, určuje příčinu dyskomfortu a ověřuje u pacienta/klienta, zda je pomoc potřebná,*
- *poskytování potřebné pomoci,*
- *potvrzení, že vykonaná činnost byla účinná.*

Při identifikaci potřeby pomoci pacientovi/klientovi vychází sestra ze tří zásad:

- **zásada shody/neshody** souvisí s hodnocením stavu pacienta/klienta, při kterém se sestra zaměřuje na projevy a/nebo činnosti pacienta/klienta, které porovnává s tím, co se od něho očekává, proto je důležité důsledné pozorování a analýza informací,
- **zásada efektivní vytrvalosti** souvisí se snahou sestry pomoci pacientovi/klientovi i při potížích, které mohou vzniknout při hledání účinných zdrojů pro poskytování péče, a v této snaze setrvat,
- **zásada rozšíření péče** představuje možnost, kdy sestra hledá pomoc i jinde (u jiných osob, zdrojů ...), musí však správně zhodnotit, rozpoznat a rozhodnout, kdy a kde má tuto pomoc hledat.

Ošetrovatelská činnost založená na zásadách pomoci zahrnuje **čtyři druhy aktivit** sestry: reflexivní (spontánní), podmíněnou (automatickou), impulzivní (emocionální), uvážlivou (cílevědomou).

Úspěch profesionální ošetrovatelské praxe podle E. Wiedenbach **závisí** především na:

- **Činiteli** – tzn. na sestře, která provádí ošetrovatelskou péči. Sestra je hnací silou, její činnost je cílevědomá. Přitom vykonává množství aktivit, které vyžadují úsilí.
- **Příjemci** – tzn. pacientovi/klientovi, který přijímá činnost sestry. Je charakterizovaný osobními atributy, kapacitou, aspiracemi, problémy a schopnostmi překonávat problémy.
- **Cíli** – tzn. výsledek, který má být ošetrovatelskou péčí dosažený.
- **Prostředcích** – tzn. nástrojích a aktivitách, jejichž prostřednictvím je sestra schopná dosáhnout cíle. Prostředky zahrnují odbornost, techniku, nástroje a pracovní postupy.
- **Rámci** – který se skládá ze vzájemně souvisejících lidských, environmentálních, odborných a organizačních možností, vymezujících výkon ošetrovatelské praxe. Rámec tvoří vnější faktory a možnosti, které ovlivňují schopnost sestry dosáhnout požadované výsledky.

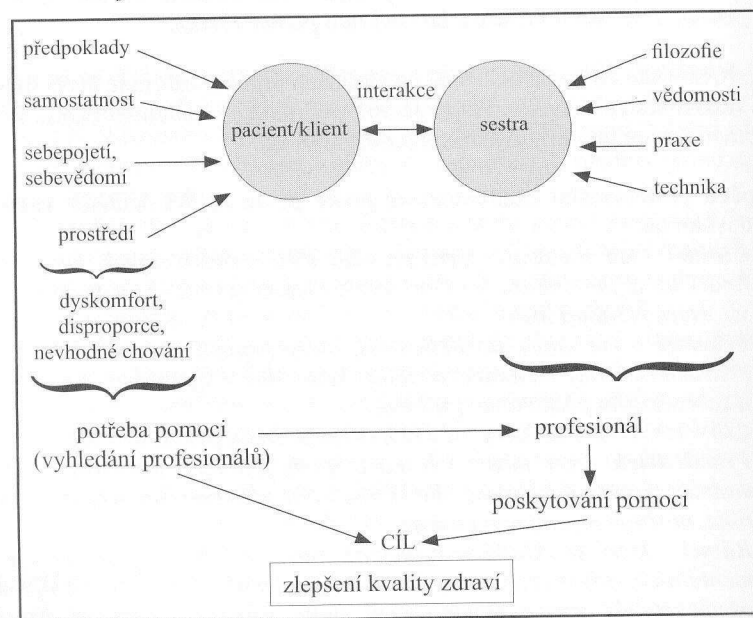
Ošetrovatelskou praxi vykonává sestra jako profesionální odborník na ošetrovatelské činnosti. Pro profesionála v ošetrovatelství je charakteristická schopnost jasné formulace přesného cíle, vysoká odbornost, schopnost spolupráce, podpora, formování jedince a zájem o nové poznatky.^{1,2,14}

Obsah modelu

Souvislost a propojení uvedených koncepcí v činnosti sestry charakterizuje obsah Modelu umění pomoci následovně. V rámci aktuální skutečnosti sestra identifikuje u pacienta/klienta potřebu pomoci, stanoví si cíl, následně rozvíjí předpis (tzn. plán ošetrovatelské péče a medicínské léčby), který harmonizuje s ústředním cílem, poskytuje potřebnou péči včetně pomoci a potvrdí její účinnost.

Model E. Wiedenbach je použitelný zvláště v institucionalizované péči, především u těhotných žen a matek.

Obr. 15 Grafické znázornění modelu E. Wiedenbach



Zdroj: autorka

4.4 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví

Biografické údaje:

- základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku
- bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku
- doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College
- 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování
- 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví
- je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill
- prezidentka NANDA (North American Nursing Diagnostic Association) – do roku 2004
- věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče^{2,24}

Vývoj modelu

Model je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA.

Teoretická východiska:

- *holistická a humanistická filozofie,*
- *koncepce hodnocení F. E. McCan (z roku 1965) a D. Smith (z roku 1968),*
- *modely zdraví,*
- *ošetrovatelské modely a teorie různých autorek, především však D. Orem, D. Johnson a C. Roy.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí,
- pacient/klient** – holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví,

- role sestry** – systematické získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí standardních metod (tj. pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením), analýza získaných informací se závěrem: funkční nebo dysfunkční zdraví; při dysfunkčním zdraví pokračovat podle kroků ošetrovatelského procesu,
- zdroj potíží** – některá/é z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí,
- ohnisko zásahu** – dysfunkční vzorce zdraví,
- způsob intervence** – podle některého ze známých ošetrovatelských modelů a teorií,
- důsledky** – funkční vzorce zdraví.

Metaparadigmatické koncepty podle M. Gordon:

- Osoba** – všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.
- Prostředí** – v integraci s osobou se podílí na funkčních vzorcích zdraví.
- Zdraví** – je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňované vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory, když dojde k poruše zdraví, i potencionální, označuje se tento stav jako dysfunkce.
- Ošetrovatelství** – se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví.^{1,2,24}

Obsah a koncepty modelu

Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.

Vzorce

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- vnímání zdraví – udržování zdraví**, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví,
- výživa – metabolismus** zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
- vyučování** zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže,
- aktivita – cvičení** obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity,
- spánek – odpočinek** zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace,
- citlivost (vnímání) – poznávání** obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.,
- sebepojetí – sebeúcta** vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,
- role – vztahy** obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,
- reprodukce – sexualita** zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn,
- stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance** obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,
- víra – životní hodnoty** obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,
- jiné.**

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňují sestře rozeznat, zda se u pacienta/klienta jedná o:

- *funkční chování – ve zdraví,*
- *dysfunkční chování – v nemoci.*

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

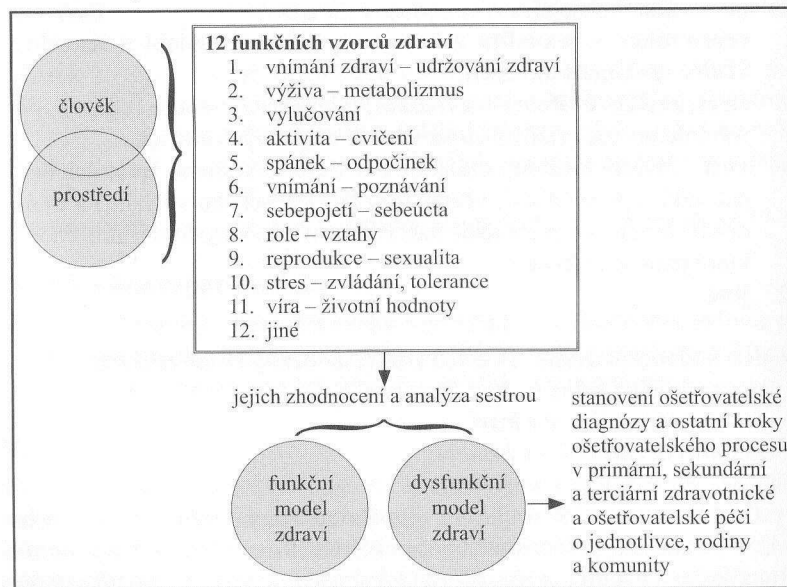
Při posuzování vzorců funkčního zdraví M. Gordon navrhuje, aby sestra **porovnávala získané údaje** s jednou nebo s několika následujícími položkami:

- *individuální výchozí stav (tzv. báze),*
- *normy stanovené pro danou věkovou skupinu,*
- *normy kulturní, společenské a jiné.*

Takovým způsobem může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav nemocného i zdravého jedince, rodiny či komunity.^{1, 2, 24}

Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují model M. Gordon za nejkompaktnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavek na **rámcový standard** pro systematické **ošetřovatelské hodnocení** zdravotního **stavu pacienta/klienta** v jakémkoliv systému zdravotní péče, v péči primární, sekundární, terciární. Pro další kroky ošetrovatelského procesu je však vhodná jeho kombinace s jiným ošetrovatelským modelem či teorií.

Obr. 16 Grafické znázornění modelu M. Gordon



Zdroj: autorka

5 Systémové modely

5.1 Dorothy E. Johnson: Model behaviorálního systému

Biografické údaje:

- * 21. 8. 1919 Savannah, stát Georgia, USA
- 1938 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Armstrong Junior College v Savannah
- 1942 dosáhla bakalářské vzdělání na Vanderbilt University v Nashvillu
- 1942–1944 pracovala jako sestra a staniční sestra
- 1948 ukončila magisterské vzdělání v oboru veřejné zdravotnictví (MPH) na Harvard University v Bostonu
- přednášela pediatrické ošetrovatelství na Vanderbilt University School of Nursing
- 1949–1978 přednášela ošetrovatelství a pediatrické ošetrovatelství na University of California v Los Angeles
- 1968 poprvé prezentovala svůj model
- 1978 byla penzionována
- 1980 publikovala Model behaviorálního systému v knize „Behavioral System Model for Nursing“ (Ošetřovatelský model behaviorálního systému)
- za svůj model získala řadu vyznamenání a ocenění, v roce 1981 obdržela od Vanderbilt University School of Nursing cenu „Award for Excellence in Nursing“ (Ocenění za vynikající práci v ošetrovatelství)^{2, 9, 14}

Vývoj modelu

V 50. letech minulého století se D. Johnson zajímala o biologické, psychologické, behaviorální a sociální odpovědi jedinců na stres. Předpokládala, že pacienti/klienti jsou vystaveni účinkům stresu působením vnějších a vnitřních stimulů. V roce 1968 poprvé prezentovala svůj model, jehož základní ideou je behaviorální systém jedince a podpora účelného chování pacienta/klienta v souvislosti s onemocněním a prevencí. V následujících letech autorka model dále vyvíjela, dopracovávala, definovala a revidovala až do konečné podoby, ve které ho v roce 1980 publikovala.

Teoretická východiska:

- *holistická filozofie,*
- *názory F. Nightingale,*

- *systémové teorie A. Rapoport, R. Chinna, W. Buckleyho,*
- *psychologie, sociologie a biologie – především koncepce sociálního učení, motivace, senzorických stimulů, stresu, adaptace a další.*

Předpoklady (asumpce):

- *v behaviorálním systému existuje organizace, interakce, nezávislost a integrace všech částí a prvků, které spolu tvoří systém, všechny tyto části jsou ve vzájemném vztahu a podílejí se na rozvoji celku,*
- *systém neustále spěje k rovnováze mezi různými vlivy zvenčí i zevnitř; jedinec má vždy snahu zachovat rovnováhu systému, udržet jeho stabilitu prostřednictvím adaptace na působící síly,*
- *behaviorální systém je pro jedince podstatný a důležitý pro jeho individuální a společenskou existenci, proto je chování jedince zaměřené na zachování rovnováhy a adaptaci na změny prostředí,*
- *rovnováha systému je odrazem úspěšné regulace a adaptace konkrétního jedince, rovnováha se však může projevit i způsobem, který nemusí odpovídat společenským normám.*

Uvedené **předpoklady** autorka **specifikovala** společnými **strukturálními prvky**, které se projevují v každém subsystému behaviorálního systému jedince. Jsou to:

- **způsob, který motivuje chování** – vychází z neuspokojených potřeb a souvisí s individuálními a kulturními odlišnostmi jedince,
- **predispozice k chování** – autorka je označila jako „sets“ (soubor vzorců chování); vznikají prostřednictvím zrání, učení a zkušeností jedince,
- **volba chování** – znamená, že každý jedinec má k dispozici více alternativ chování, ze kterých si vybírá na základě životních zkušeností,
- **konkrétní chování** – v daném čase, kdy sestra hodnotí účinnost chování v souvislosti se stanovenými cíli.

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – dosáhnout a udržet rovnováhu a dynamickou stabilitu behaviorálního systému na nejvyšší možné úrovni u každého jedince,
- pacient/klient** – behaviorální systém, který se skládá ze sedmi subsystémů,

- role sestry** – regulovat a dohlížet na stabilitu behaviorálního systému pacienta/klienta,
- zdroj potíží** – funkční nebo strukturální stres, nesprávný vývoj, nefunkční regulační systém, nedostatečné nebo nevhodné vstupy z prostředí,
- ohnisko zásahu** – funkční potřeby, mechanismy ovládnání a regulace,
- způsob zásahu** – intervence zaměřené na ovlivnění funkčního a strukturálního stresu,
- důsledky** – účinné a efektivní (tedy funkční) chování jedince.

Metaparadigmatické koncepce podle D. E. Johnson:

- Osoba** – je celistvá bytost se dvěma základními systémy – biologickým a behaviorálním. Medicína se zaměřuje na biologický a ošetrovatelství na behaviorální systém. Když se objeví v některém systému porucha, probíhá mezi nimi reciproční činnost pro zachování rovnováhy. Behaviorální systém jedince se projevuje účelnými, opakovanými a pro každého typickými způsoby chování.
- Prostředí** – ve kterém jedinec existuje, dělí autorka na vnější a vnitřní. Mezi oběma dochází k interakci právě tak, jako mezi jedincem a prostředím. Chování jedince je ovlivňované situacemi, událostmi, jevy a objekty v prostředí. Nejvýraznější vliv na chování jedinců má kultura.
- Zdraví** – je nestálý, dynamický stav ovlivňovaný biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Zdraví znamená rovnováhu a stabilitu. Zdraví je účelná, fyzicky, mentálně a sociálně adaptivní odpověď na vnitřní a vnější stimuly v zájmu udržení stability a pohody. Stabilitu je třeba chápat jako dynamický stav rovnováhy se schopností adaptace a změny se zachováním účelného chování podle pravidel. Zdraví se odráží v organizaci interakcí a v rovnováze subsystémů behaviorálního systému. Cílem jedince

Ošetřovatelství

je udržet celistvost systému vhodnými fyzickými, psychologickými a sociálními adaptivními reakcemi. je věda a umění. Své poznatky čerpá z přírodních a sociálních věd. Podílí se na redukcí vnějších a vnitřních stresorů, které narušují stabilitu systémů a na podpoře přirozené obrany a adaptace pacienta/klienta. Problém jedince je definovaný jako nestabilita systému a řešení spočívá ve změně nevhodného chování. K ní přispívá i ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelství je dosáhnout a udržet stabilitu behaviorálního systému na nejvyšší možné úrovni u každého pacienta/klienta^{1, 2, 14}

Koncepce modelu**Chování**

Chování je projevem schopnosti výkonu vnitřních struktur a procesů, vychází ze změn v sensorických stimulech, schopnosti koordinace a z projevů reakce na změnu, je aktuální a očekávané, má sociální charakteristiky a může se projevat jako signifikantně (významně) adaptivní.

Systém

Systém je celistvý, ale jeho celistvost závisí na funkční schopnosti a vzájemné závislosti jeho částí. Části a elementy celku jsou organizované, tvoří interakce, jsou navzájem závislé a integrované. Jedinec se jako systém snaží adaptovat na změněné podmínky.

Subsystém

Podle D. Johnson subsystém je minisystém se speciálním cílem a funkcemi, má vztahy s dalšími subsystémy nebo s prostředím a funguje i v interakci se systémem. Schopnost každého subsystému úspěšně plnit své funkce závisí na třech funkčních požadavcích:

- **ochrana** – každý subsystém musí být chráněn před škodlivými vlivy, se kterými se neumí vyrovnat,
- **podpora** – každý subsystém musí být podporovaný vhodnými vstupy z prostředí,
- **stimulace** – každý subsystém ke svému rozvoji potřebuje impulzy, jinak by stagnoval.

Behaviorální systém

Behaviorální systém je integrovaná a organizovaná jednota charakterizovaná interakcemi mezi jedincem a prostředím, vztahy mezi jedincem a objekty, událostmi a situacemi uvnitř světa jedince. Behaviorální systém je flexibilní, ale také stabilní, schopný vývoje a vyrovnávání se se změnami prostřednictvím adaptace.

Behaviorální systém je tvořený sedmi subsystémy:

1. **subsystém sdružování a příslušnosti** je zaměřený na sociální vztahy (souviset s něčím, patřit k někomu/něčemu, sociální zařazení, sounáležitost, budování sociálních vztahů),
2. **subsystém závislosti** zahrnuje oblast podpory (udržování zdrojů prostředí potřebných pro dosažení pozornosti, podpory, pomoci, bezpečí a získání důvěry. D. Johnson tento subsystém odlišila od systému sdružování!),
3. **subsystém přijímání potravy** je zaměřený na udržení integrity organismu a dosažení tělesného uspokojení (kulturní a sociální vlivy na stravování, biologická potřeba potravy),
4. **subsystém vylučování** se soustředí na vylučování biologického odpadu (kontrola nad exkrečním systémem, přijatelné sociální chování a způsoby odstraňování exkretů),
5. **subsystém sexuální** je zaměřený na sexuální uspokojení a zájem o jiné osoby (plnění očekávání v sexuální oblasti, kulturní a sociální vlivy sexuálního chování, prožívání a pudy, pohlavní rozdíly v sexuálním chování),
6. **subsystém výkonu** je soustředěn na kontrolu nad sebou a svým chováním (dosáhnout zdokonalení a kontrolu nad sebou, kontrolovat prostředí, tvůrčí, intelektuální, fyzické a sociální dovednosti),
7. **subsystém agresivně-ochranný** zahrnuje ochranu vlastní osoby a sebeprosazování [bránit sebe i jiné před reálným i potenciálním ohrožením (myšlenkami, osobami, objekty). Nepatří sem úmysl napadnout jiného jedince!].

Subsystémy behaviorálního systému spolu vzájemně souvisejí a změna v jednom z nich ovlivní všechny ostatní. Vzájemné vztahy mezi subsystémy jsou kontrolované biologickými, fyziologickými, psychologickými a sociokulturními mechanismy.

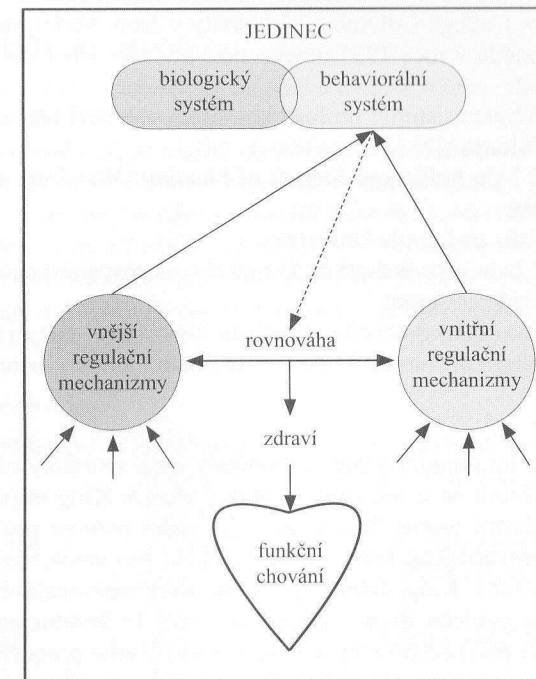
Stres

Stres může být příčinou změn v základních funkčních požadavcích (ochrana, podpora, stimulace), může vést ke změnám způsobu chování pacienta/klienta, a tak vyvolat instabilitu behaviorálního systému. Stresory, jako spouštěče stresu, působí jako endogenní nebo exogenní stimuly vedoucí u jedince k napětí. Mohou mít pozitivní nebo negativní charakter. Zvládnutí stresu jedincem závisí na jeho adaptační úrovni. Když se jedinec neumí adaptovat na stres, změní se chování a to je projevem porušení stability behaviorálního systému.^{9, 10, 14}

Obsah modelu

Každý jedinec má charakteristické způsoby chování, tzn. specifický behaviorální systém. Chování předurčují a vymezují interakce jedince s prostředím. Chování se opakuje, je systematické, předvídatelné a zaměřené na cíl. Je do jisté míry stabilní, má však schopnost dynamiky a jisté úrovně modifikace. Behaviorální systém jedince se skládá ze sedmi subsystémů, které jsou chápány jako samostatné prvky. Každý subsystém má zvláštní funkci, avšak činnost celého systému jedince jako celku závisí na společné činnosti těchto subsystémů. Jejich schopnost plnit svoje funkce závisí na třech funkčních požadavcích (ochraně, podpoře, stimulaci). Všechny subsystémy behaviorálního systému spolu souvisejí. Jedinec se snaží o udržení rovnováhy systému, což se projevuje jako funkční chování. Nerovnováha v strukturálních a funkčních attributech subsystémů vede k poruše zdraví. Faktory, které způsobují potíže v chování jedince, ohrožují integritu a funkci celého behaviorálního systému. Tyto potíže mohou být způsobené chováním zaměřeným neadekvátním směrem, nedostatečným plněním požadavků na fungování systému nebo změnami podmínek prostředí, které překračují adaptační schopnost systému. K hlavním zdrojům problémů pacienta/klienta patří funkční nebo strukturální stres, nesprávný vývoj nebo nevhodná stimulace systému či jeho částí, selhávání regulačních mechanismů, škodlivé vlivy prostředí nebo neadekvátní prostředí. Cílem ošetrovatelské péče je změna ve smyslu obnovení rovnováhy prostřednictvím redukce stresorů a podpory obranných schopností jedince. Ošetrovatelské intervence se zaměřují na využití vnějších regulačních mechanismů, na změny ve strukturálních jednotkách organismu, na plnění funkčních potřeb a na pomoc při regulaci subsystémů.

Model behaviorálního systému Dorothy Johnson je možné aplikovat u pacientů/klientů, u kterých chceme změnit jejich dosavadní chování, například u jedinců s poruchou příjmu potravy, u osob s abúzem psychoaktivních látek a pod. Model je zaměřený více na interakce jedince s prostředím a méně na oblast fyzického zdraví.

Obr. 17 Grafické znázornění modelu D. Johnson

Zdroj: autorka

5.2 Imogene King: Systém a teorie cíle

Biografické údaje:

* 1923

- 1945 ukončila základní ošetrovatelské vzdělání na St. John's School of Nursing v St. Louis
- pracovala jako sestra v oblasti chirurgického ošetrovatelství do roku 1958
- 1948 ukončila bakalářské studium v oblasti ošetrovatelské vzdělávání na Teachers College Columbia University v New Yorku, na této univerzitě ukončila v roce 1957 magisterské a v roce 1961 doktorandské studium
- 1961–1966 byla asistující profesorkou ošetrovatelství na Loyola University v Chicagu
- 1968–1972 byla ředitelkou School of Nursing Ohio State University v Columbusu
- 1972 se vrátila na Loyola University
- 1978–1980 byla koordinátorkou klinického ošetrovatelského výzkumu v Loyola Medical Center
- 1980 obdržela čestný doktorát na Southern Illinois University a začala pracovat na College of Nursing University of South Florida v Tampě^{2,9,14}

Vývoj teorie

V polovině 60. let minulého století probíhaly mezi teoretiky ošetrovatelství výměny názorů na vztah teorie a praxe, které I. King inspirovaly ke koncipování vlastní teorie. Důvodem byla snaha pomoci profesionálně realizovat ošetrovatelskou teorii v praxi. Základ pro vznik teorie položil výzkumný projekt I. King, zaměřený na interakce mezi sestrou a pacientem/klientem z pohledu dvou různých prostředí (v institucionalizované péči a v domácí péči) od přijetí pacienta/klienta po jeho propuštění a další ošetřování v domácím prostředí. Pozorovaný vzorek tvořili pacienti/klienti s akutním onemocněním. První popis základu teorie I. King zveřejnila v roce 1964. V následujících letech ho opakovaně přepracovávala a vylepšovala, přičemž využívala své bohaté poznatky z 25letého aktivního ošetrovatelského výzkumu. V roce 1981 publikovala „A Theory Nursing: Systems, Concepts, Process“ (Teorie ošetrovatelství: systémy, koncepce, proces) a v roce 1989 „King's General System Framework and Theory“ (Systém a všeobecná teorie cíle I. King).

Teoretická východiska:

- *humanistická filozofie,*
- *poznatky z psychologie, fyziologie a přírodních věd,*
- *výsledky výzkumů ošetrovatelství a příbuzných věd,*
- *různé teoretické práce o interpersonálních vztazích, o vnímání, prostoru, komunikaci, interakci a transakci,*
- *Jersffildova teorie „Já“ (Self),*
- *práce H. Peplau, I. J. Orlando, H. Yur a M. Walsh.*

Předpoklady (asumpce):

- *ošetrovatelství je zaměřené na péči o jedince a jeho cílem je zdraví jedinců a skupin,*
- *ošetrovatelský cíl je možné dosáhnout prostřednictvím interaktivního procesu, který je základem každé ošetrovatelské péče,*
- *člověk je otevřený systém v neustálé interakci s prostředím,*
- *základní vlastností všech jedinců je jejich smysluplná interakce,*
- *jádro ošetrovatelské péče tvoří interakce jedinců s prostředím, které ovlivňují stav zdraví a odrážejí se ve schopnosti jedince fungovat v sociálních rolích.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – dosáhnout, obnovit nebo udržet či navrátit zdraví jedince pro maximální potenciál života a plnění společenských rolí,
- pacient/klient** – je personální, interpersonální a sociální systém,
- role sestry** – pomáhat jedincům prostřednictvím procesu interakce,
- zdroj potíží** – stresory ve vnitřním a/nebo vnějším prostředí jedince,
- ohnisko zásahu** – převážně interpersonální systém,
- způsob zásahu** – interaktivní proces ošetrovatelství: akce – reakce – interakce – transakce – cíl,
- důsledky** – dosažení cíle: optimální život a zdraví jedince v přiměřeném sociálním systému.

Metaparadigmatické koncepce podle I. King:

- Osoba** – je sociální, racionální, vnímavá, kontrolující, cílevědomá bytost orientovaná v čase a prostoru. Jedinec je personální systém, který existuje v sociálním systému. Personální systém je v neustálé interakci s interpersonálními systémy a sociálním prostorem. Sociální prostor je rámcem vztahu sestra – pacient/klient. Jedinec má tři základní zdravotní potřeby:
- potřebu informací o zdraví, které v určitém čase potřebuje a je schopný využít,
 - potřebu péče zaměřené na prevenci nemocí,
 - potřebu přijímání péče od druhých v době, kdy není schopný pomoci sám sobě.
- Zdraví** – je dynamický stav v průběhu života, který zahrnuje stálou adaptaci jedince na stresory vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím využívání vlastních zdrojů a prostředků, s cílem dosažení maximálního potenciálu v aktivitách života. Zdraví je stav fungujícího organismu (systému) a nemoc je překážkou. Nemoc odráží nerovnováhu personálního systému nebo rozpor v sociálních vztazích jedince. Zdraví je funkcí interakcí sester, pacientů/klientů, lékařů, rodin a dalších osob.
- Prostředí** – není autorkou vymezené. I. King však zastává názor, že pro sestru je důležité rozumět tomu, jak na sebe jedinec a prostředí vzájemně působí a jak se to projeví na ochraně zdraví. Prostředí dělí na vnější a vnitřní, přičemž větší pozornost věnuje vnějšímu prostředí, které existuje mimo hranice systému. Hranice systémů oddělují interní složky systémů od zbytku světa.
- Ošetřovatelství** – je pozorovatelné chování v systému ošetřování, je procesem interakce mezi pacientem/klientem a sestrou. Cílem ošetřovatelství je pomoc jedincům udržovat, obnovovat nebo navracet zdraví tak, aby mohli plnit všechny své role. Ošetřovatelství

je interaktivní interpersonální proces akce, reakce, interakce a transakce, ve kterém se setkávají sestra a pacient/klient. Ošetřovatelská péče je sociálně determinovaná aktivita, která se mění podle jedinců, kterých se týká a podle organizace a prostředí, ve kterých probíhá. Sestry plní důležitou roli pomocníků v růstu a rozvoji jedinců, při plánování a realizaci ošetřovatelských a zdravotnických služeb, přičemž ošetřovatelské intervence směřují ke smysluplným transakcím mezi sestrou a pacientem/klientem.^{1,9,14}

Koncepce teorie**A) Koncepce systémů**

Jedinec jako otevřený personální systém funguje v rámci sociálního systému, ve kterém vytváří interpersonální vztahy. Rámec systému tvoří personální systém, interpersonální systém a sociální systémy.

1. Personální systém (systém osobnosti)

Každý jedinec je personální systém, tvořený komplexním souborem vlastností. Prosřednictvím souboru vlastností si jedinec uvědomuje sám sebe, chápe, myslí, představuje si, touží, rozhoduje, identifikuje cíle a volí si prostředky a způsoby dosažení cílů.

Prvky personálního systému jsou:

- **Percepce** – vnímání sebe samého, vlastního „Já“ (Self), zahrnuje komplex pocitů, myšlenek, postojů a hodnot vnímavého jedince. Vnímání je zaměřené na individuální existenci jedince a koncepci toho kým a čím je. Percepce je orientovaná na současné a subjektivní prostředí jedince, na subjektivní hodnocení a transformaci informací získaných smysly a zpracovaných pamětí. Percepce je projevem interakce jedince s prostředím, významně ovlivňuje chování.
- **Růst a rozvoj** – během osobního vývoje a zrání jedince. Zahrnují nejen procesy molekulárních a buněčných změn, ale také změny chování jedince, které jsou obvykle pravidelné a dají se předvídat. Procesy rozvoje vedou k aktualizaci jedincova „Já“ (Self).
- **Obraz těla (body image)** – znamená vnímání vlastního těla. Obraz těla je subjektivní, dynamický, získaný nebo naučený, mění se podle toho, jak jedinec mění své „Já“ v různých obdobích svého růstu a rozvoje.

Body image je tvořený jedincovým vnímáním svého těla a reakcemi okolí na jeho zjev.

- **Prostor** – ve kterém jedinec žije, existuje ve všech směrech. Prostor je daný geografickým územím a chováním jedinců, kteří na území existují. Prostor je také osobní (subjektivní) a situační, má svůj rozměr a čas a je založený na individuální percepci.
- **Čas** – je doba mezi dvěma událostmi. Čas je jedinečná individuální zkušenost. Je univerzální, přirozený v procesu bytí, nenávratný a jednosměrný (plyne od minulosti přes současnost k budoucnosti).

Vnímání vlastního „Já“, obrazu těla, času a prostoru se mění během růstu a rozvoje jedince a ovlivňuje chování jedince a jeho reakce na jiné osoby, situace a události.

Při střetu jednoho personálního systému s jinými personálními systémy vzniká interpersonální systém.

2. Interpersonální systém

Interpersonální systém vzniká na základě interakcí jedinců. Počet jedinců (personálních systémů) ve vzájemné interakci determinuje charakter jejich vztahů. Mezi prvky interpersonálního systému patří interakce, komunikace, transakce, role a stres:

- **Interakce** – je proces percepce a komunikace mezi jedinci a prostředím a mezi jedinci navzájem. Zahrnuje verbální a neverbální projevy zaměřené na cíl. Projevuje se jako pozorovatelné chování dvou a více jedinců. Každý jedinec přináší do interakcí své poznatky, percepce, potřeby, postoje, cíle, předcházející zkušenosti a myšlenky, které ovlivňují jiné jedince a situace.
- **Komunikace** – je procesem odevzdávání informací jednoho jedince druhému buď přímo, nebo nepřímo. Komunikace je situační, dynamická, verbální, neverbální a založená na percepci. Udržuje a rozvíjí lidské vztahy.
- **Transakce** – je proces interakcí, ve kterých jedinci komunikují s jinými jedinci a s prostředím tak, aby dosáhli společné cíle. Je založená na percepci a zkušenosti, zaměřená na cíl a zahrnuje dohodu o sociální změně. Projevuje se formou pozorovatelného chování zaměřeného na cíl.

- **Role** – jsou charakterizované jako vzájemný vztah mezi dvěma a více jedinci, ve kterém je jedinec příjemcem nebo dárce role. Role mají tři hlavní charakteristiky: očekávaný způsob chování jedince podle jeho pozice v sociálním systému, práva a povinnosti související s pozicí jedince v sociálním systému a vzájemný vztah dvou a více jedinců, kteří jsou v určité situaci v interakci.
- **Stres** – nejvíce ohrožuje růst, rozvoj i zdraví jedince. Vzniká v rámci interpersonálních vztahů a při konfliktech rolí. Stres je možné redukovat transakcí, tzn. hledáním dohody. Stres je dynamický, subjektivní a může působit na jedince pozitivně i negativně.

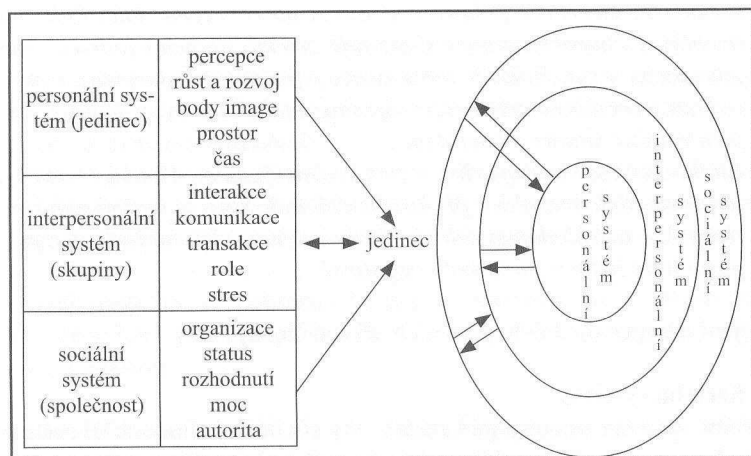
Spojení interpersonálních systémů tvoří sociální systémy.

3. Sociální systémy

Sociální systémy jsou uspořádané tak, aby si v nich jedinec našel své místo a aby v nich mohly probíhat aktivity potřebné pro život, zdraví a štěstí jedince. Mezi sociální systémy patří rodiny, náboženské skupiny, pracovní týmy, komunity. Pro sociální systémy je charakteristická organizace, autorita, moc, status a rozhodování:

- **Organizace** – je forma tvořená jedinci a skupinami, kteří mají formální a neformální role (úlohy), vyplývající z jejich pozice, a využívají různé zdroje pro realizaci osobních a skupinových cílů.
- **Status** – znamená pozici jedince ve skupině, nebo skupiny v rámci organizace, status je situační, závisí na roli, je spjatý s povinnostmi, privilegii a závazky.
- **Rozhodování** – je dynamický a systematický proces, kterým se řídí výběr z různých možností tak, aby jedinci i organizace dosáhli cíl.
- **Moc** – je základní vlastnost v organizaci; je univerzální, situační, dynamická, řízená cílem a limitovaná zdroji. Je projevem statusu a schopnosti jedince využít a motivovat zdroje v organizaci pro dosažení cílů. Moc je v přímém vztahu k autoritě a rozhodování.
- **Autorita** – je neformální vliv jedince nebo organizace. Autorita je aktivní proces transakce, prezentovaný vedením, příkazy a zodpovědností za činnost ostatních jedinců.^{1, 9, 14}

Obr. 18 Grafické znázornění systémů a jejich vztahů v teorii I. King



Zdroj: autorka

B) Koncepce teorie dosažení cíle

Většinu elementů teorie dosažení cíle tvoří interpersonální systém. Ošetrovatelství jako proces interakce mezi sestrou a pacientem/klientem se zaměřuje na uspokojování potřeb zdraví. Aby sestra tento cíl dosáhla, využívá kromě jiných poznatků i vědomosti o systémech a interaktivním procesu.

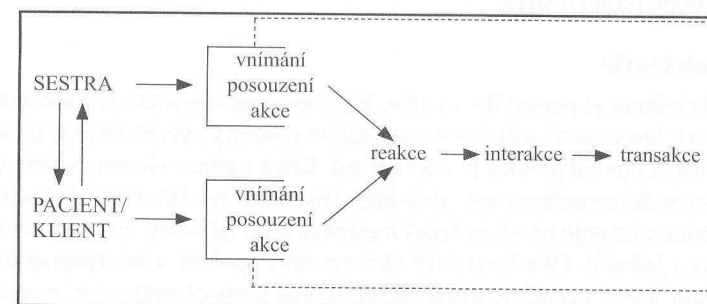
Interaktivní proces

Interaktivní proces vychází ze specifik personálního, interpersonálního a sociálního systému, akceptuje je a tvoří základ ošetrovatelské péče. Sestra a pacient/klient se při prvním kontaktu nepoznají, ale oba vnímají personální systém toho druhého, následně vnímají interpersonální systém v určitém sociálním systému a usuzují na možný interaktivní vztah (se společným cílem). Interaktivní vztah se skládá z akce, reakce, interakce a transakce; tyto kroky jsou cyklické, navazují na sebe a v závislosti na průběhu ošetrování se mohou opakovat prostřednictvím zpětné vazby.

Interaktivní proces umožňuje dosáhnout ošetrovatelské cíle, tvoří základ každé ošetrovatelské péče i ošetrovatelského procesu. Interaktivní proces mezi sestrou a pacientem/klientem se skládá ze čtyř fází:

- **akce** – vzniká při střetnutí (interakci) sestry s pacientem/klientem a vyvolá sled chování,
- **reakce** – je výsledkem akce a interakce, reakce je způsob, jak pacient/klient a sestra reagují na akci toho druhého (zda mají zájem, zda je pro oba vztah akceptovatelný, zda akci mohou dosáhnout cíl),
- **interakce** – je výsledkem komunikace mezi zainteresovanými, kteří reagovali na akci a mají zájem na společném působení při dosahování ošetrovatelských cílů; interakce zahrnuje také myšlenky a postoje zúčastněných jedinců,
- **transakce** – znamená dosažení shody v interakci pokračovat, mezi sestrou a pacientem/klientem vytváří předpoklad pro dosažení cíle.

Obr. 19 Grafické znázornění interaktivního procesu I. King

Zdroj: MARRINER-TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 515 S.

Předpoklady interakce sestry pacient/klient důležité pro dosažení cíle (pořadí respektuje důležitost v ošetrovatelském procesu):

- vnímání cílů, potřeb a vlivu sestry i pacienta/klienta v interakčním procesu,
- jedinci mají právo na informace o sobě a účast na rozhodnutích, která ovlivní jejich život a zdraví,
- zdravotnický personál je zodpovědný za podávání informací, které mohou pomoci jedincům rozhodovat o péči, která jim bude poskytována,
- pacient/klient má právo akceptovat nebo odmítnout péči,
- cíle zdravotnického personálu a cíle příjemce péče se nesmí vzájemně lišit.

Předpoklady dosažení cíle:

- když sestra, odborně vzdělaná a zručná, poskytuje pacientovi/klientovi vhodné informace, tak se stanovení cíle a jeho dosažení se uskuteční,
- když očekávané role a provedené úkoly sestry i pacienta/klienta jsou totožné, tak se transakce uskuteční,
- když existuje perceptuální (vjemová) přesnost ve vztahu sestra – pacient/klient, transakce se uskuteční,
- když dojde k transakcím v interakci sestra – pacient/klient, tak jeho růst a rozvoj má vyšší kvalitu,
- když sestra a pacient/klient provádí transakce, cíle budou dosažené,
- když jsou cíle dosažené, dostaví se uspokojení,
- když jsou cíle dosažené, ošetrovatelská péče je efektivní,
- když sestra a pacient/klient mají zkušenost s konfliktem, může se u obou projevit stres.^{2, 14, 16}

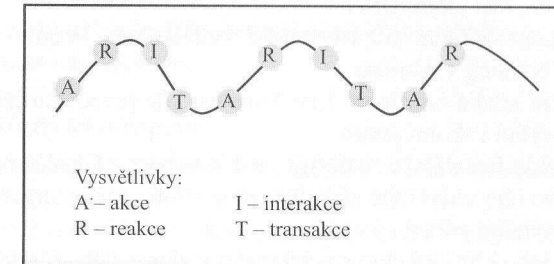
Obsah teorie

Každý jedinec je personální systém, který existuje v určitém sociálním systému a v koexistenci s jinými personálními systémy vytváří interpersonální systémy. Chování jedince je cílevědomé. Když nastane situace, ve které se jedinec setká se sestrou, vytvářejí interpersonální systém, který danou situaci vnímá, reaguje na ní, provádí transakce a po dosažení cílů pak uzavírá situaci i jednání. Ošetrovatelská aktivita tedy spočívá v interpersonálním systému, který vytváří sestra a pacient/klient pomocí vzájemné interakce. Proces interakce je možno pozorovat. V jeho průběhu dochází prostřednictvím komunikace k ovlivňování jedné osoby druhou. Právě komunikace umožňuje oběma stranám vyměňovat si informace, vytknout si cíle a dohodnout postupy a prostředky k jejich dosažení. Bez percepce, komunikace, interakce a transakce není ošetrovatelský proces.

Absence poznatků o jedinci, vztazích mezi jedinci a vztazích ve společnosti vytváří podle I. King prostor pro neosobní a mechanickou ošetrovatelskou péči.

Systém a teorii cíle I. King někteří teoretici ošetrovatelství označují jako interakční, jiní jako systémovou teorii.

Obr. 20 Grafické znázornění akce – reakce – interakce – transakce v ošetrovatelském procesu



Zdroj: autorka

5.3 Betty Neuman: Systémový model

Biografické údaje:

- * 1924 Lowell, stát Ohio, USA
- 1947 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Peoples Hospital School of Nursing v Akronu
- po skončení studia odešla do Los Angeles, kde pracovala jako sestra, staniční, vrchní i školní sestra
- 1957 dosáhla bakalářské vzdělání na University of California v Los Angeles, na této univerzitě získala v roce 1966 i magisterské vzdělání v oboru mentální zdraví
- pracovala jako klinická chirurgická sestra v akutní péči, klinická učitelka, sestra – poradce v komunitním krizovém centru, učitelka komunitního zdraví na univerzitě
- od roku 1970 vykonávala privátní praxi terapeutky a klinického spolupracovníka Americké asociace pro manželskou a rodinnou terapii
- 1972 poprvé představila svůj systémový model
- 1982 publikovala knihu „The Neuman’s System Model: Application to Nursing Education and Practice“ (Systémový model Neumanové: aplikace v ošetrovatelském vzdělávání a praxi)
- 1985 ukončila doktorandské studium v oboru klinické psychologie na Pacific Western University
- 1988 jí udělila Grand Walley State University v Allendalu čestný doktorát^{9,14}

Vývoj modelu

Koncem 60. let minulého století začala B. Neuman vyvíjet pro potřeby studentů ošetrovatelství první jednoznačně výukový model pro praxi v oblasti poradenství duševního zdraví. Při koncipování modelu vycházela především z teorií o stresu a adaptaci. Základní strukturu modelu prezentovala v roce 1972. V následujících letech realizovala výzkumnou část, dopracovala a specifikovala definice a koncepce. V knižní podobě uveřejnila svůj model v roce 1982.

Teoretická východiska:

- *holistická filozofie,*
- *filozofické práce G. Caplana, Chardina, B. Marxe,*

- *psychologické práce týkající se „gestalt“ teorie, dále práce o adaptaci a práce H. Selyeho o stresu,*
- *Bertalanffyho všeobecná teorie systémů,*
- *práce z oblasti veřejného zdravotnictví, Caplanův model prevence,*
- *ošetrovatelské výzkumy.*

Předpoklady (asumpce):

- *jedinec je jednotný celek, jehož části jsou ve stavu dynamické rovnováhy interakcí,*
- *jedinec je celistvá, multidimenzionální bytost v neustálé interakci s prostředím,*
- *prostředí představuje interní a externí síly ovlivňující jedince v určitém čase; vnitřní prostředí jedince je určené hranicemi jeho systému, vnější prostředí, které zahrnuje zevní síly a vytvořené prostředí, které je výsledkem mobilizace všech faktorů obrany pro stabilitu a integritu systému,*
- *systém je otevřený, když si elementy komplexní organizace vyměňují informace a energii; stres a reakce na stres jsou základní komponenty otevřených systémů,*
- *elementy systémů jsou v interakci a tvoří komplexní organizaci,*
- *systém jedince tvoří pět proměnných (faktorů): fyziologické, psychologické, sociokulturní, vývojové a spirituální, které jsou v interakci s prostředím,*
- *jedinec a prostředí si neustále vyměňují energii a informace, jejich vstup a výstup probíhá neustále; energie a informace jsou živné zdroje systému,*
- *harmonické interakce systému a prostředí se projevují jako zdraví a pohoda jedince,*
- *disharmonie mezi částmi systému se u jedince projeví příznaky onemocnění,*
- *jedinec je funkční celek v poli prostředí, projevující se chováním, které je odrazem vztahů v tomto poli,*
- *homeostatický proces je procesem udržování rovnováhy mezi organizmem a prostředím a jeho výsledkem je zachování zdraví v neustále se měnících podmínkách,*
- *adaptace znamená proces přizpůsobování se; adaptační proces je dynamický, kontinuální a umožňuje udržování rovnováhy a stability systému,*

- *stres je nespecifický požadavek na aktivitu organizmu,*
- *když jedinec překoná působení stresorů, obnoví si a zachová adekvátní úroveň zdraví a dosáhne stability svého systému. Funkční harmonie nebo rovnováha je podmínkou udržování integrity systému a jeho stability.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – dosáhnout a udržet vyváženost systému pacienta/klienta, obnovit a udržet maximální úroveň zdraví a pohody,
- pacient/klient** – je otevřený systém pěti komponentů: fyziologických, psychologických, sociokulturních, vývojových a spirituálních,
- role sestry** – identifikace intrapersonálních, interpersonálních a extrapersonálních stresorů,
- zdroj potíží** – stresory zevního a vnitřního prostředí jedince,
- ohnisko zásahu** – redukce stresorů a posílení linií obrany,
- způsob zásahu** – intervence prostřednictvím primární, sekundární a terciární prevence,
- důsledky** – pohyb směrem ke stabilitě systému pacienta/klienta a k požadované úrovni zdraví.

Metaparadigmatické koncepce podle B. Neuman:

- Osoba** – je multidimenzionální, dynamický, celistvý a otevřený systém v neustálé interakci s prostředím. Systém jedince se skládá ze základní struktury (faktory fyziologické, psychologické, sociokulturní, vývojové a spirituální), kterou chrání linie rezistence a normální a flexibilní linie obrany.
- Prostředí** – se skládá ze tří částí: vnitřního prostředí jedince, zevního prostředí a vytvořeného prostředí. Interní nebo externí síly prostředí obklopují jedince kdekoliv v prostoru a kdykoliv v čase. Tyto síly zahrnují intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory, které mohou narušit linie obrany a tím stabilitu systému jedince.

- Zdraví** – je projevem životní energie a pohody jedince. Stav zdraví představuje situaci, kdy jsou všechny faktory a prvky v souladu s celostní osobností jedince. Stav zdraví a pohody je výsledkem dynamické rovnováhy jedince a jeho interakcí s prostředím.
- Ošetrovatelství** – je jedinečná profese zabývající se všemi faktory, které ovlivňují reakce jedince na stres. Jedinec je celistvá bytost, a tak ho musí vnímat i ošetrovatelství. Cílem ošetrovatelství je pomáhat jedincům, rodinám a skupinám dosáhnout a udržet maximální úroveň zdraví a pohody prostřednictvím intervencí zaměřených na snížení účinků stresu a nepříznivých podmínek, které mají vliv na optimální fungování jedince v dané situaci. Primárním cílem je stabilita systému pacienta/klienta.^{1,9,14}

Koncepce modelu

Proměnné

Každý jedinec má tzv. proměnné, tedy faktory přežití. Proměnné tvoří fyziologické, psychologické, sociokulturní, vývojové a duchovní faktory. Proměnné jsou jedinečné pro každého jedince a existují mezi nimi vzájemné vztahy.

Základní struktura

Každý jedinec má základní strukturu, tzv. centrální jádro přežití. Základní struktura se skládá ze všech proměnných jako faktorů přežití a jedinečného vlastnictví individuálních charakteristik každého jedince (genetické struktury, orgánové funkce, vzorce reakcí, struktura ega ...).

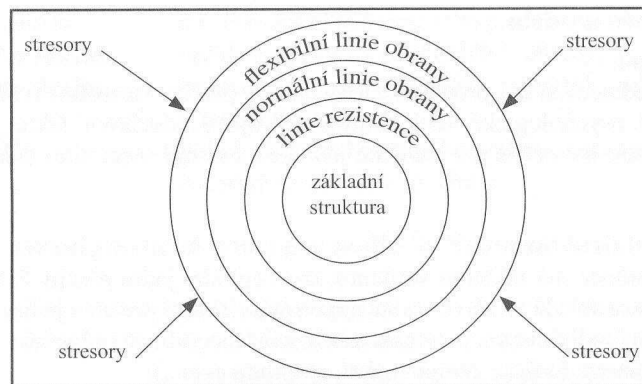
Linie obrany

Základní struktura jedince je chráněná proti působení stresorů několika liniemi:

- **Linie rezistence (odolnosti)** – tvoří kruh, který obklopuje základní strukturu (centrální jádro) a mění velikost a vzdálenost od jádra. Linie rezistence zahrnuje vnitřní faktory, které jedinci umožňují přežít a obranu proti stresorům (např. imunitní systém). Vnitřní faktory se snaží stabilizovat systém, když stresory proniknou přes linie obrany, které jsou nad linií rezistence (normální a flexibilní linie obrany).

- **Normální linie obrany** – je okruh nad linií rezistence. Její úlohou je zabezpečovat vyrovnaný stav jedince, pohodu nebo stav adaptace v čase. Normální linie obrany je výsledkem vztahů proměnných faktorů (fyziologických, psychologických, sociokulturních, vývojových a spirituálních), které jedinec využívá pro vyrovnávání se se stresory, např. životní styl jedince apod.
- **Flexibilní linie obrany** – je okruh nad normální linií obrany. Flexibilní linie působí jako nárazník, brání průniku stresorů k normální linii obrany. Účinnost flexibilní linie je proměnlivá, může se v krátkém čase snížit působením různých okolností, např. nedostatkem spánku, nedostatkem jídla, nepravidelným střídáním životních aktivit apod. Rozsah účinnosti flexibilní linie obrany ovlivňují i interakce proměnných (např. radost způsobí útlum spánku). Jedinec musí flexibilní linii posilovat, aby ho dobře bránila, aby blokovala působení stresorů.

Obr. 21 Grafické znázornění základní struktury a linií obrany



Zdroj: autorka

Stresory

Stresor je napětí produkované stimuly, které může vést k nevyrovnanosti systému. Stresor jsou síly a vlivy prostředí, které mohou měnit stabilitu systému. Stresorem mohou být vlivy a síly narušující aktuálně nebo potenciálně systém jedince, mohou se objevit kdykoliv a v jakékoliv kombinaci. Stresory po proniknutí obrannými liniemi narušují stabilitu a rovnováhu systému.

Zdroje stresorů mohou být síly a vlivy:

- **intrapersonální** – vycházejí z jedince, např. podmíněné reakce, emoce, motivace,
- **interpersonální** – vznikají při interpersonálních interakcích, např. očekávání rolí,
- **extrapersonální** – vyskytují se mimo jedince, např. ekonomická krize, růst cen apod.

Stupeň reakce na působení stresorů závisí u každého jedince na míře stability, resp. instability systému a schopnosti udržet funkční všechny linie obrany před invazí stresorů.^{2,9}

Prevence jako intervence

Intervence je účelný zásah, který pomáhá jedinci při dosahování a/nebo při udržování stability systému.

Preventivní intervence využívá sestra, pacient/klient nebo oba na posílení a obnovu narušené stability pacienta/klienta. Dělí se na intervence:

- **Primární prevence** – se uskutečňují tehdy, když jsou identifikované aktuální nebo potenciální stresory. Reakce na stresory se ještě nevyskytují, ale stupeň rizika je už známý. Cílem intervencí je zabránit stresorům proniknout normální linií obrany a posílit flexibilní linii obrany. Tím se sníží riziko střetu se stresory a zabrání vzniku maladaptace.
- **Sekundární prevence** – jsou iniciované tehdy, když už jsou zjevné symptomy působení stresorů a stresových reakcí. Cílem je posílení linie rezistence mobilizací vnitřních a vnějších zdrojů jedince, se zaměřením na reakce vyvolané stresem na podporu adaptace a ostatních linií obrany.
- **Terciární prevence** – zahrnují zásahy aktivizující změnu prostřednictvím readaptace, reedukace a zachování existujících zdrojů, což dovede jedince k primární úrovni stabilizace systému, zabrání regresi a vzniku komplikací.

Intervence se uskutečňují kdykoliv, když se předpokládá, nebo je identifikované působení stresorů.

Hodnocení výsledků intervencí zahrnuje posouzení rozsahu stability systému pacienta/klienta, kterou dosáhl během realizace ošetrovatelské péče. Důležitou metodou získávání informací k hodnocení je rozhovor a pozorování pacienta/klienta.

Obnovení

Obnovení je stadium adaptace na stresory z vnitřního a vnějšího prostředí jedince. Obnovení může začít na kterémkoliv stupni nebo v jakékoliv rovině reakcí a má postupovat dále směrem ke stabilizaci obranných linií. Obnovení spojuje faktory interpersonální, extrapersonální a faktory prostředí spolu s fyzickými, psychologickými, sociokulturními, vývojovými a spirituálními proměnnými.^{9, 14, 21}

Obsah modelu

Každý jedinec individuálně vnímá působení stresorů a individuálně se s nimi vyrovnává či nevyrovnává. Záleží na základní struktuře a obranných mechanismech jedince, jak se s danou situací vyrovná. Když neochrání jedince před stresem nárazníková funkce flexibilní linie obrany, musí nastoupit ošetřovatelství. Jestliže působení stresorů prorazí i normální linii obrany jedince, projeví se to jako nerovnováha či nestabilita jeho systému. Stresory, které způsobují nerovnováhu systému, jsou individuálně odlišné a závisí na fyziologických, psychologických, sociokulturních, vývojových a spirituálních faktorech jedince. Proto je důležité zhodnotit množství a sílu stresorů, délku jejich působení a význam pro systém jedince. Sestra získává informace o aktuálních a potenciálních stresorech a jejich působení, identifikuje zdroje stresorů a reakce jedince na ně.

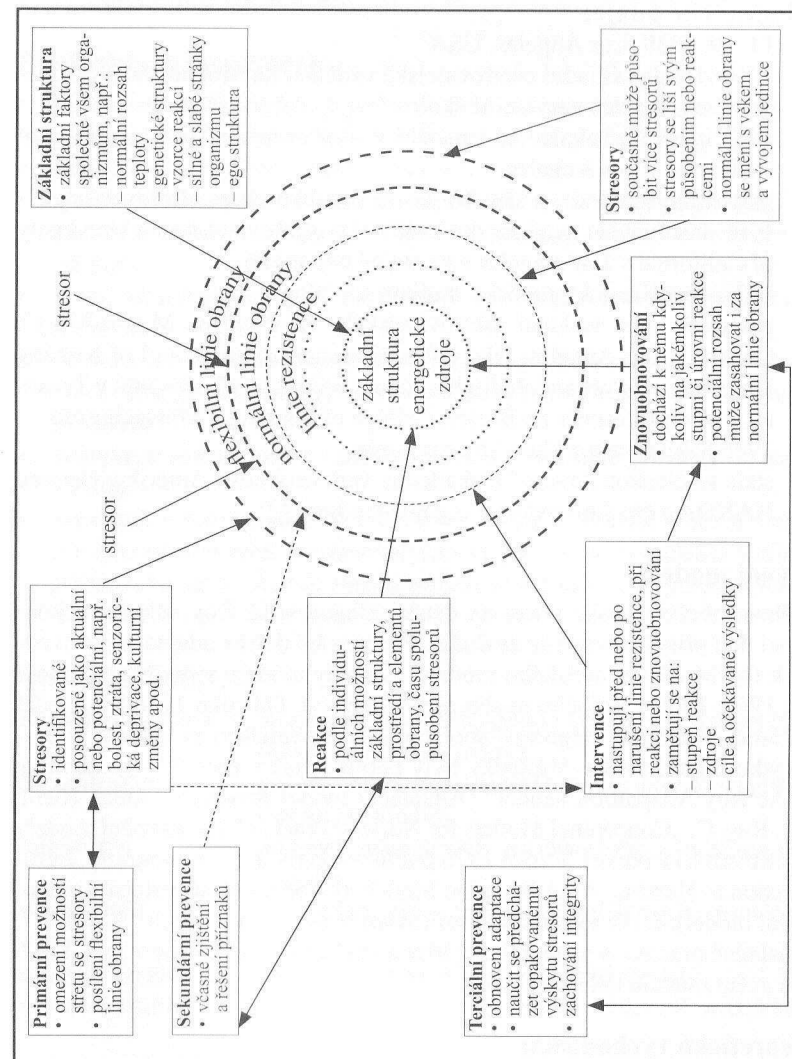
Ošetřovatelské intervence zahrnují aktivity:

- **Primární prevence**, které obsahují vyhledávání rizik, posouzení významu rizik pro pacienta/klienta, hodnocení životního stylu, způsob vyrovnávání se se stresory v minulosti,
- **Sekundární prevence**, které obsahují posouzení reakcí na stresory, podporu adaptace s využitím vnějších a vnitřních zdrojů dostupných pro zvládnutí stresových reakcí,
- **Terciární prevence**, které obsahují redukaci a readaptaci ve smyslu změny potřebné pro dosažení a udržení stability.

Ošetřovatelská péče se snaží udržet systém pacienta/klienta stabilní během neustálých životních změn, posiluje jeho odolnost pomocí přirozených a naučených reakcí na stresory prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který vede sestru k poskytování optimální ošetřovatelské péče.

Model Betty Neuman je holistickým pohledem na otevřený systém jedince, založený na principu interakce s prostředím, s cílem dosáhnout a udržet systémovou stabilitu jedince.

Obr. 22 Grafické znázornění základní struktury a linií obrany



Zdroj: MARRINER–TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. 532 S.

5.4 Callista Roy: Adaptační model

Biografické údaje:

- * 14. 10. 1939, Los Angeles, USA
- 1960 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Mary's College v Los Angeles a na stejné škole
- 1963 ukončila bakalářské vzdělání v ošetrovatelství na University of California v Los Angeles
- pracovala jako sestra a staniční sestra v pediatrickém ošetrovatelství
- 1966 absolvovala magisterské vzdělání v ošetrovatelství na University of California v Los Angeles a na stejné univerzitě
- 1977 ukončila doktorandské studium sociologie
- pracovala jako vedoucí ošetrovatelského oddělení na Mount Mary's College v Los Angeles, jako odborná asistentka na School of Nursing University of Portland, ředitelka Mount Saint Mary's Hospital v Tucsonu a jako profesorka na Boston College of Nursing v Massachusetts
- 1985 habilitovala z klinické neurologie
- stala se členkou Americké akademie věd, osobností Ameriky, členkou NANDA a členkou Světové organizace žen^{2, 9, 14}

Vývoj modelu

Během ošetrovatelské praxe na dětské klinice si C. Roy všimla schopnosti dětí přizpůsobovat se změnám. Pozorování dětské adaptace ji přivedlo k tvorbě ošetrovatelského modelu. Základy modelu vytvořila v období let 1964–1966 v průběhu studia ošetrovatelství. Od roku 1970 byl model v rámci programu magisterského studia ošetrovatelství používán v praxi jako pilotní studie. Výsledky byly publikované v roce 1974 v kapitole „The Roy Adaptation Model“ (Adaptační model Royové) v knize Richl, JP., Roy, C. „Conceptual Models for Nursing Practice“ (Konceptní modely ošetrovatelské praxe). V roce 1976 publikovala model v monografii „Introduction to Nursing: An Adaptation Model“ (Úvod do ošetrovatelství: adaptační model). Další výzkumná pozorování realizovala v letech 1976–1977. Následně pracovala na teoretické bázi a výsledky publikovala v roce 1982. Na svém modelu dále pracovala.

Teoretická východiska:

- *humanistická filozofie a holizmus,*
- *Maslowovy práce,*

- *sociální interakční teorie,*
- *Helsonova adaptační teorie.*

Předpoklady (asumpce):

- *příjemcem ošetrovatelství je jedinec, skupina, komunita nebo společnost,*
- *příjemce ošetrovatelství je holistický adaptivní systém,*
- *lidé jsou živé systémy ve stálé interakci s prostředím,*
- *systém je skupinou jednotek spojených tak, že vytvářejí celek, který je charakterizovaný vstupem, kontrolou, procesy, výstupem a zpětnou vazbou,*
- *prostředí a lidé jsou otevřené systémy, vyměňují si energii, hmotu a informace,*
- *ve stále se měnícím prostředí si musí jedinec udržovat svou integritu – tzn., že se musí přizpůsobovat podnětům z vnějšího a vnitřního prostředí,*
- *schopnost jedince zvládat změny vnějšího a vnitřního prostředí se mění v čase,*
- *prostředí vytváří podmínky ovlivňující vývoj a chování jedinců i skupin. Svými interními a externími faktory působí na schopnost jedince přizpůsobovat se. Každá změna prostředí vyžaduje energii potřebnou pro adaptaci na tuto změnu.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – adaptace v situacích zdraví i nemoci v každé ze čtyř oblastí (adaptační mody),
- pacient/klient** – bio-psycho-sociální bytost v trvalé interakci s měnícím se prostředím,
- role sestry** – podpora adaptačních mechanismů a adaptivního chování,
- zdroj potíží** – neefektivní aktivity pro udržení integrity pacienta/klienta,
- ohnisko zásahu způsob zásahu** – fokální, kontextuální a reziduální stimuly, manipulace se stimuly, jejich zvyšování, snižování, udržování,
- důsledky** – adaptivní odpovědi na stimuly.

Metaparadigmatické koncepte podle C. Roy:

- Osoba** – je bio-psycho-sociální bytost v konstantní interakci se stále měnícím se prostředím. Jedinec reaguje na podněty z vnějšího a vnitřního prostředí. Jedinec jako systém je celek, skládá se ze subsystémů, které mají funkční smysl. Jedinec jako adaptační systém s vnitřními procesy (kognátorem, regulátorem) a efektorovým systémem (čtyřmi adaptačními oblastmi, mody) je příjemcem ošetřovatelské péče.
- Prostředí** – vytváří podmínky, okolnosti, situace a vlivy, které působí na vývoj a chování jedinců nebo skupin. Mění se prostředí svými interními a externími faktory působí na schopnost jedinců přizpůsobovat se, tedy adaptovat se. Faktory prostředí mohou být různě velké, pozitivní nebo negativní. Každá změna prostředí vyžaduje od jedince více energie pro adaptaci na novou situaci. Podněty z prostředí, které jedince ovlivňují, se označují jako stimuly (fokální, kontextuální a reziduální) a tvoří jádro zaměření ošetřovatelství.
- Zdraví** – je určitý stav a proces, je výsledkem úspěšné adaptace na stimuly vycházející z prostředí. Zdraví a nemoc jsou dimenze lidského života a právě jimi se zabývá ošetřovatelství. Jakmile nefunguje mechanismus přizpůsobování se, jedinec onemocní. Když se jedinec dokáže přizpůsobit vlivům stimulů, je připravený opět reagovat na další, a to je podstata zdraví a léčení, tzn. uvolňování energie pro adaptační mechanismy.
- Ošetřovatelství** – je věda o nemocničním ošetřování i praktická disciplína. Ošetřovatelská věda je stále se vyvíjející vědecký systém o lidech, který pozoruje, klasifikuje a spojuje jednotlivé procesy a hledá cesty pozitivního ovlivňování zdravotního stavu lidí. Ošetřovatelství jako praktická disciplína využívá teoretické poznatky ošetřovatelské vědy při uspokojování potřeb

jedinců a při pozitivním ovlivňování jejich zdraví. Cílem ošetřovatelství je pomáhat jedincům ve zdraví i nemoci k efektivním a adaptivním odpovědím.^{1,9,14}

Koncepce modelu**Adaptace**

Adaptace je procesem přizpůsobování se změnám prostředí. Z prostředí vycházejí stimuly, na které jedinec reaguje a kterým se přizpůsobuje. Pozitivní adaptivní reakce nastane jen tehdy, když jedinec pozitivně reaguje na změny vnějšího a/nebo vnitřního prostředí. Pozitivní adaptace je procesem podpory fyzické, psychické a sociální integrity jedince, která je nezbytnou podmínkou jeho celistvosti, úplnosti (zdraví). Neefektivní reakce na změny prostředí vedou ke změně celistvosti jedince.

Stimuly

Stimuly jsou podněty z vnějšího a vnitřního prostředí, které vyvolávají adaptační odpověď, reakci. Pro adaptaci jedince jsou důležité druhy stimulů (podnětů) a adaptační niveau (adaptační úroveň).

Druhy stimulů:

- **Fokální stimul** (ohniskový, centrální) – je podnět, který aktuálně působí na jedince v určitém momentu a na který okamžitě reaguje. Fokální stimul působí na jedince nejsilněji a urychluje jeho adaptivní chování.
- **Kontextuální stimul** – je náhodně působící podnět v době vlivu fokálního stimulu, ke kterému má vztah. To znamená, že fokální stimul působí na jedince současně se stimulem kontextuálním. Kontextuální stimul se vztahuje na okolnosti působení fokálního stimulu.
- **Reziduální stimul** – je podnět z osobnostní oblasti jedince, např. vlastnosti, postoje, názory, předcházející zkušenosti. Reziduální stimuly jsou poměrně stálé.

Adaptační niveau (adaptační úroveň) je individuální rozsah efektivních (tedy adaptivních) reakcí jedince na stimuly. Představuje vlastní, standardní rozsah individuálních reakcí jedince na podněty „normálním způsobem“ chování (tzv. výstupové adaptivní chování). Když stimul překročí hranice individuální adaptační zóny, reakce na něj jsou neefektivní a dochází k porušení integrity jedince.

Reakce na stimuly se dělí na:

- **adaptivní** – které nepřesahují adaptační niveau jedince, adaptivní reakce podporují jedincovu integritu, růst, vývoj, moc, cíle, zlepšují jeho kontrolu nad prostředím, podporují jeho celistvost,
- **neefektivní** – které přesahují adaptační niveau jedince, neefektivní reakce nepřispívají k dosažení adaptivních cílů, vedou k dezintegraci jedince.

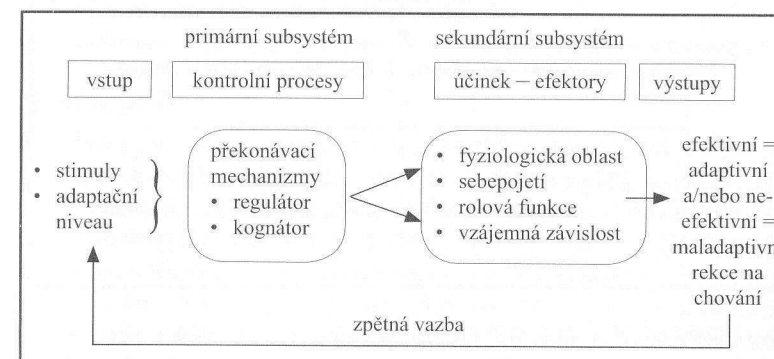
Adaptační systém jedince

Adaptační systém jedince se dělí na dva subsystémy; na primární a sekundární.

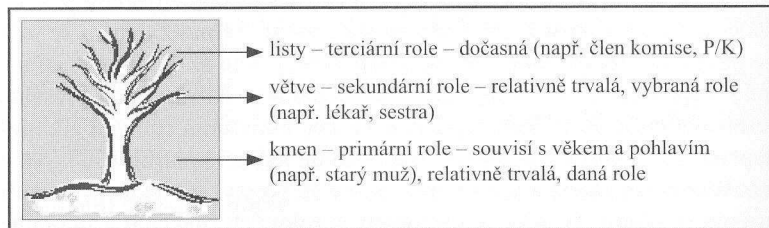
- **Primární subsystém (kontrolní podsystém)** – zahrnuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů nebo překonávání či zvládnutí situace. Skládá se z regulátoru a kognátoru:
 - **regulátor** reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím nervových (autonomních), chemických a endokrinních reakcí,
 - **kognátor** reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí převážně prostřednictvím vyšší nervové činnosti (paměť, učení, emoce, rozhodování ...) a reakce jsou emočního typu.
- **Efaktorový subsystém (sekundární podsystém)** – převádí reakce jedince (po jejich zpracování primárním subsystémem) do čtyř adaptačních oblastí, které autorka označila jako „**adaptační módy**“. Adaptační módy jsou:
 - **fyziologická oblast** (physiological mode) zahrnuje dýchání, cirkulaci, výživu, tekutiny, vyprazdňování, aktivitu, odpočinek, spánek, celkovou regulaci (tělesná teplota, smysly, vitální funkce, endokrinní a nervový systém); fyziologická oblast obsahuje reakce spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce,
 - **sebepojetí** (self concept) zahrnuje fyzikální, osobnostní a interpersonální složku,
 - **rolová funkce** (role function) obsahuje identifikaci a zvládnutí rolí, sociální interakce vzhledem k primární, sekundární a terciární roli (obr. 24),
 - **vzájemná závislost** (interdependence) zahrnuje vzájemnou závislost nebo nezávislost během interpersonálních vztahů dvou a více osob při zabezpečování potřeb jedince.^{9, 14, 16}

Obsah modelu

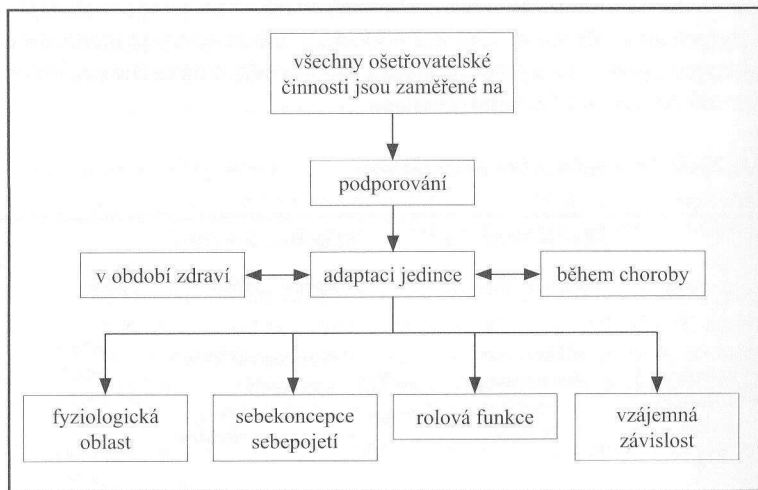
Jedinec jako integrovaný celek s bio-psycho-sociálními složkami je v neustálé interakci s prostředím, které se stále mění. Těmto změnám se jedinec přizpůsobuje. Do jaké míry se přizpůsobí, o tom rozhoduje nejen síla stimulu (podnětu), ale i adaptační úroveň jedince. Když stimul přesáhne rozsah adaptační zóny jedince, dochází k neefektivnímu chování a k maladaptaci. Zvládnutí účinku stimulu umožňuje jedinci kontrolní subsystém (regulátor a kognátor) a reakce na stimuly se projeví v efektorovém subsystému (v oblasti fyzické, v sebepojetí, v rolových funkcích a vzájemné závislosti). Stimuly, které působí na jedince a spouštějí proces adaptace, se dělí na fokální (působí v určitém momentu jako nejsilnější, např. chlad), kontextuální (působí současně s fokálními, vycházejí ze současnosti, z prostředí, např. nedostatečné oblečení) a reziduální (vycházejí z názorů, postojů, povahových rysů, či předcházejících zkušeností jedince, např. podceňování informací o počasí). Nedokáže-li se jedinec efektivně adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje maladaptací ve čtyřech adaptačních oblastech (modech). Úlohou sestry je identifikovat maladaptivní chování a stimuly, které k němu vedly a následně pacientovi/klientovi pomoci k adekvátní adaptaci.

Obr. 23 Jedinec jako adaptivní systém

Zdroj: MARRINER–TOMEY, A. *Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk*. 485 S., modifikováno autorkou

Obr. 24 *Rolový strom*

Zdroj: FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória*. 108 s.

Obr. 25 *Grafické znázornění zaměření ošetrovatelských činností v modelu C. Roy*

Zdroj: FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória*. 109 s.

6 Modely energetických polí

6.1 Myra Estrin Levine: Teorie čtyř konzervačních principů

Biografické údaje:

- 1944 získala ošetrovatelský diplom na Cook Country School of Nursing a začala pracovat jako sestra
- 1945 pracovala jako civilní sestra v armádě USA
- 1947–1950 učila fyziku na Cook Country School
- 1949 ukončila bakalářské vzdělání na University of Chicago
- 1950–1951 vedoucí ošetrovatelských služeb v Drexel Home v Chicagu
- 1951–1952 vedoucí sestra Univerzitní chirurgické kliniky v Chicagu
- 1956–1962 pracovala v Henry Ford Hospital v Detroitu
- 1962 získala magisterský titul na Wayne State University
- od roku 1963 pokračovala v akademické kariéře na různých univerzitách, např. na Loyola University, Rush University, University of Illinois
- 1974 jako hostující profesorka přednášela v Izraeli na Tel Aviv University, kam se vrátila přednášet i v roce 1982
- 1974–1977 koordinátorka univerzitního ošetrovatelského programu v onkologii na Rush University, ředitelka a později poradkyně oddělení pro další vzdělávání v Evanston Hospital
- 1981–1987 asistující profesorka pro oblast spirituálních věd University of Illinois
- 1987 penzionována, v práci pokračovala jako emeritní profesorka interního a chirurgického ošetrovatelství na Univerzitě of Illinois v Chicagu¹⁴

Vývoj modelu

M. E. Levine neměla v úmyslu vyvinout ošetrovatelskou teorii, ale její práce v organizačních strukturách ošetrovatelství i ve vzdělávání jí poskytla tolik podnětů, že nakonec začala na své teorii pracovat. Čtyři konzervační principy uveřejnila poprvé v roce 1967 v knize „The Four Conservation Principles of Nursing“ (Čtyři konzervační principy v ošetrovatelství). Svou teorii v následujících letech dále specifikovala. V roce 1988 objasnila změny své teorie v kapitole „The Conservation Principles: Twenty Years Later“ (Konzervační principy: o dvacet let později), která byla součástí knihy, Riehl - Sisca, J. „Conceptual Models for Nursing Practice“ (Konceptní modely ošetrovatelské praxe).

Teoretická východiska:

- *holistická filozofie,*
- *poznatky z biologie, fyziologie, fyziky, sociálních a duchovních věd,*
- *teoretické práce její mentorky při studiích na Wayne State University,*
- *práce J. Gibsona o systému vnímání,*
- *práce E. Eriksona o rozlišování mezi celkem a celistvostí,*
- *stresová teorie H. Selyeho,*
- *model vnějšího prostředí M. Batesa.*

Předpoklady (asumpce):

- *integrita znamená jednotu, celistvost,*
- *jedinec jako celek je více než jen jednoduchý souhrn jeho jednotlivých částí,*
- *celistvost zdůrazňuje zdravé, organické, progresivní, dílčí změny mezi různými funkcemi a částmi celku,*
- *kapacita jednotlivce se přizpůsobuje podmínkám prostředí, přičemž se spouští organické reakce: senzorické reakce, zánětlivé reakce, reakce na stres a reakce typu: boj verus útek,*
- *pozorování celku závisí na poznání organizace a vzájemné závislosti pozorovaných fenoménů.*

Hlavní jednotky:

- cíl ošetrovatelství** – obnovení a udržení (zachování, konzervace) celistvosti jedince,
- pacient/klient** – je holistická bytost, otevřený systém s projevy poruchy vlastní integrity,
- role sestry** – podporovat obnovení a udržení zdraví,
- zdroj potíží** – vnější prostředí,
- ohnisko zásahu** – oblasti změn,
- způsob zásahu** – prostřednictvím čtyř konzervačních principů, cestou podpory a konzervace neporušených oblastí, obnovy a následné konzervace problémových oblastí a pozitivního ovlivňování vhodných způsobů adaptace,
- důsledky** – adaptivní odpovědi pacienta/klienta, které odrážejí obnovenou integritu.

Metaparadigmatické koncepce podle M. E. Levine:

- Osoba** – je taková, jak ona sama sebe vnímá, je to její pocit identity. Každý jedinec je individuum, individuální organizmus, aktivní bytost schopná vybírat si, třídít, vytvářet a měnit prostředí. Jedinec dosahuje integrity vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím adaptačních schopností a mechanismů. Změna je pro život jedince charakteristická a adaptace je metodou změny.
- Prostředí** – je kontext, ve kterém jedinec žije vlastní život. Prostředí není jen pasivní pozadí, ale jedinci jsou jeho aktivní součástí. Prostředí se dělí na vnější a vnitřní. Ve vnějším prostředí probíhá životní proces jedinců, který má směr, příčinu a význam a který zahrnuje procesy adaptace na síly a vlivy prostředí. Vnitřní prostředí je zdrojem integrovaných odpovědí jedince.
- Zdraví** – znamená celistvost jedince a jeho úspěšnou adaptaci na prostředí. Zdraví je sociálně determinované, neznamená jen nepřítomnost patologických fenoménů a podmínek. Nemoc je projevem úsilí jedince o ochranu vlastní celistvosti, je projevem porušené či nesprávné adaptace jedince na vnější vlivy prostředí.
- Ošetrovatelství** – je činnost sestry, která má dokončené odborné ošetrovatelské vzdělání, které musí vždy odrážet aktuální teorie o zdraví a nemoci. Ošetrovatelství je prakticky realizované v interakci sestry – pacient/klient. ^{1, 14}

Koncepce teorie**Adaptace**

Adaptace je proces změny, při kterém si jedinec v realitě svého prostředí zachová vlastní integritu. Adaptace je otázkou sil jedince. Výsledkem je buď zachování současného stavu, nebo jeho změna. Úspěšné adaptační procesy vedou k ochraně a stabilitě organismu, jedince.

Konzervace a konzervační principy

Latinský termín „conservatio“ znamená udržení, zachování. Ošetřovatelské interakce a intervence jsou odvozené z jedinečných a individuálních zdrojů jedince, které si chce ve svém aktuálním stavu udržet, tedy zachovat, konzervovat. Interakce a intervence vycházejí z konzervačních principů.

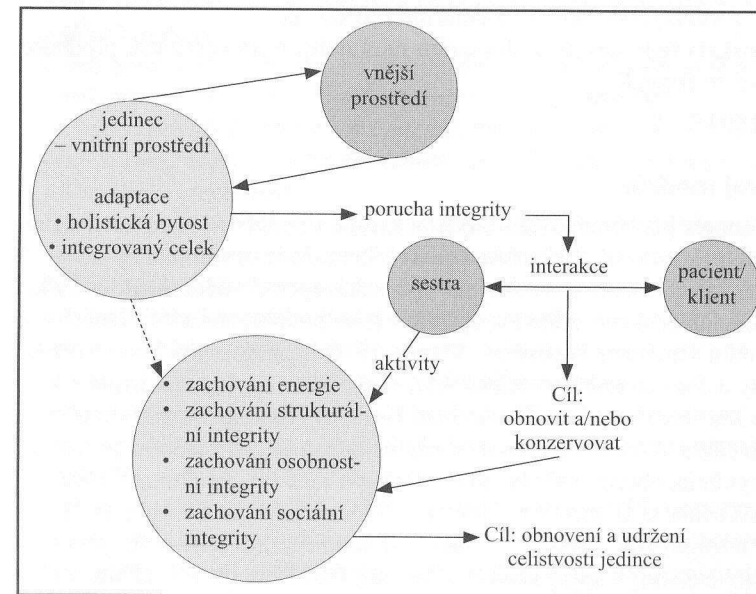
M. E. Levine stanovila následující čtyři konzervační principy:

- **Princip zachování energie** – říká, že jedinec potřebuje energetickou rovnováhu a konstantní obnovování energie pro udržení (zachování, konzervaci) svých životních aktivit a životního procesu. Nejvíce energie pacientovi/klientovi odčerpávají procesy hojení a stárnutí. Sestra má nemocnému pomáhat udržovat a obnovovat energii.
- **Princip zachování strukturální integrity** – je zaměřený na udržení celistvosti jednotlivých struktur i celku (fyzická oblast), nebo jejich obnovení a následnou konzervaci. Hojení je procesem obnovení strukturální integrity. Sestra musí poškozenou tkáň (nebo oblast) obnovit. Toho může dosáhnout jen v tom případě, že včas rozezná funkční změny a ohraničí je.
- **Princip zachování osobnostní integrity** – se zaměřuje na sebehodnocení a význam identity jedince (jako projev osobnostní integrity a celistvosti), na jejich udržení nebo obnovu a následnou konzervaci. Sestra se zaměřuje na udržení osobnostní integrity pacienta/klienta nebo v případě jejího porušení se snaží o obnovení a následné udržení. Proto má sestra pacientovi/klientovi prokazovat úctu, respekt, oslovovat ho jménem, respektovat jeho přání. Během ošetřování má sestra vytvářet prostředí soukromí, vést a podporovat postupy správné obrany jedince.
- **Princip zachování sociální integrity** je zaměřený na sociální interakce v souvislosti se zdravím. Sestra se zaměřuje na udržení sociální integrity pacienta/klienta, nebo na její obnovu (v případě porušení) a následnou konzervaci. Život jedince získává význam prostřednictvím sociální integrace, a proto i zdraví má sociální kontext. Při interakci sestra – pacient/klient naplňuje sestra profesionální roli, vytváří interpersonální vztahy, stará se i o rodinné příslušníky, pomáhá pacientovi/klientovi při uspokojování religiálních (duchovních, spirituálních) potřeb, obnovuje a udržuje jeho sociální integritu.^{1,14}

Obsah teorie

Každý jedinec si zachovává svou jedinečnou lidskou individualitu a celistvost ve strukturální, osobnostní a sociální oblasti, ve svém reálném prostředí pomocí adaptace na vnější prostředí. Integrovaná odpověď vzejde z vnitřního prostředí. K těmto aktivitám je nutná určitá energie, jejíž rovnováhu (v příjmu a výdeji) se snaží jedinec zabezpečit, a tak si udržet svou integritu. Negativní vlivy vnějšího prostředí a/nebo negativní adaptace jedince vedou k poruše jeho integrity. Při této poruše dochází k interakci sestra – pacient/klient. Sestra identifikuje problémové oblasti (nedostatek energie a/nebo porušená strukturální, osobnostní, sociální integrita), následně plánuje a realizuje ošetřovatelské intervence, které vycházejí ze čtyř konzervačních principů. Důraz tedy klade na obnovení a následné udržení (konzervaci) v porušené oblasti, nebo na zachování (konzervaci) v neporušené oblasti (oblast jedincovy energie, strukturální, osobnostní a sociální integrity) ve smyslu holistické filozofie.

Obr. 26 Grafické znázornění teorie M. E. Levine



Zdroj: autorka

6.2 Martha E. Rogers: Model jednotných lidí

Biografické údaje:

- * 12. 5. 1914, Dallas, stát Texas, USA
- 1931–1934 studovala přírodní vědy na University of Tennessee v Knoxville
- 1936 dosáhla základní ošetrovatelské vzdělání na General Hospital School of Nursing v Knoxville
- 1937 získala bakalářské vzdělání v ošetrovatelství na George Peabody College v Nashvillu
- pracovala jako sestra v primární péči, později jako lektorka a metodička domácí ošetrovatelské péče
- 1945 získala magisterské vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví na Teacher's College of Columbia University v New Yorku
- 1952 absolvovala studia veřejného zdravotnictví MPH (Master of Public Health) na John Hopkins University v Baltimoru, kde v roce 1954 ukončila i doktorandské studium
- 1954–1985 profesorka a vedoucí úseku ošetrovatelství na New York University, od roku 1975 emeritní profesorka
- získala řadu čestných doktorátů na mnohých univerzitách, přednášela ve 46 zemích

✚ 1994 ^{2, 9, 14}

Vývoj modelu

M. Rogers při koncipování modelu, kromě rozsáhlých vědomostí a praktických zkušeností, vycházela z přesvědčení, že je nevyhnutelný nový filozofický názor, který je ve spojení s předcházejícími vědomostmi počátkem zkoumání lidského zdraví a způsobů jeho podpory na této planetě nebo v širším Univerzu (vesmíru). V roce 1970 identifikovala hlavní předpoklady a formulovala teoretická tvrzení modelu, která publikovala v knize „An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing“ (Úvod do teoretických základů ošetrovatelství). V následujících letech model dopracovávala, vyvíjela, objasňovala ho na konferencích a vedla výzkum. V roce 1983 publikovala svůj model v kapitole „Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing“ (Věda o jednotném lidském bytí: paradigma ošetrovatelství) v knize autorek Clemens, IW., Roberts, FB. „Family Health: A Theoretical Approach to Nursing Care“ (Rodinné zdraví: Teoretický

přístup k ošetrovatelské péči), kde změnila termín „jednotný člověk“ na „jednotní lidé“ tím, že přestala akceptovat koncepci pohlaví. Model jednotných lidí byl publikovaný nejen knižně a časopisecky, ale i prostřednictvím audio- a videokazet.

Teoretická východiska:

- poznatky z antropologie, biologie, filozofie, fyziky, historie, literatury, matematiky, náboženství, psychologie a sociologie,
- práce F. Nightingale o vztazích v přírodním prostředí a statistické využití dat,
- také teorie relativity A. Einsteina, čtyři koordináty (souřadnice) času a prostoru,
- práce H. Burra a F. Northropa o organizaci elektrodynamických polí,
- Bertalanffyho všeobecná teorie systémů.

Předpoklady (asumpce):

- lidé jsou celistvé bytosti s vlastní integritou a vlastnostmi; jsou jednotné celky, které znamenají více než pouhý jednoduchý součet jejich jednotlivých částí,
- celek není možné zkoumat a ani pochopit vyšetřováním pouze jeho částí, protože celek je více než jen souhrn částí (**celistvost**),
- jedinec a prostředí si neustále vyměňují hmotu a energii; trvalá výměna látek a energie charakterizuje jedince i prostředí jako otevřené systémy v Univerzu (**otevřenost**),
- životní proces jedince je ireverzibilní, nevratný, vyvíjí se jednosměrně v časově – prostorovém kontinuu (**jednosměrnost**),
- lidi identifikují struktury a organizace, které jsou projevem jejich obnovené celistvosti (**strukturalita a organizovanost**),
- jedinec je charakterizovaný schopností vnímání, myšlení, řeči, pocitů, emocí, představivosti a abstrakce (**vnímání a myšlení**),
- lidské chování je synergické – tzn., že je projevem jednotného chování celého systému, které není podmíněné chováním jeho separátních funkčních komponentů (**synergie**),
- systémové uspořádání celku a jeho správná funkce svědčí o negentropii, tzn. uspořádanosti, komplexnosti a heterogenitě systému (**negentropie**),
- pole je základ všeho, co existuje v Univerzu. Životní pole, podobně jako pole popsaná ve fyzice, mají svoje zákony, které dávají smysl jejich or-

organizaci a změně. (Podle M. Rogers energetická pole nahrazují buňky jako základní jednotky biologického systému.) Energetická pole jsou podstatná pro životní proces (**pole a životní proces**).

Hlavní jednotky:

- cíl ošetřovatelství** – dosažení maximálního zdravotního potenciálu jedince,
- pacient/klient** – jednotný integrovaný celek, otevřená bytost ve stálé interakci se svým prostředím,
- role sestry** – pomoc pacientovi/klientovi přizpůsobit se změnám prostředí bez vzniku konfliktních situací, aktivity sestry vycházejí z organizované báze vědomostí a jejich kreativního využívání,
- zdroj potíží** – disharmonické interakce mezi jedincem a prostředím,
- ohnisko zásahu** – koordinace vnějšího prostředí s vnitřními rytmy jedince,
- způsob zásahu** – pomoc při koordinaci interakcí jedince a prostředí, posilování integrity jedince,
- důsledky** – maximální zdravotní potenciál, zvyšující se komplexnost jedince.

Metaparadigmatické koncepce podle M. E. Rogers:

- Osoba** – je otevřený systém v kontinuální interakci s otevřeným systémem prostředí. Jedinec je jednotný integrovaný celek, který znamená více než pouhý součet jeho jednotlivých částí. Jedinci nejsou jen tělesné části či mechanické agregáty, ale jsou to bytosti schopné vnímat, myslet, mluvit, snít, abstrahovat i kreativně se přizpůsobovat změnám. Jedinci jsou čtyřdimenzionální negentropická energetická pole, která se projevují tím, že jejich vlastnosti a chování se odlišují od vlastností a chování jejich separátních částí.
- Prostředí** – se skládá z celistvých systémů existujících mimo jedince. Každé pole prostředí patří k určitému lidskému poli a obě se stále kreativně mění. Prostředí je ireverzibilní, čtyřdimenzionální, negentropické

energetické pole, které je možné identifikovat prostřednictvím struktur, a tak odhalit vlastnosti, které ho odlišují od jeho částí. Pole prostředí i lidská pole jsou identifikovatelná na základě jejich vlnových struktur, které projevují nepřetržitou změnu.

Zdraví

- není autorkou definované, používá pojmy pozitivní zdraví a blaho jako symboly, které vylučují onemocnění. Zdraví je hodnotový pojem definovaný kulturou i individuálně, podílí se na životním procesu jedince výběrem a realizací chování, které vede k naplnění jeho potenciálu. Zdraví a nemoc představují určité struktury, kterým jedinec připisuje vysokou nebo nízkou hodnotu.

Ošetřovatelství

- tento termín byl podle M. Rogers v minulosti často používaný ve významu slovesa „dělat“. Má-li se však ošetřovatelství stát vědou a být i tak vnímané, musí vycházet z abstraktního vědeckého poznání. Ošetřovatelství je humanistická věda a umění, které hledá harmonickou interakci mezi prostředím a jedincem k podpoře a posílení koherence (spojitosti) a integrity (celistvosti) jedince a jeho interakci s prostředím, ve snaze o dosažení maximálního potenciálu zdraví.

Ošetřovatelství se zabývá hodnocením současného stavu jedince, rodiny, skupiny a prostředí. Následná intervence sestry závisí na zhodnocení a vědomé podpoře pravděpodobných výsledků, zaměřených na předem stanovený cíl. Ošetřovatelství je vědní obor zabývající se jednotnými lidmi v jejich celistvosti a stává se jedinečným proto, že se jako jediný vědní odbor zabývá celým lidstvem.^{1,9,14}

Profesionální ošetřovatelská praxe, podle M. Rogers, nemá žádné závislé funkce, ale jen funkce spolupráce. Profesionálové v ošetřovatelství své znalosti, schopnosti a dovednosti koordinují s odborníky z lékařských a podpůrných vědních disciplín v zájmu dosažení stanovených cílů.

Koncepce modelu

Energetické pole

Energetické pole je podstatnou součástí jednoty života a smrti. Pole představuje jednotnou koncepci a energie jeho dynamický základ. Energetické pole nemá hranice, je nekonečné, nedělitelné, dynamické a čtyřdimenzionální. Identifikuje se prostřednictvím struktur a charakterizuje přes Univerzum jako otevřený systém.

Známe dvě energetická pole:

- *lidské energetické pole (tzv. personální pole), to je jednotný člověk,*
- *energetické pole prostředí (tzv. ekologické pole), to znamená životní prostředí.*

Každé ekologické pole patří k určitému personálnímu poli. Tato pole na sebe vzájemně působí, a proto mezi nimi existují dynamické vztahy provázené výměnou energie. Obě pole se ustavičně kreativně mění podle situace a jsou ireverzibilní.

Univerzum otevřených systémů

Energetická pole existují jako otevřené systémy v širším prostoru bytí, tedy v Univerzu. Důkazem jejich otevřenosti je vzájemná výměna energie a informací. Otevřený systém energetického pole jedince je v neustálé interakci s otevřeným systémem energetického pole prostředí v kontextu Univerza.

Struktury

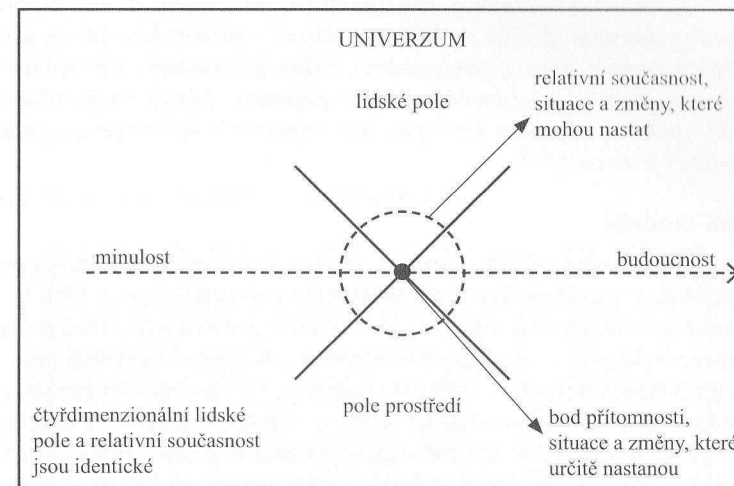
Energetická pole se projevují prostřednictvím struktur. Struktura je identifikovatelná vlastnost pole. Podstata struktury se neustále obnovuje a mění, je dynamická. Energetická pole jsou jedinečná, souvisejí s chováním, povahou, vlastnostmi a charakterem pole. Smyslem manifestace energetického pole prostřednictvím struktur je jeho existence, pro každého jedince vlastní a jedinečná. Struktura lidského pole je neopakovatelná a důležitá pro své ekologické pole, vystupuje v prostředí jako jednotná, stále se mění a může jevit známky nemoci, utrpení či bolesti.

Čtyřdimenzionalita

Čtyřdimenzionalita je nelineární oblast bez prostoru či časového atributu. Lidé sice žijí v trojdimenzionálním světě, uvědomují si však, že jejich život

ovlivňuje širší prostor bytí – Univerzum. Celá skutečnost je tedy vlastně čtyřdimenzionální. Vzájemné výměny energie polí se objevují v různých momentech času, prostoru a Univerza.

Obr. 27 Znárnění čtyřdimenzionality



Zdroj: autorka

Tyto čtyři koncepce jsou jádrem Modelu jednotných lidí M. Rogers. Autorka je doplnila o principy homeodynamiky. Konstatovala, že životní proces je homeodynamický. Pomocí principů homeodynamiky autorka blíže objasnila svůj náročný model.

Principy homeodynamiky

- **Princip integrity** – vysvětluje, že mezi personálními a ekologickými energetickými poli probíhá stálá interakce a vzájemná výměna energie a informací v určitém stejném čase a zdůrazňuje neustálý vzájemný proces interakce a integrity jedince s prostředím.
- **Princip helicity** – vysvětluje, že během interakcí jedince s prostředím dochází plynule ke změnám, které posouvají vývoj jedince i prostředí od relativní jednoduchosti ke stále větší složitosti, prostřednictvím rytmického pohybu ve spirále. Tento pohyb je kontinuální, neopakuje se,

ale projevuje se stále novými strukturami. I změny jsou kontinuální, probíhají ve směru stálého zlepšování a jsou charakterizované zvyšující se intenzitou působení ze strany jedince.

- **Princip rezonance** – vysvětluje, že změny energetických polí se šíří jako ozvěna (rezonance) ve formě vlny s určitou frekvencí. Dlouhé vlny mají nižší frekvenci a krátké vlny vysokou frekvenci. Životní proces jedince je tak souhrnem různých rytmických vibrací s různým kmitočtem, tedy různě rezonuje. Během vývoje jedince získávají struktury stále vyšší rezonanci, která se mění z nízké na vyšší. Rezonanci je tedy možné chápat jako obohacující proces, který provází stoupající komplexnost životního procesu jedince.^{2, 9, 14}

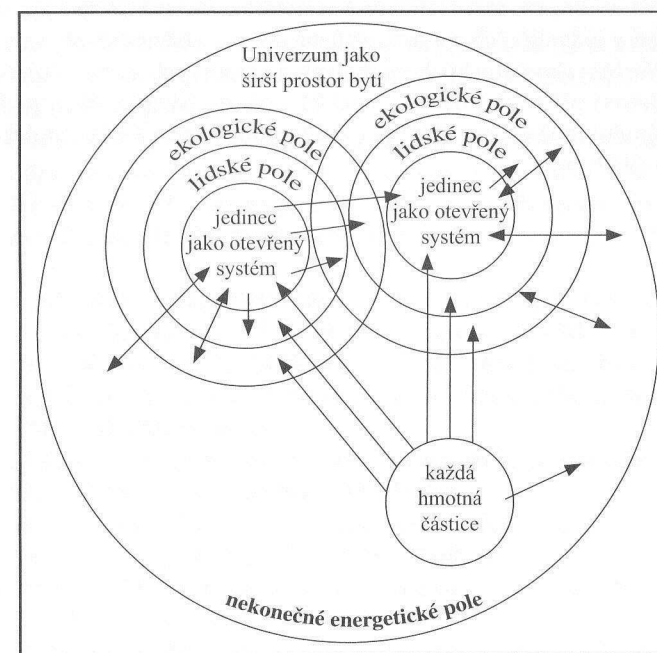
Obsah modelu

Jedinec jako jednotný celek, otevřený systém se svým energetickým polem existuje v prostředí, které má také svoje energetické pole. Obě tyto pole existují v širším prostoru bytí – v Univerzu. Jedinec a prostředí a i jejich energetická pole jsou v neustálé interakci, přičemž si vyměňují hmotu a energii (včetně informací). To ústí do neustálých změn jednotlivých struktur. Jedinci mají schopnost vědomě se účastnit procesu změny. Je důležité vnímat jedince jako celky, nezaměřovat se jen na určité části, protože jedinci se stále vyvíjejí a celý jejich projev je kromě vývoje závislý na okolnostech a situacích, které formují jejich povahu, charakter a tím i projevy vůči okolí. Jedinec existuje v určitém prostředí, se kterým si vyměňuje hmotu a energii (to jsou projevy otevřených systémů v Univerzu), přičemž dochází k ireverzibilním změnám. Vývoj jedince je možný jen směrem vpřed, ve smyslu stále větší komplexnosti, nedá se vrátit zpět. Životní proces má svou kontinuitu, dynamiku, vývoj i kreativitu změn, je spirálovitý, neoddelitelný od prostředí, nezvratný a vyvíjející se od minulosti přes současnost směrem k budoucnosti. Chceme-li zkoumat životní proces a také mu porozumět, je potřeba analyzovat fyziologické i patologické jevy. Chování jedince ovlivňuje strukturalita a organizovanost systému a jeho interakce s prostředím. Při výkonu sesterské profese se prostředí a pole pacienta/klienta prolíná s prostředím a polem sestry během ošetrovatelského procesu. Důležité je prostředí, které oba vytvářejí při vzájemném kontaktu. Sestra má pacienta/klienta vnímat jako otevřenou bytost v kontextu jeho prostředí a pomocí homeodynamických principů mu pomáhat ve vývoji a vztahu s prostředím.

Aby sestra dokázala úspěšně využít „Model jednotných lidí“, musí být v souladu s pacientem/klientem, respektovat vzájemné vztahy i prostředí v procesu ošetrování, ve kterém má být pacient/klient jeho aktivní složkou.

M. E. Rogers její kolegové považují za neoriginálnějšího myslitele v ošetrovatelství. Teoretici ošetrovatelství ji označují za nejvíce stimulující, provokující, idealistickou, kontroverzní, filozofickou, otevřenou, strohou a etickou teoretičku ošetrovatelství. Model M. Rogers je mimořádně abstraktní a patří k nejlépe propracovaným holistickým přístupům v ošetrovatelské praxi.

Obr. 28 Grafické znázornění modelu M. Rogers



Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 63 s., modifikováno autorkou

Závěr

Každá sestra má svůj filozofický názor i pojetí ošetrovatelské praxe, které ovlivňují její interpretaci údajů, její rozhodnutí i činy. Autorky koncepčních modelů ošetrovatelství se nás snaží seznámit s jejich představou realizace této praxe nejen proto, abychom sjednotili a zkvalitnili výkon reálné ošetrovatelské praxe, ale také proto, aby nás inspirovaly k vytvoření všeobecně platné koncepce modelu ošetrovatelství.

Sjednotit různé koncepční modely ošetrovatelství do globálního a všeobecně akceptovatelného modelu, což je úlohou následujících let a desetiletí, bude nesmírně náročné. Obtížnost globálního ošetrovatelského modelu vyplývá z různé filozofické orientace teoretických ošetrovatelství (např. křesťanství, vs. islám, vs. materialismus), z rozdílné úrovně ošetrovatelského vzdělávání v jednotlivých zemích, z různé úrovně vědomostí obyvatelstva i z rozdílných ekonomických podmínek jednotlivých zemí. Teoreticky ošetrovatelství při tvorbě teorií a modelů však nacházejí velkou podporu v Mezinárodní radě sester (ICN) i ve strukturách Světové zdravotnické organizace (WHO).

Použitá literatura

- (1) ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové : Nucleus, 2003, 99 s., ISBN: 80-86225-33-X.
- (2) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin : Osveta, 2001, 133 s., ISBN: 80-8063-086-0.
- (3) FAWCET, J. The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Retriements. In: *Image*, 1984, 16, No. 3, p. 84–87.
- (4) FOBEL, P. Holistická environmentálna etika: možnosti a perspektívy. In: *Filozofia*, 51, 1996, č. 2, s. 139–144.
- (5) <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/nursing> (březen 2004).
- (6) <http://nursing.rutgers.edu/~wpuenfes/nursing3/PMHN/An%20Overwiew%20of%20Psychiatric-mental%20Health%20Nursing/ts/d036.htm> (únor 2004).
- (7) <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/hpcb.html> (únor 2004).
- (8) <http://www.volny.cz./homeopatie/holistickamedicina.htm> (duben 2004).
- (9) JAROŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství II*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, interní studijní texty, 2003, 86 s.
- (10) JOHNSON, DE. Development of Theory: A Requisite for Nursing as a Primary Health Profession. In: *Nursing Research*, 1974, No. 23, p. 372–377.
- (11) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I, 2*. Martin : Osveta, 1995, 1450 s., ISBN: 80-217-0528-0.
- (12) KRANKUSOVÁ, G, SLEZÁKOVÁ, Z. *Model Idy Jean Orlando*. Nepublikovaná práce, seminář učitelů ošetrovatelství, Bratislava : ÚMIC–SPAM, 1996, 30 s.
- (13) LEMON, I. *Učebný materiál pre ošetrovatelstvo*. Bratislava : SZO, SK SZP, 1996, 160 s., ISBN: 80-967818-0-4.
- (14) MARRINER–TOMEY, A. *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel : Recom, 1992, 649 S., ISBN: 3-315-00082-4.
- (15) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : IVZ, 1999, 164 s., ISBN: 80-7013-277-9.
- (16) MUSILOVÁ, M. A kol. *Výbrané kapitoly ošetrovatelstva*. Martin : Osveta, 1993, 226 s., ISBN: 80-217-0573-6.
- (17) PALOUŠ, R. *Totalizmus a holizmus*. Praha : Karolinum, 1997, 148 s.

- (18) PAVLÍKOVÁ, S. *Možnosti využitia modelu I. J. Orlando v ošetrovateľskej praxi*. Nепublikovaná práca, Bratislava : IVZ-ÚMIC, 1996, 45 s.
- (19) REMIÁŠOVÁ, A., GREGUŠ, P. *Úvod do filozofie*. Bratislava : Ekonomická univerzita, 1992, 153 s.
- (20) SKLÁŘOVÁ, V. *Využitie koncepčného modelu Dorothy Elizabeth Orem pri ošetrovaní chorých (klientov)*. Nепublikovaná práca, Bratislava : IVZ-ÚMIC, 1996, 50 s.
- (21) SLEZÁKOVÁ, Z. *Možnosti aplikácie koncepčného modelu Betty Neumannovej pri realizácii ošetrovateľského procesu*. Nепublikovaná práca, Bratislava : IVZ-ÚMIC, 1996, 38 s.
- (22) SOLÁR, G. *Problémy hraníc medicíny*. In: *Bratislavské lekárske listy*. 96, 12, s. 63–68.
- (23) STAŇKOVÁ, M. *Základy teórie ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 1996, 193 s., ISBN: 80-7184-243-5.
- (24) Nепublikované texty přednášek. Trnavská univerzita, 2001/2002.