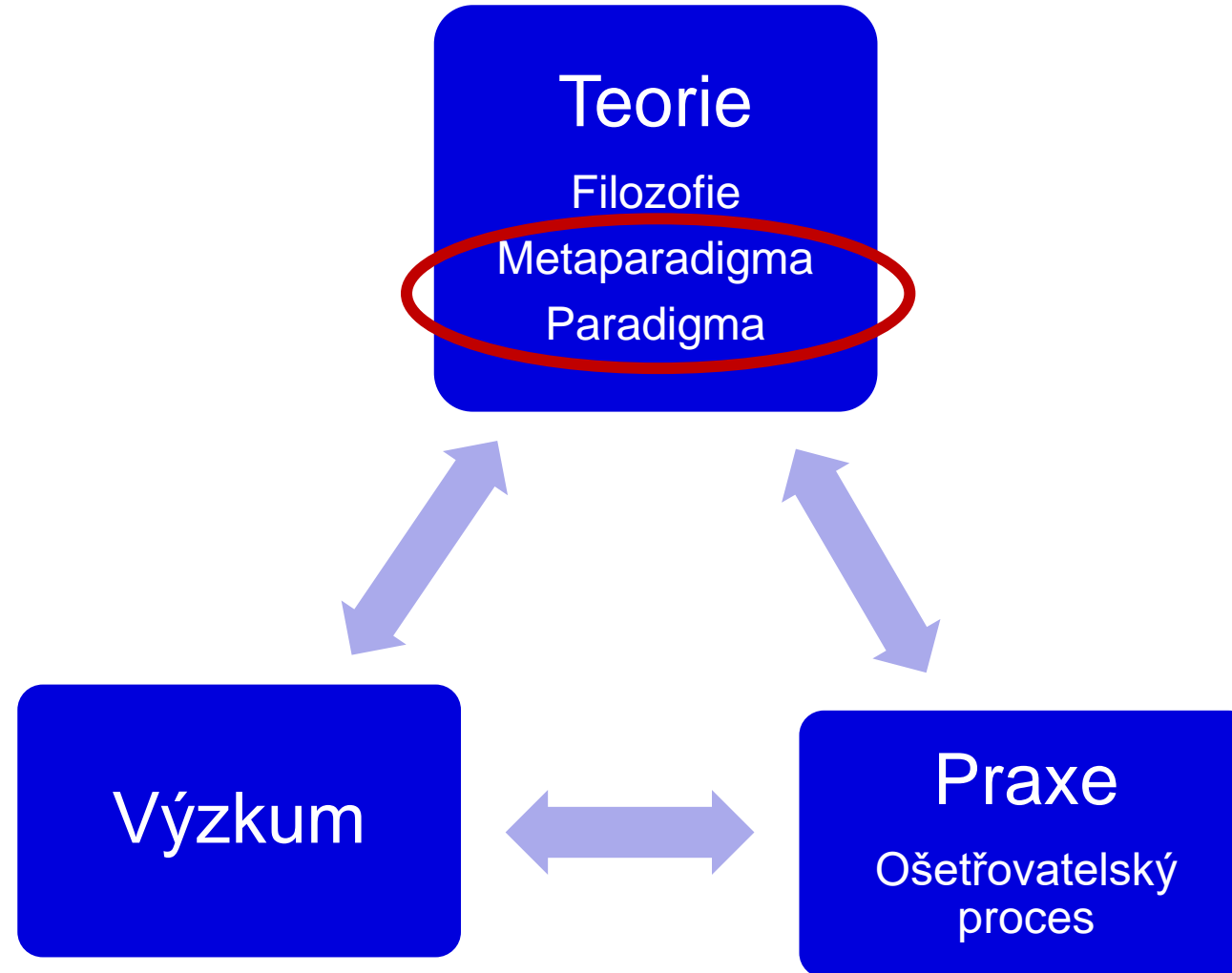


MUNI
MED

Teoretická východiska ošetrovatelství: Konceptní modely a teorie

Ošetrovatelství jako vědní obor



Metaparadigma

- nejširší, nejglobálnější pohled určité disciplíny na zkoumání určitého problému, jevu – charakterizuje disciplínu, **čím se zabývá, co řeší** (předmět disciplíny)
- jednotlivé obory se od sebe liší podle toho, na které problémy a pojmy se zaměřují
- většina oborů má 1 metaparadigma a více koncepčních modelů
- 20. století – rozvoj teoretické báze USA a Kanada
- předtím převážně intuitivní, založený na tradicích a praktických zkušenostech, než na teoretických základech

Metaparadigma ošetrovatelství

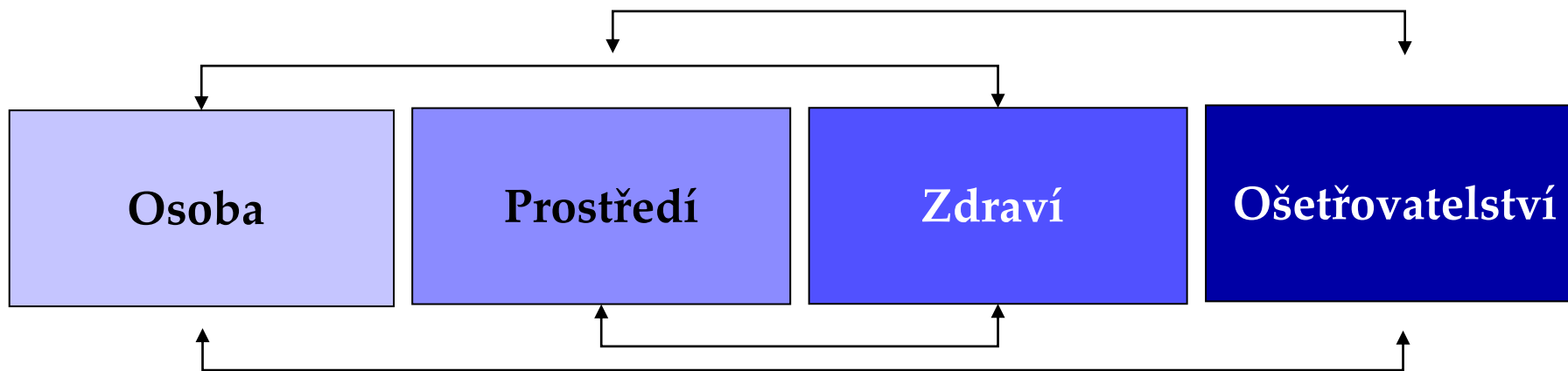
- nejobecnější rámec pohledu
- charakterizuje ošetrovatelství a to, čím se zabývá (odliší ošetrovatelství např. od filozofie...)
- základy zformovala F. Nightingale (1856 Notes on Nursing: souvislosti – činnost sester s vlivem prostředí má vliv na zdraví člověka)
- má **4** specifické jevy

osoba

prostředí

zdraví

ošetrovatelství



➤ **příjemce ošetřování**

- jednotlivec,
- rodina,
- skupina,
- komunita,
- společnost

➤ jedinečný, neopakovatelný celek fyzických a psychických vlastností, které vzájemně souvisí, podmiňují se a vytváří celek.

➤ vnímána jako: adaptační systém, behaviorální, Sebepečující ...

➤ **okolí příjemce**

➤ **vnitřní struktury a vnější vlivy**

➤ někdy zdroj stresu, nebo zdroj jiných zdrojů

➤ okolnosti vyžadující ošetřování

➤ **stav blaha a pohody, nejen absence nemoci příjemce**

daný stav u příjemce může být v rozmezí od nejvyššího stupně až po přítomnost terminální onemocnění

aktivity sestry
v zájmu příjemce a ve spolupráci s ním

Paradigma ošetrovatelství – Koncepční model

– Koncepční rámec – Koncepční systém – Matrice disciplíny

- vyjadřují názory na specifické jevy ošetrovatelství
- využívají **indukci** (zobecnění pozorovaných jevů) **dedukci** (vyvozování z existujících poznatků) anebo **přebírání z jiných oborů**
- v každém modelu může být jev jinak vyložen
- je tvořen **pojmy** (duševní představy a pojmenování jevů) a **výpověďmi** (tvrzení vysvětlující vztahy mezi pojmy)
- vyjádření jsou obecná a abstraktní (nepozorovatelné, neměřitelné)

Součásti ošetřovatelských modelů

Koncepční modely mají tři součásti:

- **asumpce** – premisy – předpoklady – východiska
- **hodnotový systém**
- **hlavní jednotky**

Asumpce (premisy, východiska)

- teoretické východisko
- fakta/předpoklady, která jsou teoretickým podkladem koncepce ošetřovatelství
- odvozují se od vědecké **teorie** a **praxe**
- **většina modelů bere asumpce z praxe**
- již byly ověřené nebo se dají ověřit
- liší se v jednotlivých modelech:
 - Hendersonová chápe osobnost jako 14 základních potřeb
 - Royová chápe osobnost jako bytost se 4 způsoby adaptace
 - Johnsonová chápe osobnost jako bytost s 8 behaviorálními podsystémy

Hodnotový systém

- vyjadřuje základní myšlenky oboru
- různé modely mají podobné základní myšlenky:
 - **úloha sester je jedinečná** (i když při některých činnostech spolupracují s jinými odborníky)
 - **ošetřovatelské činnosti**: soustřeďují se na **saturaci potřeb**, jsou realizovány prostřednictvím **OP**, představují řadu interpersonálních vztahů, nejdůležitější je **vztah sestry – pacient**
 - **respektování lidské bytosti, holismus**

Hlavní jednotky

- 1. Cíl ošetrovatelství**
- 2. Pacient/nemocný/klient**
- 3. Role sestry**
- 4. Zdroje pacientových/klientových těžkostí**
- 5. Ohnisko zásahu**
- 6. Způsob intervence**
- 7. Důsledky**

1. Cíl ošetrovatelství

- konečný produkt – *to, co se snaží ošetrovatelství dosáhnout*
(liší se od sebe v závislosti na asumpcích, v závislosti od chápání osobnosti)
- cíl se má shodovat s cíli, které jsou společné pro zdravotníky

2. *Pacient*

- většina modelů chápe **pacienta** jako *bio-psycho-sociální bytost*
- *příjemce péče*
- modely se liší v detailech chápání pacienta

3. Role sestry

- určuje, **co je úkolem sestry, co vykonává**
- musí být potřebná a akceptovaná společností (stejně jako léčitelská role lékaře nebo role obhájce – právníka)
 - v modelu Oremové – úlohou sestry je pomáhat při ovlivňování dosažení optimální úrovně soběstačnosti pacienta
 - v modelu Royové – úlohou sestry je zlepšit adaptační chování pacienta přes ovlivňování stimulů

4. Zdroje pacientových těžkostí

- zdroj potíží pacienta, ne sestry
- **příčina problémů pacienta** je vyjádřena v ošetřovatelském plánu v rámci **ošetřovatelské diagnózy**
- je to pravděpodobně začátek nebo příčina problémů **pacienta**, které lze pozitivně ovlivnit ošetřovatelským zásahem
 - pacienti ve zdravotnických zařízeních mají své problémy, které můžeme subkategorizovat jako medicínské, psychologické, ošetřovatelské
 - lékař se stará o medicínské problémy, psycholog nebo psychiatr o psychologické problémy a sestra o ošetřovatelské problémy)

5. Ohnisko zásahu

- určuje zaměření ošetrovatelských intervencí

- ohniskem zásahu sestry v každém modelu je ošetrovatelský problém pacienta:
 - v modelu Oremové ohniskem zásahu sestry je nedostatek schopnosti sebepéče
 - v modelu Royové je jeho neschopnost adaptovat se na podněty

6. *Způsob intervence*

- specifické způsoby, kterými sestra poskytuje ošetrovatelskou péči
- odvíjí se od ohniska zásahu a vyjadřuje specifické způsoby, kterými sestra pomáhá pacientovi:
 - v modelu Florence Nightingale je způsobem intervence manipulace s prostředím pacienta spočívající v poskytování tepla, čerstvého vzduchu, světla, potravy...

7. *Důsledky*

- výsledky aktivity sestry
- očekávané výsledky ošetrovatelských intervencí – zlepšení zdravotního stavu příjemce

Ošetrovateľské teórie

- vyjadřujú názory na špecifické javy ošetrovateľství, jsou konkrétnější než modely (váží se na určitý jev, skupinu)
- založeny na předpokladech (asumpcích, premisích), jsou tvořeny *definicemi, pojmy a výpověďmi* (konkrétnější a špecifičtější než pojmy a výpovědi koncepčních modelů)

Předpoklady teorií

- **Nerelační** předpoklady – výroky, které nevyjadřují vztah
- **Relační** (vztahové) předpoklady – propojují 2/více koncepcí, mohou vyjadřovat souvislost mezi koncepty, nebo vypovídat o vlivu jedné koncepce na druhou
- **Hypotéza** – předpoklad vztahu, který lze testovat (jsou již měřitelné, pozorovatelné)

Typy teorií

➤ *podle obsahu*

- *popisné* – popisují konkrétní jev
- *vysvětlující* – vysvětlují vztahy mezi jevy
- *prediktivní* – předvídají účinek jednoho jevu na druhý

➤ *podle rozsahu*

- *velké teorie (Leininger, Rogers, Neuman..)*
 - mají široký rozsah, chybí v nich operačně definované pojmy – pojmy jsou abstraktní, nejsou přístupné přímému empirickému pozorování
- *střední teorie (Orlando...)*
 - zahrnují omezený počet pojmů, lze je empiricky přímo testovat
- *částeční/dílčí teorie = mikroteorie (kazuistiky, diplom. práce)*
 - jsou nejomezenější /rozsah, užitečnost/, zabývají se úzkým rozsahem jevů, z některých mohou vzniknout dalším výzkumem teorie středního významu.

Rozlišení mezi koncepčními modely a teoriemi

– míra abstrakce

- koncepční modely jsou všeobecné návody
- teorie jsou specifictější, konkrétnější

– počet kroků, které jsou nutné, aby se mohla práce použít na pragmatické účely (praxe, výzkum)

u koncepčních modelů jsou nutné tři kroky:

- 1) koncepční model musí být formulován
- 2) z koncepčního modelu musí být odvozena teorie
- 3) pojmy teorie musí dostat operativní definice a musí být odvozena hypotéza

u teorií jsou nutné pouze dva kroky:

1. musí být uvedena teorie
2. mají mít operativně definované pojmy a z výpovědí musí být formulována hypotéza

Klasifikace ošetrovatelských koncepčních modelů a teorií

- Systémové
- Vývojové
- Interakční
- Humanistické
- Potřeb
- Výsledků
- Zároků
- Podpory
- Posilnění
- Konzervační

Systemové modely

Johnsonová, Kingová, Neumanová, Royová – původ ve všeobecně-vědní teorii systémů

- zdůrazňují identifikaci skutečných i potenciálních problémů ve funkci systémů a navržení strategií zákroku, které co nejvíce zefektivní operaci systému
- podstatou je **prozkoumat systém, jeho části a jejich vztahy v dané době**
- změna v systémových modelech má druhotný význam
 - systémem může být osoba, částí jsou orgány lidského těla, prostředím je rodina
 - systémem může být i rodina, částí jsou její členové, prostředím je stát
- systémy mohou být obecně otevřené a uzavřené
- vzhledem k tomu, že **ošetřovatelství je zaměřené na člověka, jako živý organismus, jsou v ošetřovatelství systémy vždy otevřené**

Systemové modely

Charakteristické znaky:

- hranice – demarkační (oddělující) čáry mezi osobami a prostředím, čím je hranice propustnější, tím je vzájemná výměna energie mezi systémem a jeho prostředím větší
- napětí, stres, konflikt – síly, které mění strukturu systému, stav rovnováhy
- zpětnou vazbu – tok energie mezi systémem a prostředím, vzájemná informovanost o stavu systému a prostředí.

Vývojové modely

Oremová, Roperová... centrální kategorie z psychologie

- zdůrazňují **procesy růstu, vývoje, zrání s přihlédnutím k problémům, které při tom vznikají**
- kladou důraz na identifikaci skutečných i potenciálních problémů
- vytyčují takové strategie a postupy, které neoptimálněji řeší situaci
- předpokládají existenci sil – jsou definovány jako kauzální faktory, které vytvářejí vývoj a růst
- vycházejí také z toho, že lidé mají vrozenou schopnost ke změně – potencialita může být zjevná nebo latentní, a je uvedena do chodu vnitřními stavy nebo jistými okolními podmínkami.

Interakční modely

Orlandová, Peplauová vycházejí ze sociologie

- zdůrazňují **sociální úkony a vztahy mezi lidmi**
- zaměřují se na identifikaci skutečných a potenciálních problémů v mezilidských vztazích
- zaměřují se též na určení postupů, které podporují optimální socializaci
- charakteristickými znaky těchto modelů:
 - percepce – ovlivňování osob navzájem a vnímání jiných osob
 - komunikace – přenos informací mezi osobami
 - role – nevyhnutelná pro danou situaci
 - koncepce sebe samého – sebehodnocení, sebevýchova.

Modely a teorie potřeb a výsledků

- kategorie **potřeb** – zaměření na funkce sester a hodnocení pacienta z hlediska hierarchie potřeb – jakmile si není **pacient schopen sám zajistit základní potřeby, přebírá tuto funkci sestra**
(Hendersonová, Abdellahová)
- kategorie **výsledků** kladou důraz na výsledky ošetrovatelské péče a její hodnocení – **sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek jejich uspokojování v rámci OP**
(Kingová, Neumanová)

Humanistické modely a teorie

Nightingaleová, Oremová, Rogersová... vycházejí hlavně z filozofie

- zdůrazňují, že ošetřovatelství je věda a umění – dívají se na ošetřovatelství jako na humanitní obor
- důraz je kladen na svobodu, existenci, autonomii, úctu k životu, důstojnost, práva pacienta

Modely a teorie energetických polí

Rogersová, Levienová

- hovoří o jedinci jako o zdroji energie

Modely intervence (zásahu)

Gordonová, Kingová.....

Zdůrazňují:

- instrumentálně pojaté ošetřovatelství
- odborné činnosti sestry a její rozhodnutí
- **pacient je považován za objekt ošetřovatelské péče (pacient je pasivní), sestra rozhoduje o péči**

Substituční modely a teorie (modely náhrady)

Hendersonová....

- zaměřují se na **poskytování náhrady za schopnosti pacienta, které mu chybějí – ztratil je a nemůže je aktivizovat**
- podle tohoto modelu pacient musí být aktivní v ošetrovatelské péči

Modely a teorie podpory

Widenbachová.....

- zdůrazňuje pomoc pacientovi akceptovat poškozené zdraví
- **zaměřuje se na podporu pacienta a vytváření psychologických, fyziologických a adaptačních mechanismů vyrovnávání se se situací**

Modely a teorie posílení

Johnosonová

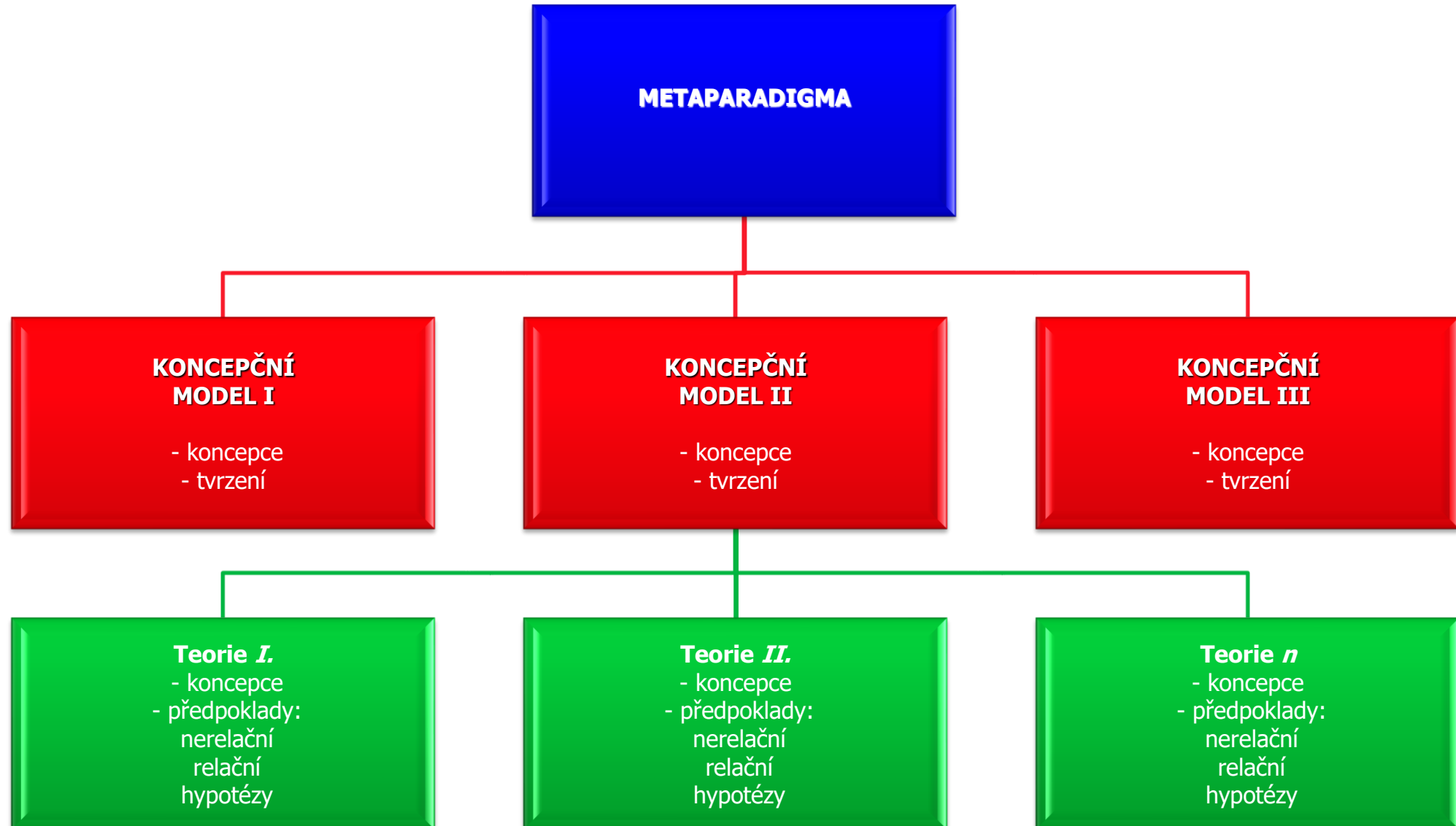
- hledání možnosti, **jak zlepšit kvalitu pacientova bytí**, jestliže je poškozené jeho zdraví
- považuje ošetrovatelství za cestu zlepšení kvality života pacienta

Modely a teorie konzervace

Roperová, Levienová

- zdůrazňují **zachování příznivých aspektů situace pacienta, které jsou ohrožené nemocí nebo skutečnými či potenciálními problémy**
- v tomto modelu aktivita spočívá na rozhodnutích **sestry, které směřují na zachování (konzervaci) existujících schopností pacienta**

Strukturální hierarchie



Význam koncepčních modelů

