

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského
modelu C. Royové**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

Rok:

2007

Autor:

Bc. Dagmar Plzenská

Abstrakt

Management of the Patient's Role Conflict Exploiting C. Roy Nursing Care Model

Any change in health state of a man, who represents a holistic unit, is a stressful situation, to which he/she has to respond to accommodation changes. An irreversible change becomes a stigma for an individual. It changes or affects his actual way of life and often leads to changes in value scale of personality and may end in a role conflict. A nurse's role becomes irreplaceable because she is the person who gives direction to nursing care, works with instigations, support them or suppress them. Ideal care should complete an idea of individual attitude to a patient to support and make the adaptation easy to his full-value and satisfied life.

My diploma work is intended on using the C. Roy Nursing Care Model, on an adequate adaptation achievement of a client, on prevention of a role conflict.

In the theoretic part we write about personality problems interaction and problems of setting during the role implementation influenced by irreversible changes. We studied the C. Roy model and its importance when it is used in a prevention of a role conflict with clients with irreversible changes. In the practical part we made up nursing documentation according to the C. Roy and asked nurses' opinions because they worked with the documentation. Next we concentrated on nursing diagnoses evaluation of patients with irreversible changes in adaptation systems: self – concept, self confidence, role playing and interdependence. Then we concentrated on improving the quality of an adaptation level and clients' satisfaction.

The goals of the work:

1. Using the C. Roy Nursing Care Model for prevention of a role conflict in clients with irreversible changes- in a primary, secondary and tertiary role sphere.
2. To evaluate client's roles before his affection.
3. To find out client's adaptation level.

We conducted a quasiexperiment and interview in the Regional Hospital Příbram and the Hořovice Hospital. We asked 10 clients. The goals of our work were achieved. We hope that our work may help to increase quality of nursing care given to clients with irreversible changes.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského modelu C.Royové*“ vypracovala samostatně a použila jsem pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce na téma „*Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského modelu C.Royové*“, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne: 3.9.2007

.....
Bc. Dagmar Plzenská

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Gabriele Sedlákové, Ph.D. za metodické vedení a cenné připomínky při zpracování mé diplomové práce. Mé díky patří též klientům a pracovištím za jejich vstřícnost a spolupráci a umožnění výzkumu.

Bc.Dagmar Plzenská

Obsah:

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 3 |
| 1. Současný stav..... | 4 |
| 1.1 Interakce osobnosti a prostředí pro plnění rolí..... | 4 |
| 1.1.1 <i>Osobnost</i> | 4 |
| 1.1.2 <i>Osobnost a zatěžující životní situace</i> | 6 |
| 1.1.3 <i>Interakce a sociální role</i> | 10 |
| 1.2 Zdraví, nemoc a sociální role..... | 12 |
| 1.2.1 <i>Zdraví</i> | 12 |
| 1.2.2 <i>Nemoc, handicap a role</i> | 14 |
| 1.3 Lidské potřeby | 17 |
| 1.3.1 <i>Potřeby ovlivněné ireverzibilní změnou</i> | 17 |
| 1.4 Sesterská role v prevenci rolového konfliktu..... | 19 |
| 1.4.1 <i>Zhodnocení chování klienta v nemoci</i> | 19 |
| 1.4.2 <i>Role sestry</i> | 21 |
| 1.5 Ošetrovatelský model C.Royové..... | 23 |
| 1.5.1 <i>Myšlenkové předpoklady a východiska modelu Royové</i> | 24 |
| 1.5.2 <i>Metaparadigmatické koncepce podle C.Royové</i> | 25 |
| 1.6 Druhy stimulů a reakce na ně..... | 26 |
| 1.7 Adaptační systémy člověka dle C.Royové..... | 28 |
| 1.7.1 <i>Kontrolní podsystém (regulátor, kognátor)</i> | 28 |
| 1.7.2 <i>Fyziologický systém</i> | 30 |
| 1.7.3 <i>Systém sebepojetí</i> | 31 |
| 1.7.4 <i>Systém rolových funkcí</i> | 32 |
| 1.7.5 <i>Systém vzájemné závislosti</i> | 33 |
| 1.8 Aplikace Royové ošetrovatelského modelu u pacientů s ireverzibilní změnou..... | 36 |
| 2. Cíl práce a hypotézy..... | 40 |
| 2.1 <i>Cíle práce</i> | 40 |
| 2.2 <i>Předpokládané hypotézy</i> | 40 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 3. | Metodika výzkumu..... | 41 |
| 3.1 | <i>Použité metody.....</i> | <i>41</i> |
| 3.2 | <i>Charakteristika výzkumného vzorku.....</i> | <i>58</i> |
| 4. | Výsledky výzkumu..... | 52 |
| 4.1 | <i>Výsledky kvaziexperimentu základní skupiny.....</i> | <i>52</i> |
| 4.2 | <i>Výsledky kvaziexperimentu kontrolní skupiny.....</i> | <i>69</i> |
| 4.3 | <i>Porovnání výsledků kvaziexperimentu – souhrn.....</i> | <i>85</i> |
| 4.4 | <i>Výsledky rozhovorů se sestrami.....</i> | <i>104</i> |
| 5. | Diskuse..... | 111 |
| 6. | Závěr pro ošetrovatelskou praxi | 118 |
| 7. | Závěr..... | 119 |
| 8. | Seznam literatury..... | 121 |
| 9. | Klíčová slova..... | 125 |
| 10. | Seznam příloh..... | 126 |

Úvod

„Stonání není totiž stav tělesný: víceméně nepříjemný stav tělesný je jenom předpokladem anebo pohnutkou, aby člověk se energicky rozhodl vzít na sebe roli maroda“

Karel Čapek: Návod kterač stonati
(Křivohlavý, 2002,s.41.)

Jakákoliv změna zdravotního stavu je pro člověka, který tvoří holistický celek stresující situací, na kterou musí reagovat a přizpůsobit se změnám, adaptovat se.

Vhodným ošetrovatelským modelem využitelným v ošetrovatelské praxi, který naplňuje tuto myšlenku je systémově adaptační model C.Royové, s cílem obnovit rovnováhu člověka a prostředí a usnadnění adaptace.

Cílem ošetrovatelství je pomáhat člověku posilovat jeho zdraví, podporovat ho v jeho adaptaci na vnitřní a zevní podněty v závažných stresových situacích navozených ireverzibilními změnami a zmírnit narušení sociálních interakcí.

Ireverzibilní změna se stává pro člověka stigmatem, které mění či narušuje jeho dosavadní životní styl, často vede ke změnám v hodnotovém žebříčku osobnosti a může vyústit v rolový konflikt. Proto chceme poukázat na význam podporování adaptačních mechanismů klienta. Role sestry se stává nezastupitelnou, neboť je to právě ona, která usměrňuje ošetrovatelskou péči, pracuje s podněty, které podporuje nebo naopak tlumí jejich účinek. Ideální péče by měla naplňovat myšlenku individuálního přístupu k pacientovi s cílem usnadnit, podpořit adaptaci a umožnit mu plnohodnotný a spokojený život.

Diplomová práce je zaměřena na dosažení adekvátní adaptace klienta, na dosažení efektivních sociálních interakcí a na prevenci rolového konfliktu poskytováním ošetrovatelské péče s využitím ošetrovatelského modelu C. Royové.

1. Současný stav

1.1 Interakce osobnosti a prostředí pro plnění rolí

Prostředí jako součást metaparadigmatické koncepce ošetřovatelství je definováno jako vnitřní struktury a vnější vlivy, to znamená působení celého komplexu prostředí na osobu a její zdraví. Ošetřovatelství bere v úvahu, že člověk je v soustavné interakci se svým prostředím jako systémem, který významně ovlivňuje i osobu jako systém, i zdraví jako systém. Lidská bytost (osobnost) je otevřený systém, který je v neustálé interakci s měnícím se prostředím: životním, pracovním, společensko-ekonomickým a sociálním (Farkašová,2006).

1.1.1 Osobnost

Osobnost je jedinečný neopakovatelný celek fyzických a psychických vlastností, které vzájemně souvisí, podmiňují se a tvoří určitou jednotu. Osobnost není náhodným souhrnem událostí, ale jde o soubor uspořádaný určitým způsobem, a tak tvoří jedinečný celek. Tato jedinečnost je podstatou odlišnosti mezi lidmi (Farkašová,2006).

Termín osobnost je slýchán a využíván nejen v lidové řeči, ale i v řadě různých oborů. Pojem osobnost v psychologickém pojetí označuje člověka se všemi jeho psychickými, biologickými a sociálními znaky. Osobnost je složitý soubor vlastností, celistvý systém. Všechny složky osobnosti jsou propojeny a působí navzájem, odlišují jedince od ostatních lidí, jsou formovány biologickými i společenskými vlivy, projevují se a vyvíjejí v činnostech člověka. Tudíž ovlivňují i chování člověka ve zdraví a v nemoci (Čechová et al., 2001). Vlivy biologické (genetické) mají základ ve vrozených předpokladech člověka a zároveň je podmiňuje a do značné míry i omezuje působení dalších činitelů. Vlivy společenské (prostředí a výchova) přičemž prostředí se stává příkladem chování, jednání, ideálů, společenských zvyklostí a tradic a výchova představuje systematické, cílevědomé a záměrné působení na formování lidské osobnosti. Vliv činnosti, která člověka utváří, v ní se projevuje aktivita a zároveň působí

na rozvoj osobnosti. Poznávání a hodnocení osobnosti v rámci ošetrovatelské péče předpokládá respektování všech uvedených činitelů. Přecenění, nebo nedocení některého z nich zkresluje pohled na osobnost jako celek (Farkašová,2006). Sociologie pohlíží na osobnost jako na průsečík společenských sil a vztahů. Pro etiku je osobnost tvůrcem nebo nositelem morálních hodnot. Pro právní vědy je osobnost subjektem práv a povinností. Historie zkoumá roli osobnosti v dějinách (Křivohlavý, 2002).

Při vstupu do interakce s člověkem při ošetřování si sestra může položit otázky týkající se jeho možností, přání nebo typu člověka. Každá z uvedených dimenzí naznačuje a zahrnuje určitý specifický soubor vlastností. To, co člověk může, určují jeho schopnosti, vlohy, vědomosti, zručnosti a zkušenosti a potřeby. To, co člověk chce, je dané zaměřením osobnosti (motivací), hodnotami a celým hodnotovým systémem, a to, jaký je to člověk, vymezují jeho vlastnosti, temperament, postoje a charakter, svědomí.

Centrem osobnosti je „já“, kterým je označováno prožívání, chtění, svědomí. Umožňuje časovou kontinuitu, tedy vědomí a pocit, že jsem to stále já. „Já“ integruje duševní život a celou osobnost. Sebepojetí je vztah k sobě samému, to co si o sobě myslíme, představujeme a jak se hodnotíme, má tedy poznávací a emoční složku. Součástí sebepojetí je představa o vlastním těle a jeho vzhledu, mé reálné a ideální „já“. V oblasti sebepojetí bývají u člověka rozpory, které narušují stálost a soudržnost osoby. Nemocný anebo jinak ohrožený člověk může měnit své chování a jednání k okolí, protože se stává závislým. Stejně tak se mění i sebeprožívání, vnímání „já“ a sebepojetí.

Člověk během svého života usiluje o kvalitní a smysluplný život, hledá rovnováhu mezi závislostí a nezávislostí, míří do stádia zralé osobnosti. Zralá osobnost je schopna vnímat prostředí a sebe sama, dokáže se adaptovat na změněné podmínky a prostředí a působit v optimálních interaktivních vztazích (Farkašová,2006).

Zdravý člověk je aktivní, je hlavním aktérem ve svém životě, není na druhých lidech příliš závislý, sám si určuje vlastní životní rytmus, který má zažitý a cítí se v něm relativně dobře a bezpečně. Zdravý člověk žije ve svém dobře známém životním prostředí (domov, společnost, pracoviště), zde je v kontaktu své rodiny, přátel a spolupracovníků a vykonává činnosti, které ovládá a pro které má předpoklady. Toto vše

dodává pocit sebedůvěry a kladného sebehodnocení, je úspěšný ve všech sociálních rolích. Zvládá poměrně všechny problémy, které vychází ze životních situací, ví o čem jde, ví jak reagovat. V oblasti pocitů (emocí) převládají relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, člověk má určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti. (Křivohlavý, 2002)

1.1.2 Osobnost a zatěžující životní situace

Člověk se během života dostává do náročných situací, které ho zatěžují (Např.: život s ireverzibilními změnami). Pokud nemá dostatek energie adaptovat se na negativní vlivy, dojde k narušení rovnováhy, vniká napětí, nejistota, strach, konflikt, frustrace, deprivace a stres. Což má za následek změnu chování a prožívání člověka.

Strach má obvykle konkrétní příčinu a projevuje se různou intenzitou a způsobem. Jedná se o negativní citový stav s různou délkou trvání, je obvykle součástí nemoci, která může mít závažné zdravotní důsledky. Člověk se obává bolesti, smrti, léčebných a vyšetřovacích činností atd. U člověka vede dlouhotrvající strach k narušení duševní pohody.

Konflikt znamená střet protichůdných vnějších nebo vnitřních zájmů. Jejich rovnováha vyvolává ztížené rozhodnutí a volbu a člověk se musí rozhodnout mezi dvěma nepřijatelnými alternativami. Často se člověk dostává do konfliktu v období nemoci, změny zdravotního stavu. Zde právě vnikají protichůdné zájmy (léčit se nebo pracovat) (Farkašová, 2006). U takového člověka dochází nejprve k intrapersonálnímu konfliktu, tedy vnitřnímu, osobnímu, individuálnímu konfliktu. Jedná se o konflikt představ, názorů, postojů, zájmů a potřeb, které narušují jeho osobní roli. Konfliktní situace modelují strukturu „životního pole“ osoby. V tomto životním poli se nacházejí různé cíle, a to kladné nebo záporné hodnoty pro danou osobu. Může nastat situace, kdy se člověk má rozhodnout mezi dvěma poměrně stejně přitažlivými cíli. Nebo situace, kdy dosažení kladné hodnoty je bezpodmínečně spojeno s překonáním překážky, která rozhodující se osobě přináší negativní zážitky (hodnoty). A poslední možnou situací je

ta, kdy oba cíle jsou pro rozhodovatele téměř stejně velké negativní hodnoty (Křivohlavý,2002).

Frustrace znamená překážku při uskutečňování něčeho, na čem osobě záleží, během ní často prožívá zklamání a může reagovat i agresivně, nastává často v období hospitalizace a při změně zdravotního stavu. Protože právě v tomto období nemůže člověk plnit své obvyklé životní role (např. zajistit rodinu – role otce – živitele).

Deprivace znamená neuspokojení potřeb, které jsou pro daného člověka důležité. Často vzniká v období onemocnění a hospitalizace, někdy také v období rekonvalescence (Např.: neuspokojená potřeba informací).

Stres pro člověka znamená každá situace (zátěž), která přesahuje jeho psychické síly. Na zvládnutí dané situace využije mimořádně způsoby, které jej ohrožují v oblasti psycho-somatické (Farkašová,2006). Zátěž je nerovnovážený stav mezi nároky kladenými prostředím a možnostmi osobnosti přiměřeně na ně reagovat, lze ji ohodnotit jako běžnou, zvýšenou, hraniční, extrémní. Způsoby vyrovnávání se se zátěží jsou součástí osobnosti, v náročné situaci se projeví jako adaptační mechanismy (dynamizmy).

Stres lze definovat mnohými způsoby, doposud není jednotně definovaný. Stres je společný znak v reakcích jedinců na podněty, které narušují (nebo mohou narušovat) dynamickou rovnováhu – homeostázu fyzických, biochemických, psychických procesů organismu. Je to proces, který nastává dojde-li k ohrožení zdraví a existence organismu vlivem prostředí. Stres jsou podmínky při kterých dochází k rozporu mezi požadavky kladenými na jedince a jeho schopnostmi se s nimi vyrovnat. Jde o specifický vztah mezi osobou a prostředím, které podle hodnocení osoby klade příliš náročné požadavky překračující její možnosti a ohrožuje její zdraví. V případě neschopnosti vyrovnat se s tímto vztahem (adaptovat se) vzniká riziko oslabení zdraví (tělesného, duševního) (Žiaková et al., 2005).

Selye v 30. - 40. letech minulého století zkoumal následky působení stresorů na organismus. Stres definoval jako stav projevující se syndromem, který obsahuje všechny změny v biologickém systému člověka. Stres nemá specifickou příčinu, je nespecifickou odpovědí organismu na jakýkoliv podnět nebo situaci. Předpokládal, že

organismus reaguje podle schématu, který umožňuje zmobilizovat síly proti možnému poškození. Vypracoval všeobecnou teorii stresu a schéma reakce nazval všeobecný adaptační syndrom. „Všeobecný“ znamená, že je vyvoláván mnohými faktory, „syndrom“ znamená, že všechny jeho složky se objevují v určitém schématu:

1. Poplachová reakce (aktivace endokrinního, autonomního-vegetativního, imunitního systému s mobilizací tělesných rezerv).
2. Fáze rezistence (vlastní adaptace organismu)
3. Fáze vyčerpání (nastává při dlouhotrvající stresové situaci, kdy adaptace nebyla účinná, tělesné rezervy se vyčerpávají, pokud stresová situace trvá může vyčerpání organismu způsobit smrt). V somatické oblasti organismus odpovídá relativně stejným způsobem u všech osob.

Psychické aspekty stresové reakce

V oblasti psychiky reagují osoby na stresové situace různými způsoby. Konkrétní stresor u jednoho člověka vyvolá stresovou reakci, u druhého ne, tato skutečnost vyplývá z individuálních rozdílů, které závisí na zdrojích vnitřních (zranitelnost, schopnost zvládat situace, odolnost) a zevních (ochranný vliv emocí, sociální podpora). Intenzita reakce člověka na stresovou situaci vychází z předpokladu jak je situace nebo událost osobou hodnocena (méně, více, ohrožující, nebezpečná). Člověk uvažuje (primární hodnocení situace) o možných negativních, neutrálních, pozitivních následcích stresora. Sekundární hodnocení znamená, že člověk uvažuje, zda má přiměřené zdroje a schopnosti vyrovnat se se situací. Stres nastává, uvědomí-li si osoba nerovnováhu mezi primárním a sekundárním hodnocením situace.

Mechanismy psychické adaptace

Způsoby (adaptační mechanismy – dynamizmy,) kterými se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi, jsou součástí osobnosti a projevují se v zátěžových stresových situacích, podrobně se jimi zabývá psychologie a psychiatrie. Lze je odvodit od dvou nejjednodušších tendencí chování: útok – tendence přiblížit se k problému a únik – vyhnout se překážce, problému (stresoru). Člověk kompenzací vyvažuje nedostatky v jedné oblasti výkonem v jiné oblasti. Při nadměrné kompenzaci nedostatky

zakrývá nebo od nich odpoutává pozornost nepřiměřeným chováním, jedná se o maladaptivní projevy.

Zdolávací dynamizmy jsou vědomé procesy, s jejich pomocí osobnost přiměřeným způsobem zvládá zátěžové situace. Charakteristické znaky: realizmus, orientace na cíl, na budoucnost, ohled na přítomnost, pružnost, sekundární hodnocení situace (mám přiměřené zdroje a schopnosti vyrovnat se se situací ?) a využití sekundárních procesů – objektivita, zapojení intelektu, logická analýza, tolerance neurčitosti (respektovat, že objekt uvažování může být interpretován z různých hledisek), udržení pozornosti, empatie – vcítění se do prožívání druhého, regrese – návrat na nižší vývojovou úroveň při tvorbě, substitute – náhrada jedné činnosti jinou, atd. (Žiaková et al., 2005).

Obranné dynamizmy jsou nevědomé procesy, kterými se osobnost brání proti bolestivým, tíživým, ponižujícím a trapným myšlenkovým obsahům, jejich objevitelem je S. Freud. Definice v psychologickém slovníku : jakýkoliv druh činnosti, včetně myšlení a cítění, jehož úkolem je odvést pozornost a povědomí od nepříjemného nebo zahanbujícího faktu nebo skutečnosti, který vzbuzuje úzkost. Může být při tom ohrožena sebeúcta, sebevědomí, sebehodnocení. (Křivohlavý, 1994). V nemoci je typické popírání, že nějaká zátěž vůbec existuje např.: Racionalizace – přiznávání si jen těch motivů chování, které jsou sociálně přijatelné a žádoucí, vytváření sebeklamu. Regrese – návrat na překonanou vývojovou úroveň chování. Represe – potlačení citově zraňujícího obsahu a zabránění jeho přístupu do vědomí. Popření – člověk nebere fakt na vědomí, chová se tak, jakoby situace neexistovala. Přemístění – vybití silné emoce na náhradním objektu. (Žiaková et al., 2005). Dále pak vytěsnění, neboli aktivní zapomínání nepříjemných skutečností, které si člověk uvědomuje, ale nechce se jimi zabývat. Kompenzace znamená vyrovnání nedostatku a neúspěchu, je využívána při následcích onemocnění, jako určitá náhrada za chybějící schopnost (Farkašová, 2006).

Psychosomatické mechanismy

Psychosomatika zkoumá vztah stresogenních životních situací a somatických (tělesných onemocnění.), zabývá se psychosociálními faktory v etiopatogeneze a průběhu

somatických onemocnění. Zkoumá některé osobnostní charakteristiky , jako dispozice ke vzniku psychosomatického onemocnění např.: neschopnost vyjádřit pocity, vyhýbání se konfliktům a popírání možné hrozby, zlost, bezmoc, přeceňování možné hrozby a konfliktu, bezmoc, beznaděj atd. Psychosomatické mechanismy se uplatňují u civilizačních a autoimunitních onemocněních jako dispozice, nebo spouštěč (astma bronchiale, diabetes mellitus, algické syndromy páteře a hlavy, karcinomy atd.). Vlivem stresu je oslabována i imunita organismu a zvyšuje se riziko infekčního onemocnění, vztah stresu a imunitního systému řeší psychoneuroimunologie (Žiaková et al., 2005).

1.1.3 Interakce a sociální role

Interakce je proces vzájemného sociálního kontaktu, vzájemné komunikace. Mezilidské vztahy, které jsou nejdůležitějším aspektem psychologie jedince, lze chápat jako interpersonální postoje a interpersonální interakce, v nichž chování jedné osoby je podnětem pro chování druhé osoby a naopak. Taková vzájemná výměna způsobů chování, v nichž je jedna osoba sociálním podnětem pro chování osoby druhé, probíhá až do ukončení interakce. Fenomén interakce vyjadřuje celou řadu sociálních motivů, tím vytváří rámec sociálních komunikací a probíhá obvykle jako vzájemná výměna určitých hodnot nebo – v konfliktních vztazích – jako interpersonální agrese. Existují různé druhy sociálních interakcí. Z hlediska subjektů vstupujících do interakce se rozlišují tyto druhy: interakce jedinec-jedinec (tzv. dyadická), interakce jedinec-malá skupina a interakce malá skupina – malá skupina. Z obsahového hlediska lze rozlišovat interakce pedagogické, erotické, rodinné, manželské, pracovní a další (Havlík et al., 2004).

Sociální interakce probíhá ve vzájemných vztazích mezi lidmi, kteří si navzájem pomáhají, spolupracují spolu, učí se porozumět druhému, přijímání citových projevů a jejich opětvání. Každý člověk si postupně vytváří určitý vztah k okolnímu světu prostřednictvím sociálního vnímání. Sociální interakce probíhají v tzv. skupinách:

1. Malé sociální skupiny – všichni se znají, komunikují spolu: rodina, parta dětí (primární skupina) je charakterizována malým počtem členů ; školní třída, oddělení nemocnice (sekundární skupina) – charakterizována organizační strukturou a společným cílem.
2. Velké sociální skupiny – velká škola, nemocnice, národ atd.

Život ve skupině jedince značně ovlivňuje, skupinou je vychováván a napomáhá mu k zařazení do společnosti. Uplatňuje se zde individualita tím, jak se člověk prosazuje, zda se ujímá vedoucí pozice nebo raději volí roli podřízeného, ale zároveň je jeho individualita skupinou ovlivňována. Skupina může vývoj člověka ovlivnit kladně, ale i záporně (např.: některé náboženské sekty). Vliv skupiny lze využít k působení na člověka ve snaze o změnu jeho chování ve zdraví i v nemoci.

Člověk v každé skupině plní určitou roli:

1. sociální role dané (primární)– muž nebo žena, zdravý jedinec nebo jedinec s vrozenou vadou atd.
2. sociální role vývojově vznikající (sekundární)– dítě, dospívající, dospělý, studující, rodič, učitel atd.
3. role dočasné (terciární) – role pacienta, role rozhodčího, zaměstnance určitého podniku atd.

Společnost od každé role očekává určité chování a očekává se, že jedinec má osobnostní předpoklady k tomu, aby tuto roli naplnil.

Naplnění sociálních rolí je mnohdy z hlediska jednotlivého člověka velmi těžký úkol, protože v různých rolích má splňovat určitá očekávání, která se mohou od sebe značně lišit (rolový konflikt). Jedinec se pak musí vyrovnat s různými rolemi a s jejich vzájemnými vztahy. Často tyto situace doprovázejí otázky typu: Jak najít kompromisní řešení? Vzdát se zaměstnání? Vzdát se partnera? Aby člověk obstál ve všech sociálních rolích potřebuje si osvojit řadu sociálních dovedností, které mu umožní poznávat lidi, posuzovat je přiměřeně, umět s nimi jednat, řídit je i podřizovat se. Např.: role pacienta versus role matky, managera nově založené firmy atd. (matka pečující o své dítě sama, nemá je komu svěřit po dobu své nemoci, člověk, který právě nastoupil na nové místo) (Čechová et al., 2003).

1.2 Zdraví, nemoc a sociální role

1.2.1 Zdraví

SZO uvádí definici zdraví v několika verzích:

1. Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí .
2. Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady, ale je stavem tělesné, psychické a sociální pohody.
3. Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na straně druhé reagovat na změny a vyrovnávat se svým prostředím.

Z pohledu ošetřovatelství je hlavním posláním profese všestranná péče o zdraví člověka v oblasti prevence onemocnění, v době nemoci, rekonvalescence, pomoc na konci života. Člověka chápe ve všech složkách jeho osobnosti, to znamená fyzické, psychické, duchovní a sociální – filosofie holismu. Proto musíme mít neustále na paměti všechny vlivy, které na každého z nás působí ve zdraví i v nemoci, musíme si uvědomovat, že člověk je osobnost dynamická, jedinečná a neopakovatelná (Šamánková, 2006). Ze sociologického pohledu je zdraví definováno jako stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti. Zdraví je stav, který člověku dovoluje, aby podle své jedinečnosti a životních stádií plnil očekávání společnosti k její spokojenosti i ke své ve vztahu k sociální roli. Zdraví je chápáno jako okamžitý stav i proces, ve kterém se člověk dokáže přizpůsobovat (adaptovat). A právě toto přizpůsobování nárokům okolního prostředí (přírodního a sociálního) je důvodem toho, že zdraví je nutno chápat jako dynamickou skutečnost. Zdraví není definitivní, je to životní proces, který se mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organismus – prostředí. Zdraví lze tedy také definovat jako potenciál vlastností (schopností) vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí. Vlastnosti organismu (potenciál) se mění spontánně, ale lze jej i cílevědomě zvětšovat a to např.: výchovou, výživou, otužováním atd. (Bártlová, 1999).

Z pohledu psychologie je zdraví vnímáno jako pocit vyrovnanosti, klidu a pohody se zaměřením na vyrovnanou a klidnou náladu, pozitivní emoce, stav psychické pohody osobnosti, interakce v souladu se společností, ve které se jedinec pohybuje (Šamánková, 2006). Definování zdraví a nemoci je složitý multidimenzionální problém a někteří autoři se dokonce domnívají, že je definovat nelze (Bártlová, 1999). Na základě složitosti tohoto problému vzniklo několik možných modelů zdraví:

Klinický (biomedicínký) model, kde je zdraví definováno jako stav nepřítomnosti projevů nemoci nebo úrazu. Člověk je chápán jako fyziologický systém s příslušnými funkcemi. Protipólem zdraví je nemoc nebo poranění.

Plnění určité role (hraní role) jako model zdraví, znamená schopnost jedince plnit své společenské a pracovní úkoly. Na základě tohoto modelu lze osoby, které jsou schopné vykonávat své pracovní a jiné povinnosti, pokládat za zdravé i tehdy, jsou-li klinicky nemocní. Nemoc je charakterizována jako neschopnost vykonávat svou práci.

Adaptační model zdraví, je pokládán za tvořivý proces, kdy se jedinec soustavně a aktivně přizpůsobuje svému okolí a prostředí (adaptuje se). Nejvyšší stupeň zdraví lze dosáhnout maximální flexibilitou adaptace na prostředí.

Eudaimonistický model poskytuje nejkompexnější pohled na zdraví. Zdraví je stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu, vrozených i získaných schopností člověka. Nemoc je při takovém chápání stav, který zabraňuje seberealizaci a uplatnění vlastních schopností člověka. Tento model je v souladu s definicí zdraví Florence Nightingalové, která uvádí: „Zdraví znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly“. Nemoc je reparační proces přírody v případě nedostatku nebo poruchy. Model vychází z idealistického filozofického směru – eudaimonismu, který zdůrazňuje úsilí člověka o dosažení blaha a pokládá ho za pramen mravnosti (Farkašová, 2006).

Ekologický model je založen na vztahu lidí a jejich prostředí, složen ze tří složek „hostitel“ (osoba, která může být vystavena riziku nemoci), „agens“ (faktory vyskytující se v prostředí, které mohou vyvolat nemoc), „prostředí“ (vnitřní nebo vnější, může mít vliv na vznik nemoci) (Bártlová, 1999).

1.2.2 Nemoc, handicap a role

Nemoc je medicínský termín, lze ji popsat jako poruchu tělesných anebo duševních funkcí, která může vyústit do snížené výkonnosti nebo zkrácené délky života (Farkašová, 2006). Definování pojmu nemoc vychází z pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Tento přístup umožňuje chápat nemoc v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému člověk a prostředí. Nemoc je poruchou tohoto systému. Je to potenciál vlastností organismu, které zmenšují, omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž žije. Nemoc má aspekt biologický, psychický a společenský (Bártlová,1999). Nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím, vyvstává nutnost péče, dochází ke změnám v životním rytmu rodiny, může docházet k ekonomickým problémům. Nemoc je odchylka od zdraví, doprovází ji objektivní hodnoty, subjektivní pocity a individuální prožitky (Šamánková, 2006).

Společenskou stránku člověka a jeho společenské prostředí můžeme charakterizovat sociálními rolemi, které člověk zastává. Nemoc brání v plnění rolí, které vyplývají ze zařazení člověka do konkrétních sociálních vztahů v profesionálních činnostech, rodinných, společenských aktivitách a kontaktech včetně soběstačnosti v běžných každodenních činnostech. Nemoc může narušit komunikaci mezi členy skupiny, může snížit schopnost členů skupiny zastávat přidělené nebo přisouzené společenské role, plnit jejich úkoly atd. Ze sociologického pohledu je nemoc definována jako porucha individua plnit očekávané úkoly a role, je odchylkou od normální sociální role. Hlavním důvodem , proč je nemoc chápána jako odchylka (deviace) je ten, že nemoc odchýlí člověka od očekávání, která vůči němu společnost má. V porovnání s ostatními odchylkami není nemoc postihována negativními sankcemi, lidé nemocného z tohoto stavu neobviňují, důvodem je to, že nemoc se často objevuje bez volního přispění člověka. Nemoc má mnohofaktorový, bio-psycho-sociální základ. Nejen jednotlivé faktory životního prostředí, ale především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života jsou příčinou nemocí anebo přispívají k jejich rozvoji (Bártlová, 1999).

V období změny zdravotního stavu (zvláště při hospitalizaci) se pacient stává občas pasivním, je předmětem péče týmu odborníků, tito se stávají hlavními aktéry v jeho životě, stává se závislým. V nové roli „ pacienta“ nemůže dělat, co by sám chtěl, ale většinou musí dělat to, co mu druzí lidé určí a musí to dělat tak, jak mu to „oni“ určí. Nemoc změní životní rytmus, člověk rytmus nemá zažitý, v mnohém se mu zdá nepřirozený. V roli pacienta je nucen člověk dělat činnosti, které neumí a neovládá, to snižuje sebevědomí a sebehodnocení. Člověk se v nemoci stává relativně sociálně izolovaný, dochází k sociální interakci s neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými je značně omezen. Pacient je v nemocnici vytržen ze svého životního prostředí, vše je pro něj cizí, nové, né tak běžné. V období nemoci (změny zdravotního stavu) dochází k zúžení zájmů člověka – společenských, pracovních. Emocionální stav charakterizuje celý soubor negativních pocitů – strach, nejistota, obavy, bolest atd., ztrácí životní jistoty, žije pouze přítomností , budoucnost se stává nejistou – problematickou.

Člověk náhle přestává rozumět svému fyzickému a psychickému stavu, nemůže plnit své obvyklé sociální role a má problémy vyrovnat se s novou rolí „ rolí pacienta“. Je prohlášen „úředně“ nemocným, tato jeho nová role zasáhne rodinu, zaměstnavatele, spolupracovníky a vůbec všechny, s nimiž byl a je v sociálním styku. V této nové roli je člověk v důsledku svého změněného stavu zproštěn některých činností, které by jinak měl a musel vykonávat, avšak bere na sebe jiné odpovědnosti, které dosud v té míře neměl, např.: se od pacienta očekává, že se bude podílet na zlepšení stavu (Křivohlavý, 2002).

Změny v plnění rolí v důsledku nemoci a handicapu, sociální důsledky

1. Narušení profesionální role

Nemoc postiženému znemožní vykonávat dosavadní činnosti v plné míře. Snížení pracovní schopnosti může vést až ke změně zaměstnání, což je pro pacienta další stresující situace. Nová práce, pokud klient získá nové pracovní místo přináší nutnost zvládat nové úkoly, adaptovat se na nové prostředí, na pracovní kolektiv, začíná budovat nové vztahy, toto vše vzbuzuje pocity nejistoty.

2. Narušení role v rodině, role partnera, partnerky, otce, matky

Nemocný nemůže zajišťovat svůj podíl na chodu domácnosti, tak jak by si představoval a jak by rodina potřebovala. Dochází ke změnám ve vztahu vůči potomkům a někdy i k nesouladu v sexuální oblasti života i k socioekonomickým problémům rodiny. Změny rodinných rolí mohou být i kladné, vedou ke zlepšování vztahů. Častější a sociologicky závažnější jsou změny záporné, které vedou ke zhoršování vztahů.

3. Narušení společenské role, změny v oblasti trávení volného času

Omezení nebo nemožnost činnosti v různých společenských, kulturních, sportovních či jiných organizacích vede někdy k psychickým depresím. Například sportovec po těžkém úraze nemůže provozovat závodní činnost. Zde je nezbytná spolupráce týmu odborníků a rodiny s cílem usnadnit člověku návrat do společnosti. Je nutné nalézt obdobnou činnost, ve které by se člověk plně seberealizoval, například bývalý aktivní sportovec ve funkci trenéra.

Změny sociálních rolí mají pro postiženou osobu sociální důsledky, které můžeme rozdělit dle doby trvání, tendence a manifestace na:

Dočasné, trvalé - standardní, trvalé – zhoršující se přináší největší sociální důsledky, postihují všechny oblasti života člověka.

Zjevné, nezjevné:

Při chorobách které nejsou zjevně patrné, např.: diabetes se často vyskytují závažné sociální a psychické důsledky. Nemusí být však nemocným pocíťovány tak výrazně jako při zjevné ireverzibilní změně např.: amputace, kosmetická vada po úraze.

Dělení sociálních důsledků dle změn v činnostech člověka (změn rolí pracovních, rodinných, společenských), v každé oblasti je možné rozlišovat důsledky ve třech kategoriích, a to v:

- materiálních podmínkách – podmínky ve výrobní a jiné pracovní činnosti, způsob stravování, bydlení, materiální podmínky pro kulturní a sportovní vyžití.
- Faktorech vyplývajících z celospolečenských vztahů a vztahů ve skupinách, ve kterých lidé realizují svůj život (rodina, skupina, komunita).
- Faktorech vyplývajících ze společenského vědomí, subjektivní přístupy lidí ke způsobu života, k osobní hygieně, k nemoci (Bártlová, 1999).

1.3 Lidské potřeby

Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování (K. Lewin). Potřeby motivují chování jedince (A. Maslow). Maslowův model zahrnuje fyziologické a psychologické potřeby, které člověk hodnotí podle jejich významu pro jeho existenci. Podle Maslowa potřeby na jedné úrovni je třeba uspokojit dříve, než se začnou uspokojovat potřeby na následující úrovni (Maslowova hierarchie potřeb). Charakteristickými znaky potřeb je, že jsou předmětné, dynamické a cyklické. Vývoj potřeby závisí na změnách a způsobu uspokojování potřeb (Farkašová, 2006).

1.3.1 Potřeby ovlivněné ireverzibilní změnou

Poznatky o základních lidských potřebách mohou poskytnout rámec pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci u jednotlivců i v rodinách. Sestra může využít své poznatky o potřebách na uklidnění pacienta ve stresu, a tak uspokojit jeho potřebu a zmírnit jeho pocit tísně. Někdy pacient o svých potřebách vůbec neví a sestra ho může usměrňovat a pomoci mu v seberealizaci. Sestra pomáhá klientovi: pochopit, co se s ním děje; najít způsob, jak může náročnou situaci čelit; udržet jeho identitu a sebeúctu; přijmout nevyhnutelné; uspokojit se a ocenit sebe samotného. Potřeby pacienta vždy závisí na jeho individualitě a závažnosti zdravotního stavu (Farkašová, 2006).

V ošetrování všech nemocných, zejména pak vážně nemocných se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány samotným onemocněním (např.: změna životního stylu, sociální a ekonomické potřeby, které nově vznikají – ztráta pocitu bezpečí). Potřeby se s průběhem onemocnění mění, některé mizí, jiné se naléhavě objevují. Maslowova hierarchie potřeb se v těžké nemoci mění na dva základní okruhy, které jsou ve stejné rovině:

- láska a pocit příslušnosti, pocit sebeúcty
- fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty

Fyziologické potřeby

Zůstávají po dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka. Tento zájem nemocní postupně ztrácejí. Poskytovatel péče přejímá roli zabezpečení základních, primárních potřeb, aby nemocný netrpěl nedostatkem.

Bezpečí a jistota

Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že nezůstane samotný. Chce mít vše po ruce, chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby všeho, co mu přinese úlevu.

Láska a pocit příslušnosti

Dáváme jednoznačně najevo své porozumění, snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině závisí na přijímání jedince v jeho nemoci (změně), na pochopení jeho změněných potřeb a nároků. Nezbytná je tolerance k nemocnému a jeho potřebám a projev individuálního zájmu o jeho osobu.

Sebeúcta

Člověk potřebuje vědět, že pečovatele neobtěžuje o něho pečovat, dbáme na dodržování práv pacienta, člověka.

Seberealizace

V podstatě zaniká, v závažných stavech, změnách nechce nemocný slyšet, jak by se mohl ještě realizovat, ale chce být ubezpečen, že se mu mnohé povedlo, že něco dokázal.

Způsob naplňování potřeb je ovlivňován několika faktory:

- individuálními vlastnostmi jedince, které vycházejí ze složení osobnosti
např.: temperamentem, kdy člověk vyrovnaný, optimistický a otevřený uspokojí potřeby snadněji než člověk pesimistický, uzavřený.
- sociálním prostředím (rodina, ekonomické zabezpečení, vzdělání, pracovní zařazení
- pocitem zdraví nebo nemoci, kdy dochází k posunu kvality i kvantity potřeb, včetně jejich naplnění
- okolnostmi vzniku nemoci – rozdílnost v naplňování potřeb u nemocných s akutním onemocněním a nemocných s chronickým onemocněním a trvalým

postižením (pocity ohrožení, náhlá změna v pracovním vyčerpání, společenském uplatnění, v rodinném životě, pozvolné přizpůsobení se novým životním a pracovním podmínkám, pozvolné nalezení nového způsobu kontaktu s rodinou, život s nemocí, s postižením).

Naplňování potřeb je ovlivňováno objektivními (vývojové stádium, pohlaví, věk, rodinné zázemí, společenské postavení) a subjektivními faktory (sebekoncepce), nelze však tyto faktory chápat jako dané a neměnné.

Kladná sebekoncepce, člověk zná sám sebe, má k sobě samému kladný vztah, snadněji přijímá vnitřní změny, snadněji pozná své potřeby a najde cestu jak je uspokojit. Tito lidé s vyrovnanou koncepcí osobnosti většinou přijímají onemocnění lépe, jejich schopnost přizpůsobení se změnám v hierarchii osobních hodnot bývá snadnější. Snazší je chápání významu v naplnění potřeb, některé potřeby mizí, jiné se naléhavě objevují, mění se potřeby jistoty, potřeba ochrany, potřeba blízkosti druhých lidí. Narušená sebekoncepce, člověk většinou není schopen své potřeby naplňovat samostatně a vyžaduje mnohem větší péči a pozornost (Šamánková, 2006).

1.4 Sesterská role v prevenci rolového konfliktu

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání. Role sestry jsou určeny objektivními danostmi společnosti a jsou historicky podmíněné. Nejčastější role sestry: poskytovatelka ošetrovatelské péče (vychází z potřeb nemocného, zajišťuje mu pocit jistoty, je emocionálně neutrální); manažerka; edukátorka; advokátka; nositelka změn; výzkumnice; mentorka.(Farkašová, 2006).

1.4.1 Zhodnocení chování klienta v nemoci

V průběhu změny zdravotního stavu (nemoci, handicapu) prochází pacient několika fázemi provázenými změnami chování a postojů. Poznání změn v chování člověka, který prožívá signály změn ve svém zdraví je velmi důležité pro všechny

„pomáhající“ profese. Při poskytování péče je nutné respektovat jednotlivá stádia chování, neboť vstupujeme do problému nemocného člověka v některé z fází zdravotních potíží, kdy zaměření a cíl léčby i ošetřování je odlišný (Mánková, 2006). Fáze nemoci vychází z psychických procesů, které jsou následkem tělesných příznaků nemoci. Když člověk pociťuje změny ve svém zdravotním stavu, začínají probíhat vzájemně propojené procesy, které mohou, ale také nemusí způsobit změnu sociální role. Chování člověka ovlivňují různé faktory jako jsou věk, pohlaví, socioekonomický stav, povolání, náboženství, národnost, osobnost, psychická stabilita, vzdělání i způsob poddajnosti (Bartlová, 1999). Rozlišujeme 5 fází chování v nemoci:

1. Stádium setkání se s příznaky, jedná se o fázi přechodnou, člověk zjišťuje, že něco není v pořádku. Stádium má tři aspekty (fyzické prožívání příznaků, kognitivní aspekt – vysvětlení si příznaků, emocionální odpověď – strach, úzkost).
2. Fáze osvojení si role nemocného, toto stádium signalizuje přijetí nemoci. V tomto stádiu je člověk zpravidla vystrašený, zříká se určitých činností, vyhledá pomoc.
3. Stádium kontaktu s lékařskou péčí. Člověk v této fázi žádá informace o potvrzení svého onemocnění, vysvětlení příznaků, ujištění, že bude v pořádku nebo chce znát předpověď následků.
4. Stádium role závislého nemocného, člověk se stává závislým na pomoci odborníků. V tomto období dochází ke vzniku rolového konfliktu. Zavazující role (např.: otec, živitel rodiny, student) ztěžují rozhodnutí zříci se samostatnosti. Většina lidí se však smíří se svou závislostí na lékařské a ošetřovatelské péči, když se snaží uchovat kontrolu nad vlastním životem. V tomto období se klient / nemocný občas stává tzv. pasivním příjemcem péče. A právě v tomto stádiu je nezastupitelná sestra v prevenci rolového konfliktu. V profesionálním chování by sestra měla s klientem při léčbě navázat vztah volnosti, vzájemného porozumění a vzájemné zodpovědnosti s projevy lásky a starostlivosti. Tato role sestry je uskutečnitelná za předpokladu, že ošetřovatelská péče, kterou poskytuje je adresná, organizovaná tak, že sestra má určenou skupinu nemocných, s nimiž individuálně navazuje cílený kontakt prostřednictvím realizace ošetřovatelského procesu, za něj nese individuální odpovědnost.

5. Stádium uzdravování nebo rehabilitace. Během tohoto období se klient učí vzdát se role nemocného a vrátit se k předchozím rolím a funkcím. Pacienti s dlouhotrvajícím onemocněním nebo s ireverzibilními změnami, kteří se musejí přizpůsobovat novému životnímu stylu mohou pokládat proces uzdravování za těžší. Sestra je ve všech obdobích nemoci pro klienta jedna z nejdůležitějších a nejbližších osob. Pomáhá klientovi při plnění jeho potřeb, doplňuje společenské vztahy. Komunikace sestry s nemocným je řízena a rozvíjena především proto, aby vedla k identifikaci potřeb a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, pro klienta přijatelným. Poskytuje mu vše nejen v ošetrovatelské péči, ale zároveň mu pomáhá vyrovnat se s osobními situacemi – konflikty, ztrátami, které jeho onemocnění provázejí.

1.4.2 Role sestry

Role sestry prochází neustálým vývojem. Mění se doba s sebou přináší stále nové a nové požadavky na její odborné znalosti a dovednosti, na vše, co spoluutváří komplexní charakter její náročné práce. V poslední době je zvláštní důraz kladen na zdokonalení komunikačních dovedností. Povolání sestry vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku pacienta, ale v čím dál větší míře se týká schopnosti pečovat o pacientovu stránku psychickou, s čímž souvisí bezprostředně i schopnost efektivní komunikace (Bartošíková a kol., 2000). Je nesporným faktem skutečnost, že z časových důvodů je nemocnému nejbližší sestra. Je to právě ona, která o problémech nemocných v rovině lidských a psychických ví nejvíce. Sestra je zpravidla první osobou s níž se pacient ve zdravotnickém zařízení setká a často bývá poslední z lidí, které umírající vidí. Pro sestru, která chce s pacientem dobře komunikovat, je velmi důležité ovládat komunikaci nejen verbální, ale i neverbální. Neverbálním chováním se dá vyjádřit vztah k druhému člověku, skutečný zájem o něj a jeho problémy. Důležitý faktor, který ovlivňuje komunikační proces je postavení zdravotníka a vztah vůči pacientovi. Porozumění se projevuje úsilím porozumět tomu, co nemocný prožívá, proč se chová určitým způsobem a co je pro něj důležité.

Pro roli sestry platí několik vzorů chování: funkční specialista, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. Základní orientace jednání sestry se liší podle kompetence (odborného obsahu činnosti). Sestra se stává rovnocennou členkou týmu schopnou samostatně pracovat s nemocným i zdravým člověkem v průběhu hospitalizace i v terénní péči. Tradičně je považována za poskytovatelku základní péče klientům. Do popředí se však stále více dostávají činnosti se vztahem k mentální hygieně. Jedná se o pomoc, kterou sestra poskytuje klientovi / nemocnému při zdolávání nemoci nebo mu pomáhá vyrovnat se s ní, eventuálně s jejími důsledky (ireverzibilní změny). Dále jsou to činnosti spojené s funkcí vychovatele a činnosti spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče i v její účasti na rozvoji ošetrovatelské teorie. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestře nové dovednosti, které se v minulosti nepoužívaly, např.: ve vztahu k sociálním problémům, které provázejí nemoc a zdraví jedince či skupiny. Role sestry je svou povahou vnitřně konfliktní. Pro výkon většiny činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přísné normy, ale sestry jsou mnohdy nuceny je uplatňovat v jedinečných situacích. Osvojení si role a adaptace na nové funkce a odpovědnosti a na nové vzory chování závisí značně na společenské prestiži povoláním.

Posláním sestry je pomáhat jedincům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat fyzické, psychické a sociální pohody v kontextu prostředí, v němž žijí a pracují. Sestra pomáhá jednotlivci a jeho rodině, přátelům a sociálním skupinám zúčastnit se aktivně zdravotní péče, a tím podporuje jejich sebedůvěru, adaptaci a soběstačnost (Bártlová, 1999).

1.5 Ošetřovatelský model C.Royové

Callista Royová se narodila 14. 10 1939 v USA v Los Angeles. Na Kalifornské univerzitě v Los Angeles absolvovala bakalářské vzdělání v oboru ošetřovatelství (1963), po té pracovala v pediatrii, jako staniční sestra. Získávala praktické zkušenosti na pediatrickém pracovišti a studovala magisterský program ošetřovatelství na Kalifornské univerzitě, v tomto období studia vytvořila základy modelu (absolvovala 1966). V průběhu ošetřovatelské praxe na dětské klinice sledovala schopnosti dětí přizpůsobovat se změnám, právě pozorování dětské adaptace bylo výrazným impulsem k tvorbě ošetřovatelského modelu. Prvotní myšlenka vytvořit model vznikla již při účasti Royové na semináři v roce 1963, kde přednášela Johnsonová(jedna z významných teoretiček ošetřovatelství). Od roku 1970 byl model využíván v praxi jako pilotní studie, Royová na modelu pracovala dále v rámci doktorandského studia. Výsledky pilotní studie byly publikovány v roce 1974, v roce 1976 publikovala model v monografii - Úvod do ošetřovatelství, adaptační model. V roce 1977 na stejné univerzitě ukončila doktorandské studium sociologie a na modelu pracovala na teoretické bázi, zpracovávala výsledky výzkumných pozorování. Své znalosti a zkušenosti uplatnila a dále předávala jako vedoucí ošetřovatelského oddělení (Mount Mary's College v Los Angeles), jako odborná asistentka (Schoul of Nursing Univerzity of Portland), ředitelka Mount Saint Mary's Hospital v Tusconu a jako profesorka na Boston College of Nursing v Massachusetts. V roce 1985 habilitovala z klinické neurologie (Pavlíková, 2006).

Ošetřovatelský model založila na schopnosti člověka adaptovat se na změněné životní podmínky. Model Royové vychází z předpokladu, že lidská bytost je otevřený systém. Pro uchování vlastní celistvosti – integrity a rovnováhy – homeostázy musí neustále člověk reagovat na změny organismu i jeho okolí pomocí vrozených nebo získaných mechanismů. Tak je schopný přizpůsobit se změněným podmínkám (Staňková, 1997).

1.5.1 Myšlenkové předpoklady a východiska modelu

Teoretická východiska

Humanistická filosofie a holizmus (teorie systémů Bartalanffyho – 1968), Helsonova adaptační teorie (1964), Maslowovy práce, sociální interakční teorie. Z teorie systémů Royová přejímá a rozvíjí myšlenku holistického pojetí osobnosti – celistvosti, vzájemné závislosti, systému kontroly chování, zpětné vazby pomocí informací a komplexnosti člověka jako systému. Z adaptační teorie přejímá myšlenku, že člověk se v podstatě chová tak, aby se adaptoval – přizpůsobil a úroveň jeho adaptace se mění v závislosti na vnitřních a zevních podmínkách. Holizmus je termín odvozený z řeckého slova „holos“ (celý, úplný, neporušený). Jde o filozofický směr, vycházející z idealizmu. Vyzdvihuje prvenství celku v poměru k částem. Filozofie celostnosti vznikla v 20. letech 20. století, 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. Člověk je chápán jako jednotný celek ve vzájemné interakci. Porucha jedné části znamená poruchu celku. 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, sebekoncepci a duchovno, rolový konflikt (Žiaková et al., 2005).

Předpoklady (asumpce)

Příjemce ošetřovatelství je jedinec, skupina, komunita společnost. Příjemce 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 celistvost – integritu, musí se přizpůsobovat – adaptovat podnětům z vnitřního a vnějšího prostředí. Schopnost člověka zvládat změny vnitřního a vnějšího prostředí se mění v čase. Prostředí vytváří podmínky ovlivňující vývoj a chování jedince i skupiny, svými vnitřními zevními faktory působí na

schopnost jedince přizpůsobovat se, každá změna prostředí vyžaduje energii potřebnou pro adaptaci na tuto změnu. Změna, adaptace znamená stres (Pavlíková, 2006)

Mezi hlavní pojmy modelu patří: Ošetrovatelský cíl, což je adaptace v situacích zdraví i nemoci v každé ze čtyř oblastí (adaptační mody); pacient, je vnímán jako bio-psycho-sociální bytost v trvalé interakci s měnícím se prostředím; role sestry v modelu znamená podporu adaptačních mechanismů a adaptivního chování; zdroj potíží jsou neefektivní aktivity pro udržení integrity klienta; ohnisko zásahu – fokální, kontextuální a reziduální stimuly; způsob zásahu znamená manipulaci se stimuly – jejich zvyšování, snižování, udržování; důsledky znamenají adaptivní odpovědi na stimuly (Pavlíková, 2006).

V adaptačním modelu sestra působí jako vnější síla, tak aby přetvářela a upravovala podněty – stimuly ovlivňující adaptaci. Zpravidla manipuluje s ohniskovými podněty, neboť jsou prvotní příčinou chování. Není-li možné manipulovat ohniskovými stimuly, využívají se kontextuální nebo reziduální. Jádrem ošetrovatelského plánování je adaptační problém a postupem je změna stimulů v procesu hodnocení, diagnostikování, plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006).

1.5.2 Metaparadigmatické koncepce podle C.Royové

Osoba je bio-psycho-sociální bytost v nepřetržité interakci se stále se měnícím prostředím. Reaguje na podněty z vnějšího a vnitřního prostředí. Tvoří celek – systém, složený ze subsystémů, které mají funkční smysl. Jedinec je adaptační systém s vnitřními procesy: kognátor a regulátor a efektorovým systémem: 4 adaptační oblasti – mody. Osoba je příjemcem ošetrovatelské péče.

Prostředí vytváří podmínky, okolnosti, situace a vlivy, které působí na vývoj a chování jedinců nebo skupin. Měnící se prostředí působí na schopnost jedince se adaptovat – přizpůsobovat se. Faktory prostředí mohou být různé – kladné, záporné,

malé, velké. Každá změna prostředí vyžaduje od člověka více energie pro adaptaci na novou situaci. Faktory (podněty) prostředí se nazývají stimuly.

Zdraví je určitý stav a proces, je výsledkem úspěšné adaptace na stimuly z prostředí. V případě, že nefunguje mechanismus adaptace (přizpůsobování se), jedinec onemocní. Pokud se člověk umí přizpůsobit vlivům – stimulům, je připravený opět reagovat na další.

Ošetrovatelství je vyvíjející se věda, cílem je pomáhat jedincům ve zdraví i nemoci k efektivním a adaptivním odpovědím (Pavlíková, 2006). Podporovat klienta v jeho adaptaci na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí. Vztah mezi osobou, zdravím a ošetrovatelskou péčí jasně vyjadřuje cíl ošetrovatelské péče. Cílem je podpora adaptace ve všech čtyřech oblastech (modech) aby došlo k podpoře zdraví, dosažení kvalitního života nebo umožnění důstojného umírání. Nejvýznamnějším úkolem péče je rozšíření individuální adaptační úrovně a změna neúčinného chování v chování účinné (Žiaková et al., 2005).

1.6 Druhy stimulů a reakce na ně

Stimuly jsou podněty z vnějšího a vnitřního prostředí, vyvolávají u člověka adaptační odpověď – reakci. Pro adaptaci jedince jsou důležité druhy podnětů (stimulů) a adaptační úroveň člověka. Adaptace je společná odpověď na mnohonásobné podněty-stimuly (fokální, kontextuální a reziduální). Adaptace je Royovou chápána jako proces přizpůsobování se změnám prostředí. Z prostředí vycházejí stimuly, na které jedinec reaguje a kterým se přizpůsobuje. Pozitivní adaptivní reakce nastává tehdy, když člověk kladně reaguje na změny vnějšího nebo vnitřního prostředí. Pozitivní adaptace je procesem podpory integrity – celistvosti jedince (fyzické, psychické a sociální), která je nezbytnou podmínkou zdraví člověka. Neefektivní reakce na změny (maladaptace) vedou ke změně celistvosti jedince a k poruchám zdraví. Součástí procesů adaptace je uplatňování zdolávacích dynamizmů při zvládnání podnětů – kopingové mechanismy a strategie.

Adaptace je termín latinského původu “ apto, aptare“ , znamená připravit se, vyzbrojit se k boji, psychicky se připravit na těžkou životní situaci. Obecně adaptace znamená přizpůsobování se podmínkám nebo situacím. Adaptovat se znamená být dobře připravený na to, co mne čeká.

Coping v angličtině znamená dokázat si poradit, vypořádat se s mimořádně těžkou (téměř nezvládnutelnou) situací. Koping je úsilí člověka problém řešit, čelit požadavkům, které kladou nároky na adaptační schopnosti osobnosti. Koping má dvě funkce : řešit problém, který je příčinou nepohody (koping zaměřený na problém) a regulovat emoce (koping zaměřený na emoce – pocity).

Při hledání odlišností mezi adaptací a kopingem mnozí autoři uvádí, oba termíny se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Adaptace je vyrovnávání se s zátěží, která je relativně v normálních mezích. Koping je boj člověka s nepřiměřenou, mimořádně silnou a dlouhou zátěží. Koping používá ve významu „ zvládat nadlimitní zátěž“. V Royové modelu oba pojmy úzce souvisí, v procesu adaptace jsou uplatňovány kopingové strategie a mechanismy (Křivohlavý 1994). Koping je způsob, jakým je člověk schopen podnět nebo problém zvládnout v době adaptačního procesu.

Stresor je každý podnět, který klade na organismus požadavky, aby se adaptoval (impuls k reakci, příčina např.: bolest, chlad, smutek, infekční agens, strach, konflikt rolí, hodnot atd.). V Royové modelu stresory vycházejí z celostního vnímání osobnosti (z okruhu biologického, psychického, sociálního, kulturního, spirituálního a kulturního).

Stresory mohou být pozitivní (prospěšné), negativní, krátkodobě působící, dlouhodobě působící, nedosahující hranici zvládnutelnosti (hypostres), přesahující adaptační možnosti organismu nebo-li adaptační úroveň (hyperstres).Stresová reakce znamená stresový účinek, následek, stav organismu. Stresor spolu se stresovou reakcí tvoří stresový zážitek. Adaptační (prospěšný) stres se nazývá eustres, Maladaptační (škodlivý) s negativními účinky na organismus se nazývá distres, následkem neúčinné adaptace je somatické onemocnění nebo psychická porucha – porušení integrity jedince. Životní události jsou potenciální stresory v prostředí, které můžeme zjišťovat pomocí posuzovacích škál, stupnic, pozorováním, rozhovorem (Žiaková et al., 2005).

Druhy stimulů:

Ohniskové – fokální jsou vnitřní nebo vnější, které přicházejí do kontaktu s adaptačním systémem člověka. Působí okamžitě a jedinec na ně ihned reaguje. Ohniskový stimul působí na člověka nejsilněji a urychluje jeho adaptivní odpověď. Tento podnět může být tělesný (amputace), psychický (bolest), psychosociální (náhlá nemoc) nebo kombinovaný.

Kontextuální – zprostředkující, související jsou náhodně působící podněty v době působení ohniskového stimulu. Jedná se o vnější vlivy, které upravují podmínky za kterých působí ohniskový podnět, vyplývají ze současného stavu, z prostředí. Spolupůsobí v adaptaci na ohniskový stimul, buďto pozitivně nebo negativně (sociální podmínky, jiná onemocnění..).

Reziduální – podněty z osobnostní oblasti jedince (vlastnosti, postoje, předcházející zkušenost..). Jsou nesnadno rozpoznatelné pro sestru, která nezná klienta dlouhodobě (Pavlíková,2006; Žiaková et al., 2005).

1.7 Adaptační systémy člověka dle C.Royové

V ošetrovatelském modelu Royové je adaptační systém jedince rozdělen na dva navzájem související podsystemy, na primární (kontrolní podsystem – regulátor, kognátor) a sekundární (efektorový podsystem – fyziologické potřeby, sebepojetí, rolové funkce, vzájemná závislost).

1.7.1 Kontrolní podsystem – regulátor, kognátor

Tento system obsahuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů nebo překonání či zvládnání dané situace.

Regulátor reaguje na podněty pomocí nervových (autonomních), chemických a endokrinních reakcí, jedná se o systematickou tělesnou reakci na stimul – stres. Tato reakce probíhá ve třech různých stádiích: alarmující reakce, stav odolnosti – rezistence a

stav vyčerpání. Nejdůležitějšími regulátory organismu jsou centrální a autonomní nervový systém a endokrinní systém – hypofýza a nadledviny.

Hypofýza spolu s nadledvinami mají zásadní význam pro adaptaci, neboť uvolňují hormony, které specificky bojují se stresem, a je-li to nutné tlumí nebo stimuluje obranný mechanismus organismu. Selye nazývá tyto hormony adaptačními hormony, tlumí (inhibují) nadměrné obranné aktivity v částech těla. Uvolnění glukokortikoidů do krevního oběhu je stimulováno hypofyzárním hormonem ACTH (adrenokortikotropní hormon). Významným zástupcem glukokortikoidů je jeden z hormonů kůry nadledvin kortison. Další skupina adaptačních hormonů stimuluje (podporuje) obranyschopnost organismu, jedná se o mineralokortikoidy, zástupcem této skupiny je aldosteron. Dalšími významnými zástupci adaptačních procesů jsou adrenalin a noradrenalin produkované dření nadledvin a do oběhu vyplavované při poplachové (alarmující) reakci. Jejich působení vede ke změně fyziologických funkcí – zvýšení pulzu, krevního tlaku, zrychlení dechu. Schopnost organismu odolávat stresu a přizpůsobovat se (adaptovat se) na škodlivé vlivy závisí na rovnováze těchto hormonů. Naopak jejich účinek na odolnost ke stresu závisí na individuálních podmiňujících faktorech (faktorech, které ovlivňují průběh stresové reakce např. genetická dispozice, podnebí..) (Mastiliaková, 1999).

Autonomní systém pomáhá mozku udržet jednotnou funkci těla homeostázu – řídí viscerální (vnitřní) funkce. Je aktivován v hypotalamu, mozkovém kmeni a spinální míše, jeho periferní části jsou tvořeny z pre-gangliových a post-gangliových neuronů. Tento systém je mimovolní a ovlivňuje hladké svalstvo, srdeční svalovinu a žlázy s vnitřní sekrecí, potní žlázy. Toto ovlivnění má význam při stresové situaci, dochází ke změnám krevního tlaku, srdečního tepu, průsvitu průdušek – změny dechu, změny gastrointestinální motility a sekrece, vylučování moče, tělesné teploty, produkce potu velikosti očních zornic. Anatomicky je autonomní systém rozdělen na sympatikus a parasympatikus. Hlavní činností sympatiku je zúžení cév a urychlení srdeční činnosti, je aktivní, když tělo reaguje na vzniklou nerovnováhu – na stimul z většího nebo vnitřního prostředí. Hlavní činností parasympatiku je větší klid – repozice a víceméně udržování tělesných funkcí. Ovlivňuje žlázy, hladkou svalovinu a střeva, zpomaluje

srdeční činnost. Chemicky je autonomní systém rozdělen na vlákna adrenergní (sympatická), ta uvolňují adrenalin a vyvolávají aktivitu (mimo zaživací ústrojí – zde tlumí). Druhým typem nervových vláken jsou vlákna cholinergní, (parasympatická) ta uvolňují acetylcholin a tlumí aktivitu (mimo zaživací trakt – zde aktivují) (Mastiliaková, 1999).

Kognátor reaguje na podněty z vnějšího a vnitřního prostředí převážně pomocí vyšší nervové soustavy a její činnosti. To znamená poznáváním, pamětí, učením, rozhodováním, posouzením. Reakce tohoto systému jsou emočního typu (Pavlíková, 2006). Člověk přijme stimul, který zpracuje a pokouší se jej regulovat prostřednictvím psychosociálních vlastností.

1.7.2 Fyziologický systém

Fyziologický – fyzický způsob adaptace člověka vychází ze základních potřeb organismu, souvisí s fyzikálními a chemickými procesy v lidském těle. Zásadní potřebou v tomto systému adaptace je fyziologická integrita, celistvost dosažená adaptací na měnící se potřeby. Pokud dojde ke kvalitnímu uspokojení biologických potřeb, je celistvost zachována. Do tohoto systému adaptace Royová zahrnuje:

Dýchání , tato oblast obsahuje požadavky organismu na dodávku kyslíku a základní projevy dýchání, dechové objemy, výměna a transport plynů.

Cirkulaci – krevní oběh

Výživu, zde jsou zahrnuty všechny projevy organismu, které souvisí s výživou (příjem energie). Polykání, trávení, vstřebávání látek v trávicím ústrojí, metabolismus, regulace metabolismu, výstavba a obnovování tkání organismu.

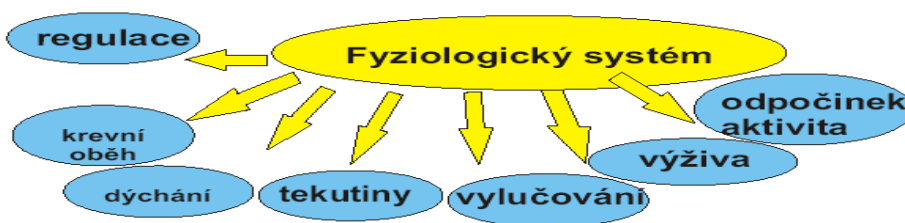
Tekutiny – příjem tekutin, optimální hydratace, intracelulární a extracelulární rovnováha.

Vyprazdňování zahrnuje vylučování stolice a moče

Aktivitu , odpočinek, spánek, v těchto oblastech je nutná rovnováha, která vede k optimálním funkcím všech orgánových soustav a zajišťuje jejich obnovu.

Celkovou regulaci (tělesná teplota, smysly, fyziologické funkce, endokrinní a nervový systém). Nervové funkce tvoří součást kopírovacího mechanismu, koordinují pohyb, vědomí, kognitivní a emocionální funkce. Endokrinní funkce, vlivem hormonů mají význam při adaptaci na stresové situace. Oblast smyslů zahrnuje senzorycké fungování zraku, čichu, sluchu, hmatu a chuti ve vzájemné reakci s prostředím a v neposlední řadě vnímání bolesti.

Schéma č.1 **fyziologický adaptační systém** (vypracováno autorkou práce)



1.7.3 *Systém sebepojetí (self koncept)*

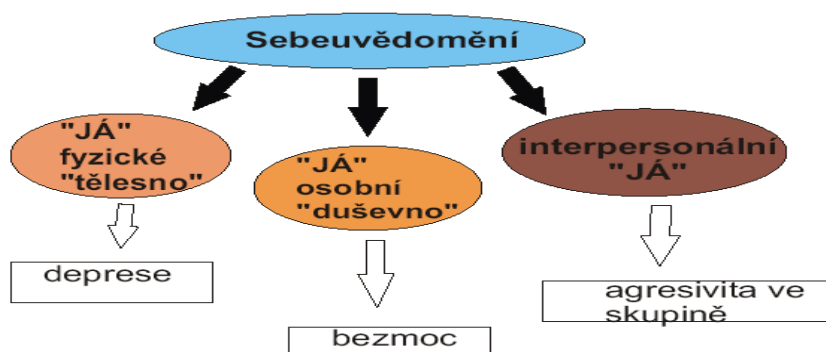
Tento systém adaptace zahrnuje fyzikální (fyzickou), osobnostní a interpersonální složku.

Fyzikální aspekt – „fyzické já“ znamená, jak člověk vnímá své tělo jako fyzickou bytost, jak se cítí po tělesné stránce. Druhou součástí je tělesný obraz (body image), což znamená jak se na sebe člověk dívá, na svůj zevnějšek, vzhled. Při ireverzibilních změnách se často dostavuje deprese, odmítání pohledů na své tělo.

Osobnostní aspekt – „osobnostní já“ zahrnuje morálně etické a duchovní otázky – víra, postoje, dosažení rovnováhy – osobní pohody, osobní ideál – jaký chce být, co chce dokázat, bezmoc, očekávání.

Interpersonální složka – zahrnuje adaptaci pomocí identifikace ve skupině, vychází z cílů, hodnot, sociálních podmínek a kultury.

Schéma č. 2 **Systém sebepojetí** (vypracováno autorkou práce)



1.7.4 *Systém rolových funkcí*

Tento systém adaptace zahrnuje role, které člověk zastává ve společnosti. Pro plnění každé role jsou nutné sociální souvislosti. Role znamená očekávání společnosti kladené na chování člověka v určité sociální pozici. Základem úspěšné adaptace prostřednictvím rolové funkce je sociální integrita, tedy schopnost uvědomovat si vztahy s ostatními, popřípadě očekávání společnosti při plnění té které role. Neúspěch role znamená objektivní neschopnost člověka reagovat v souladu s rolovým chováním vzhledem k vlastnímu očekávání. Rolový konflikt nastává tehdy, když se očekávání objektivního rolového chování odlišuje od vlastního očekávání. V adaptaci pomocí rolové funkce se Royová zaměřuje na na:

Roli primární, tato role je člověku určena v určitých vývojových stádiích života , souvisí s věkem a pohlavím, zahrnuje chování jedince v určitých vývojových obdobích, vývojový stupeň (např.: mladá dívka). Časově je tato role relativně trvalá.

Roli sekundární, tato role jedince vyplývá z vývojového období života a z primární role, jako příklad lze uvést roli manžela, dědečka, roli v zaměstnání např.: zdravotní sestra. Tato role je osobou vybraná a je relativně trvalá.

Roli terciární, tato role souvisí s rolí primární a sekundární a představuje způsoby, jakými člověk naplňuje povinnosti plynoucí z dané role (např.: člen zájmového klubu). Tato role je dočasná.

Jednotlivé role jsou v lidském životě vzájemně propojené (soubor rolí), člověk současně naplňuje několik rolí.

1.7.5 Systém vzájemné závislosti

Tento adaptační systém zahrnuje vzájemnou závislost nebo nezávislost v průběhu interpersonálních vztahů při zajišťování potřeb člověka. Vzájemná závislost je charakterizována jako vztahy mezi lidmi, ve kterých jde o uspokojení vztahové náklonnosti, vývoji a dosažení vztahové integrity. Člověk, který se v tomto adaptačním systému chová účinně má v rovnováze potřebu závislosti s potřebou jejího dosažení. K dosažení této rovnováhy je nezbytná citová stabilita (láska, respekt, pozornost, porozumění atd.), vývojová stabilita (učení, dozrávání vztahů), zdrojová stabilita (ošacení, jídlo, bydlení, zdraví a pocit bezpečí).

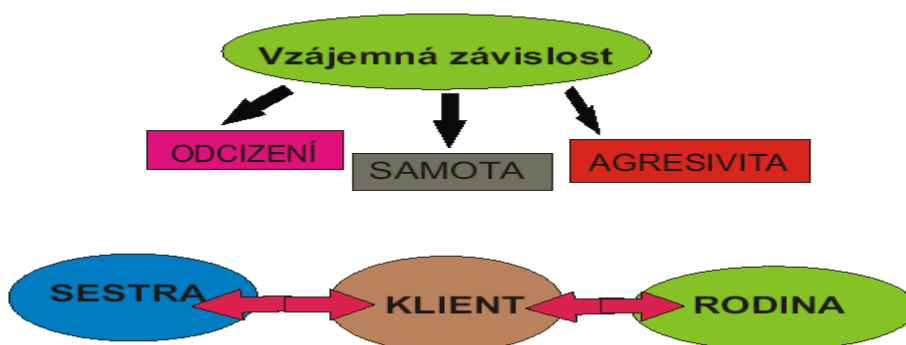
Vztahy plynoucí ze vzájemné závislosti rozděluje Royová do dvou kategorií:

Podporující osoby, jsou ty, které jsou pro konkrétní osobu nejdůležitější a nejbližší (manžel, rodiče, Bůh, někdy i zvíře). Člověk je respektuje, má je rád důvěřuje jim, stejné vztahy mají tyto osoby k němu. Podporující osobou bývá obvykle jeden nejbližší člověk. Podporující systém, tato kategorie zahrnuje osoby, organizace. Vzájemné vztahy důležité pro fungování skupiny jsou tvořeny třemi vzájemně propojenými součástmi:

1. Kontext (souvislosti), které dané vztahy přímo ovlivňují jsou vnější (např.: politická situace, rodinná situace, sociální, víra, kultura) a vnitřní (poslání člověka, hodnotový systém, cíle, plány atd.).

2. Vnitřní struktura dané skupiny (infrastruktura) – zdroje komunity
3. Lidé, kteří prostřednictvím svých vědomostí, zkušeností, postojů ovlivňují rozvoj kopingových strategií.

Schéma č.3 **Systém vzájemné závislosti** (vypracováno autorkou práce)

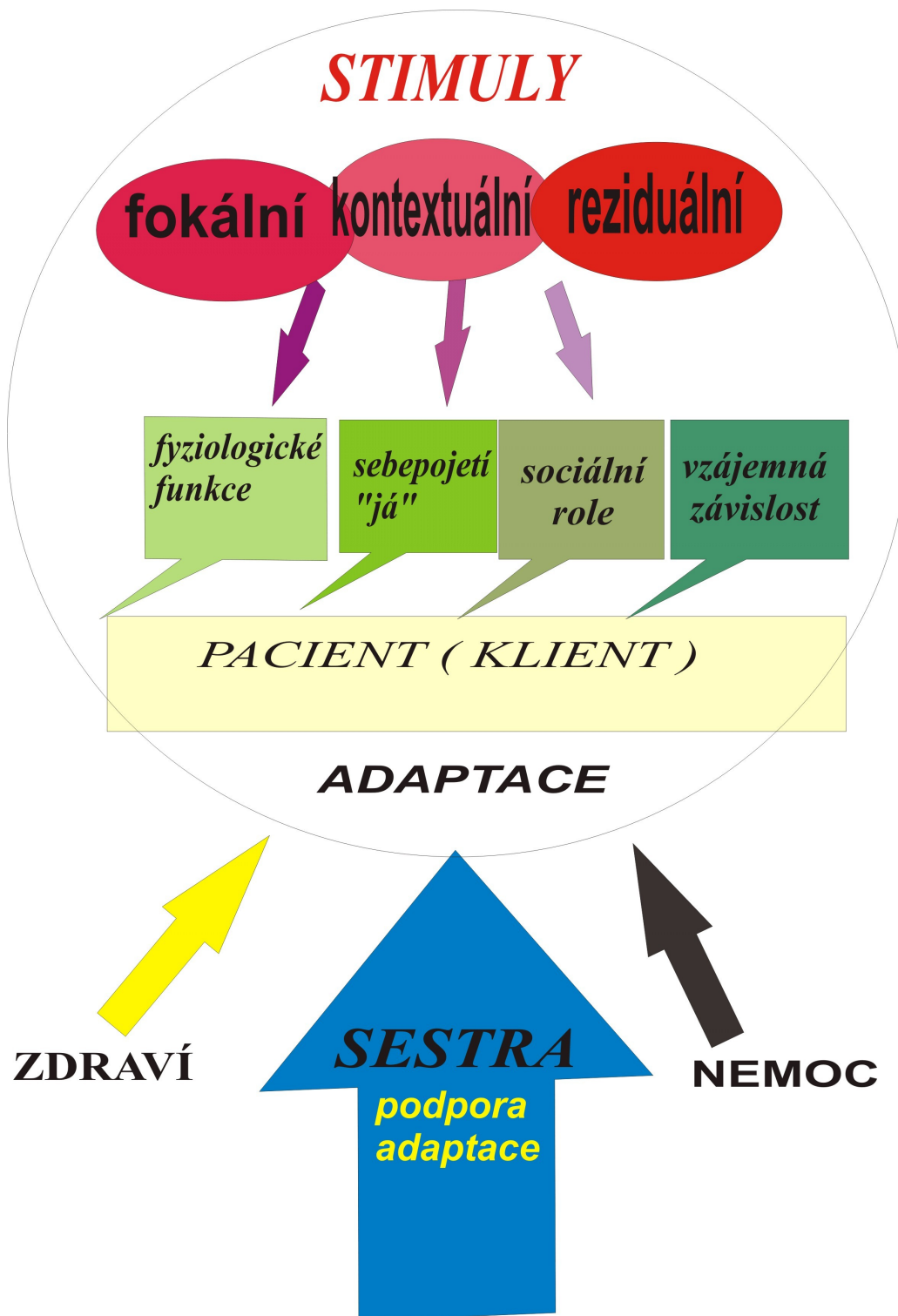


V systému vzájemné závislosti může docházet k odcizení, izolaci, samotě, dominanci, agresivitě (Farkašová, 2006), jedná se interpersonální adaptační mechanismus naplnění vzájemnými interakcemi.

Ukazatelem adaptace (přizpůsobení se) změnám je chování dané osoby v běžném životě, ve zdraví a v nemoci. Chování je odpovědí na podněty (stimuly), které na člověka působí. Chování člověka v zátěžové situaci vyžadující jeho přizpůsobení se vychází z adaptačních mechanismů a může být: Účinné – efektivní, které podporuje fyzickou-psychickou a sociální integritu a adaptační cíle jedince (přežití, růst, zvládnutí rolí). Neúčinné – neefektivní, narušuje integritu člověka, nepřispívá k naplnění cíle adaptace a k dosažení integrace osoby s prostředím. Při neefektivní adaptaci je nezbytná ošetrovatelská intervence (Žiaková et al., 2005, Farkašová, 2006).

Schéma č. 4

Model Calisty Royové – schéma vypracováno autorkou práce , na základě vlastního chápání modelu



1.8 Aplikace Royové ošetrovatelského modelu u pacientů s ireverzibilní změnou

Model Calisty Royové je orientovaný na holistickou a komplexní ošetrovatelskou péči a je vhodný při ošetrování pacientů s ireverzibilními změnami (amputace, ablace, stomie, popálení atd.). Pro pacienta představuje závažná změna zdravotního stavu, často spojená se změnou tělesného vzhledu velikou zátěží pro jeho adaptaci. Vyrovnat se ireverzibilní změnou je náročné nejen pro nemocného, ale i pro členy jeho rodiny, pro přátele, spolupracovníky a také pro ošetrující personál. K těmto pacientům musí sestra přistupovat při poskytování ošetrovatelské péče empaticky, citlivě a lidsky s cílem umožnit, napomoci a podporovat efektivní adaptaci na danou situaci. Vztah mezi sestrou a pacientem je obzvláště důležitý, neboť právě sestra manipuluje se stimuly, které jsou primární příčinou klientova chování. Pokud je nemocný adaptován, je cílem ošetrovatelské péče udržet adaptační reakci (Farkašová, 2006). Pro dosažení efektivní adaptace je podle Royové nutné rozpoznat a ovlivnit působící stimuly v jednotlivých systémech (modech). Zdrojem adaptačních potíží je nadbytek nebo deficit potřeb, což znamená ztížené až narušené uspokojování potřeb. Vnímavá a zkušená sestra identifikuje narušené potřeby pacienta. Nejvíce ohrožené potřeby u pacientů s ireverzibilní změnou jsou:

Ve fyziologickém systému

Narušená hybnost, únava, nespavost, narušená sebek péče, nevolnost, zvracení, nefyziologické vyprazdňování, zácpa, průjem, dehydratace, smyslová deprivace.

V systému sebek pojetí (self koncept)

Deprese např. ze ztráty, morálně etické prohřešky, napětí – celková nepohoda, pocity bezmocnosti., agresivita, sociální uvolnění, potřeba informací, strach, úzkost

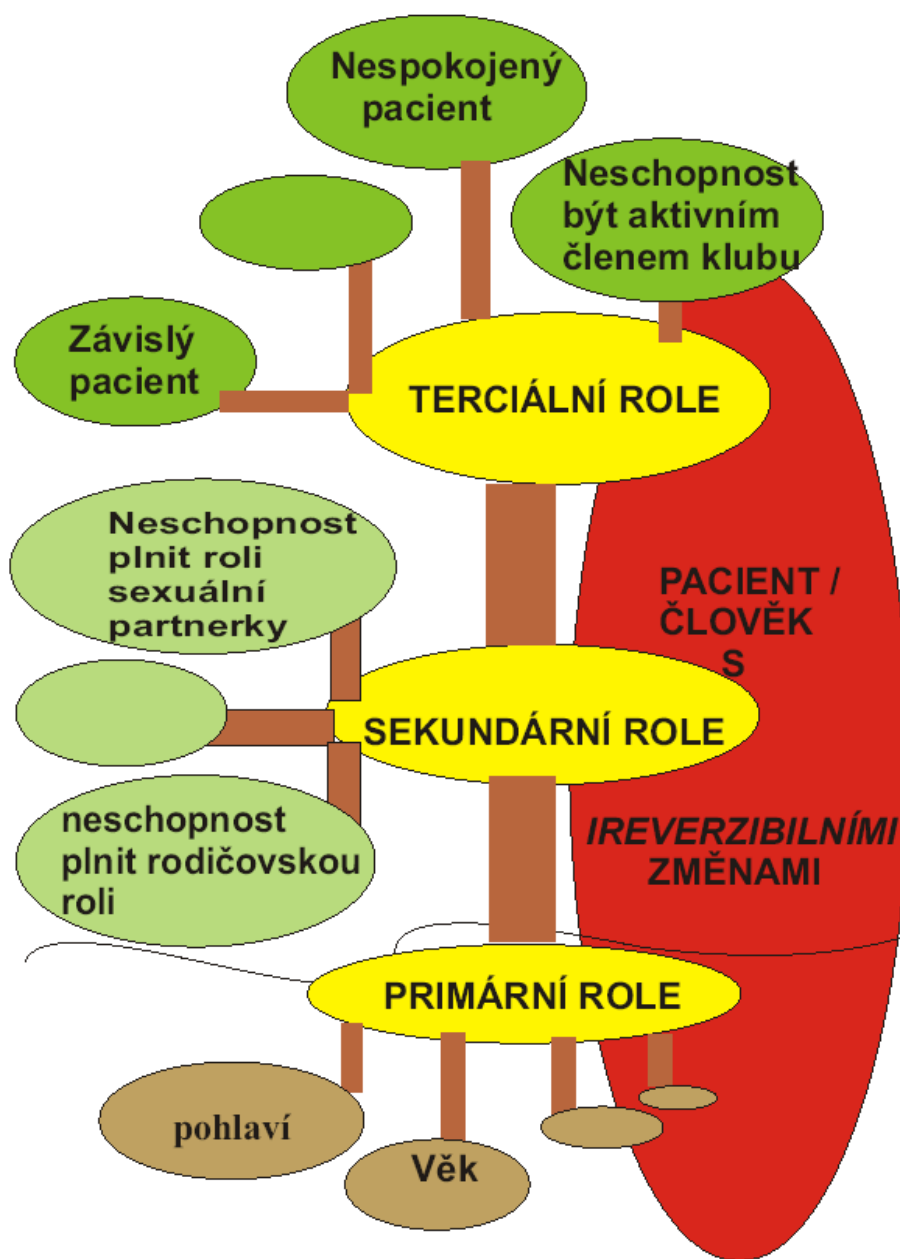
V systému rolových funkcí

Rolový konflikt , stres, narušená identifikace s rolí a porušené zvládání role, narušené sociální interakce (narušení pracovních, společenských a rodinných vztahů), poruchy komunikace. Tento výčet odráží fakt, že každý člověk naplňuje ve svém životě současně několik rolí, rolí manžela či manželky, otce či matky. V zaměstnání je v roli spolupracovníka či v řídicí roli. Ve svém sociálním prostředí je jako soused či sousedka, kamarád či kamarádka, známá osobnost nebo osoba ve vysokém sociálním postavení

apod. U pacientů s ireverzibilní změnou však dochází k narušení tohoto rolového scénáře. Vlivem neadekvátního plnění rolí dochází u klienta k nespokojenosti, pocitům strachu, k nejistotě, k neúspěšným způsobům sociální interakce.

Schéma č. 5

Rolový strom u pacienta s rolovým konfliktem (vypracováno autorkou práce)



Jednotlivé role klienta jsou poznamenány vzniklým stavem, ireverzibilní změnou. Jde o konflikt představ, názorů, postojů, zájmů a potřeb, které narušují klientovu osobní roli. Konfliktní situace modelují strukturu „životního pole“ osoby. V tomto životním poli se nacházejí různé cíle, a to kladné nebo záporné hodnoty pro danou osobu.

Schéma č. 6

Prevence rolového konfliktu u plánovaných výkonů (vypracováno autorkou práce)

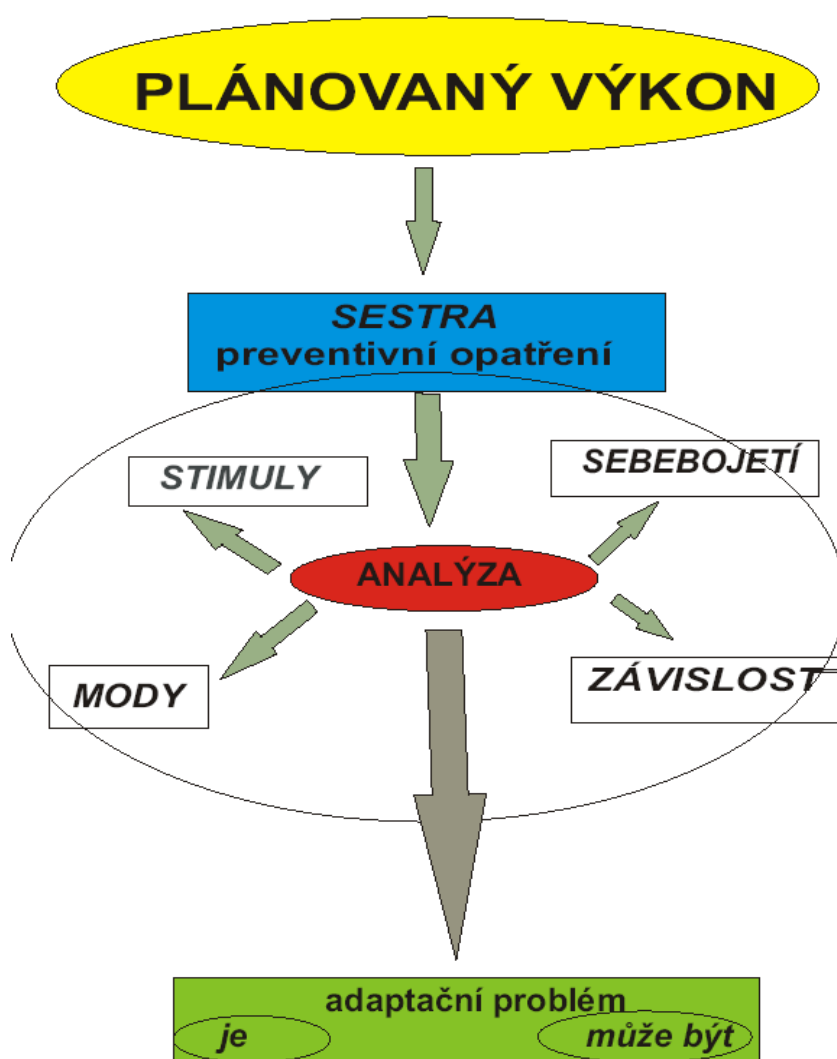
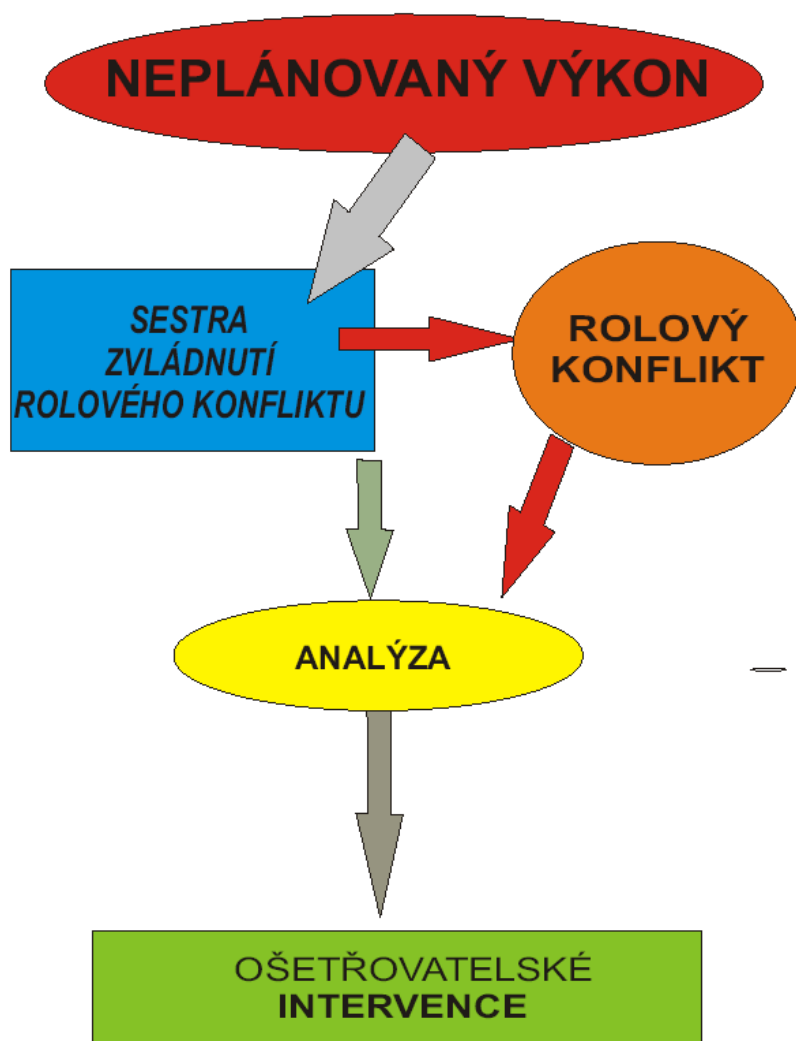


Schéma č.7

Prevence rolového konfliktu u neplánovaných výkonů (vypracováno autorkou práce)



U neplánovaných, převážně život ohrožujících výkonů často není možné zmapovat a využít klientových adaptačních mechanismů v prevenci rolového konfliktu, a tento se může rozvinout. Sestra by měla tuto situaci zanalyzovat a do ošetřovatelských intervencí zahrnou spolupráci s multidisciplinárním týmem, především je nutno kontaktovat psychologa a psychiatra.

2. Cíl práce a hypotézy

V teoretické části předkládáme problematiku interakce osobnosti a prostředí při plnění rolí ovlivněné ireverzibilními změnami. Zaměřily jsme se na koncepční model C. Royové a význam jeho využití v prevenci rolového konfliktu u klientů s ireverzibilními změnami. V praktické části jsme se soustředily na hodnocení ošetřovatelských diagnóz u klientů s ireverzibilními změnami v adaptačních systémech – sebepojetí, sebeuvědomění, zvládání rolí a vzájemné závislosti. Dále pak na zkvalitnění adaptační úrovně a spokojenost klientů.

2.1 Cíle práce

1. Využití modelu C. Royové k prevenci rolového konfliktu u jedinců s ireverzibilními změnami v oblasti role primární, sekundární, terciární.
2. Zhodnotit klientovy role před postižením.
3. Zjistit adaptační úroveň klienta.

2.2 Předpokládané hypotézy

Ve vztahu k výše uvedeným cílům a na základě prostudovaných materiálů jsme si stanovily následující hypotézy:

- H1 Model C. Royové bude uplatnitelný u klientů s ireverzibilními změnami.
- H2 Klient bude díky ošetřovatelské péči prostřednictvím modelu C. Royové připraven pro efektivní sociální interakce v rolích primárních, sekundárních a terciárních.
- H3 Prostřednictvím ošetřovatelského modelu C. Royové dojde u klienta k zvládnutí rolového konfliktu a k adekvátní adaptaci na danou situaci.

3. Metodika výzkumu

3.1 Použité metody

K provedení výzkumu byly využity metody kvaziexperimentu a metoda rozhovoru.

I. Kvaziexperiment

1. fáze kvaziexperimentu

Vypracovaly jsme ošetrovatelskou dokumentaci dle ošetrovatelského modelu C. Royové. Vycházely jsme z podstaty modelu, to znamená zaměření na podporu adaptace prostřednictvím zlepšování interakce osoba – prostředí. Kvalita realizovaného ošetrovatelského procesu vychází z důkladného zhodnocení individuálních potřeb klienta, proto než zvolíme nejvhodnější způsob ošetřování klienta je nutné získat v první fázi ošetrovatelského procesu co nejvíce potřebných informací. Jsou to informace týkající se klientova chování v každém ze čtyř způsobů (systémů) adaptace - fyziologický (tělesný) systém adaptace, systém sebepojetí a sebeuvědomění, systém zvládnání rolí a systém vzájemné závislosti. Dále je nutné získat informace o působících podnětech (stimulech), které na klienta působí. Posouzení působících podnětů je nezbytné pro vyhledání a označení faktorů, které mají nebo mohou mít vliv na chování a jednání klienta a to směrem k účinné nebo neúčinné adaptaci.

Ošetrovatelská dokumentace pro aplikaci adaptačního modelu C.Royové

Osobní údaje

Jméno:.....Datum narození:.....

Důvod přijetí:.....

Lékařská diagnóza:.....

.....

.....

Alergie:.....

Operace: ne ano druh operace:.....Úrazy: ne ano druh úrazu:.....

Oddělení:

Datum přijetí:.....den pobytu:.....Překlad z:.....

Příjem: akutní plánovaný první příjem opakovaný

Informace poskytl: lékař ano ne sestra: ano ne jiné:.....

klient/ka seznámen/a s Právy pacientů: ano ne

Jak klient/ka vnímá přijetí (adaptace):

reaguje negativně nekomunikuje je plačtivý/á udává strach cítí úzkost je nervózní jiné:.....

Rodinná anamnéza:

Rodinný stav:.....Je rodina informována:ano ne Souhlasíte s podáváním informací? ano ne

Komu podávat informace?.....

Jak rodina vnímá přijetí klienta/ky a hospitalizaci? jsou lhostejní mají zájem žádají více informací jiné:.....

Sociální a.:

Zaměstnaní: ano..... ne

I. Fyziologický systém adaptace:

VÝŽIVA

Dieta:.....Dodržování diety:.....Stav výživy: v normě obezita kachexie BMI:.....

Denní příjem stravy: pravidelný nepravidelný

Chuť k jídlu: ano ne důvod:.....Dyspeptické potíže: pálení žáhy nauzea zvracení říhání jiné:.....

Schopnost najíst se: sám s dopomocí jiné:.....

Změna hmotnosti v poslední době: žádná zvýšení okg snížení okg

Podněty

*** P * N**

| | | | |
|---|--|--|--|
| P | OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| | NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| | PODĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

* P - podnět působí N - nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- porušené polykání 00103
- nadměrná výživa 00001
- nedostatečná výživa 00002
- riziko nadměrné výživy 00003
- poškozená ústní sliznice 00045
- neprospívání dospělé osoby 00101
- nauzea 00134
- porušená kožní integrita 00046
- poškozená dentice 00048
- riziko porušení kožní integrity 00047
- riziko aspirace 00039
- riziko infekce 0004
- deficit sebezpečí při jídle 00102
- ochota ke zlepšení výživy 00163

I. Fyziologický systém adaptace:

VYPRAZDŇOVÁNÍ

Moč:Bez potíží s pomocí na WC na lůžku močový katetr (kolikátý den.....) jiné:.....

Frekvence močení:.....množství... /24hod. barva:..... Příměsy: krev hnis jiné:.....

Potíže při močení: ne ano: bolest pálení svědění jiné:.....

Inkontinence: ano občas – náhodný úniky: v noci kašel smích jiné:.....

Užíváte léky ovlivňující močení? jaké:.....

Prostata: v normě zbytnělá vyšetřena ano ne

Podněty

P N

| | | | |
|---|--|--|--|
| P | OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| | NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| | PODĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- porušené vyprazdňování moči 00016
- urgentní inkontinence moči 00019

- retence moči 00023
 úplná inkontinence moči 00021
 funkční inkontinence moči 00020
 stresová inkontinence moči 00017
 riziko urgentní inkontinence moči 00022
 ochota ke zlepšení vyprazdňování moči 00166
 reflexní inkontinence moči 00018
 deficit sebeděže při vyprazdňování 00110

Stolice:

- sám WC s dopomocí
 vyprazdňování pravidelné, za kolik dní..... nepravidelné, jak.....dní:....Příměsy: ne ano:
 krev nestrávené zbytky Poruchy vyprazdňování: průjem zácpa inkontinence
 Užívání léků ovlivňujících vyprazdňování: ne ano:.....
 Stomie: ne ano: kde:....., kdy založena:.....průměr:.....cm
 Pomoc při ošetření: provádí sám s asistencí sestry sestra sama
 Rituál při vyprazdňování:.....

Podněty

| | P | N |
|--|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| P PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- inkontinence stolice 00014
 zácpa 00011
 riziko zácpy 00015
 porušená kožní integrita 00046
 průjem 00013
 habituální zácpa 00012
 deficit sebeděže při vyprazdňování 00110

I. Fyziologický systém adaptace:

TEKUTINY, EEKTROLYTY

- Množství tekutin:....24/hod, monitorován P+V ano ne Stav sliznic: suché vlhké prokrvené
 bledé Změny na sliznici: žádné defekty povlaky jiné:.....Kožní turgor: snížený v normě zvýšený
 Pocení: ne ano: fyziologické zvýšené Otoky: ne ano: kotníky celé končetiny
 obličej jiné:.....
 Schopnost napít se: sám s dopomocí s úplnou pomocí

Podněty

| | P | N |
|--|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| P PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- deficit tělesných tekutin 00027
 ochota ke zlepšení bilance tekutin 00160
 zvýšený objem tělesných tekutin 00026
 riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin 00025
 riziko deficitu tělesných tekutin 00028

I. Fyziologický systém adaptace:

DÝCHÁNÍ A CÍRKULACE

- Dušnost: ne ano:Podávání kyslíku: ne ano:
 jak?.....
 Kouření: ne ano : počet cigaret denně:.....
 Trpíte onemocněním dýchacích cest: ne ano:.....
 Pociťujete bušení srdce: ne ano: kdy: po zátěži v noci ve dne při stresu jiné.....
 Máte často studené končetiny: ne ano: kdy v noci ve dne
 Pociťujete brnění v končetinách: ne ano někdy: kdy v noci ve dne
 Máte problémy s krevním tlakem: ne ano: jaké:.....

Podněty

| | P | N |
|-----------------------|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| P | NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| | PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> porušená výměna plynů 00030 | <input type="checkbox"/> dysfunkce ní odpojování umělé plicní ventilace 00034 |
| <input type="checkbox"/> snížený srdeční výdej 00029 | <input type="checkbox"/> neefektivní tkáňová perfuze 00024 |
| <input type="checkbox"/> oslabené dýchání 00033 | <input type="checkbox"/> neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031 |
| <input type="checkbox"/> neefektivní dýchání 00032 | <input type="checkbox"/> riziko udušení 00036 |
| <input type="checkbox"/> riziko aspirace 00039 | |

I. Fyziologický systém adaptace:

AKTIVITA, ODPOČINEK, SPÁNEK

Aktivita:

Soběstačnost: ano ne: oblasti nesoběstačnosti:

Máte dostatek energie: ano ne: proč:.....

Váš obvyklý způsob hygienické péče: ráno večer jiné.....

Máte nějaké omezení pohybové aktivity: ne ano: jaké.....

Spánek:

Kolik hodin spíte?.....hod.V kolik hodin chodíte obvykle spát: ...Cítíte se po probuzení odpočatě? ano ne

Spíte celou noc? ano ne: nemůžete usnout budíte se během noci vstáváte brzo ráno jiné...

Poruchy spánku: náměsíčnost noční děsy chrápání spánková inverze jiné.....

Užívání hypnotik: ne ano: jaká.....jak často:.....

Spánkové rituály. ne ano: jaké.....

Odpočinek:

Odpočinek přes den: ano ne ...Forma relaxace:.....

Faktory bránící tělesné aktivitě: svalová slabost dušnost svalové křeče nezáměr jiné

Aktivní cvičení: ne ano : pravidelně nepravidelně, jaké.....

Biologický rytmus: ráno dopoledne odpoledne večer jiné.....

Podněty

P N

| | | | |
|---|---|--|--|
| P | OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| | NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| | PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> porušený spánek 00095 | <input type="checkbox"/> zhoršená schopnost se přemístit 00090 |
| <input type="checkbox"/> spánková deprivace 00096 | <input type="checkbox"/> porušená chuze 00088 |
| <input type="checkbox"/> ochota ke zlepšení spánku 00165 | <input type="checkbox"/> nedostatek zájmových aktivit 00097 |
| <input type="checkbox"/> zhoršená pohyblivost 00085 | <input type="checkbox"/> sedavý životní styl 00168 |
| <input type="checkbox"/> zhoršená pohyblivost na lůžku 00091 | <input type="checkbox"/> riziko imobilizačního syndromu 00040 |
| <input type="checkbox"/> porušená energie 00050 | <input type="checkbox"/> únava 00093 |
| <input type="checkbox"/> intolerance aktivity 00092 | <input type="checkbox"/> riziko intolerance aktivity 00094 |
| <input type="checkbox"/> deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku 00109 | <input type="checkbox"/> deficit sebeděče při vyprazdňování 00110 |
| <input type="checkbox"/> deficit sebeděče při koupání a hygieně 00108 | <input type="checkbox"/> deficit sebeděče při jídle 00102 |

I. Fyziologický systém adaptace:

TĚLESNÁ TEPLOTA, SMYSLY, ENDOKRINNÍ A NEUROLOGICKÉ FUNKCE

Tělesná teplota:

Měříte si tělesnou teplotu? ne ano jiné.....

Užíváte léky na snížení teploty? ne ano: jak.....Otužujete se: ano ne

Navštěvujete saunu: ano ne Preferujete spíše: teplo chlad

Smyslové vnímání:

Zrak: vidí dobře brýle: počet dioptrií L:.....P:.....oko na dálku na blízko

kontaktní čočky: ano ne šilhavost: ano ne zbytky zraku nevidomý

Sluch: dobrý nedoslýchavost hluchota Sluchadla: ano ne kochleární implantát ano ne

Řeč: plynulá koktá němý jiné:.....

Paměť: neporušená zapomíná nevybavuje si jiné:.....
 Pozornost: stálá neudrží kdy je nejvyšší:.....
 Vědomí: jasné zastřené bezvědomí
 Orientace: plně orientovaný částečně orientovaný dezorientovaný.....
 Hlas: přiměřený tichý hlasitý jiné:.....
 Oční kontakt: udržuje odvrací zrak nenaváže jiné:.....

Endokrinní systém:

Máte problém, nebo onemocnění: štítná žláza příštítná tělíska slinivka nadledviny
 pohlavní žlázy podvěsek mozkový

Jaké:.....

V kolika letech bylo onemocnění diagnostikováno:.....

Užíváte léky? ne ano: jaké.....

Jste dispenzarizován: ano ne chodíte na pravidelné prohlídky? ano ne

Bolest: ano ne kde?

kdy? ráno večer po převazu jiné:.....

charakter bolesti: akutní chronická tupá svíravá vystřelující pálivá

jiné.....

intenzita bolesti: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

co bolest zmírňuje? poloha masáže lék, uveďte:..... jiné.....

Dekubity ne: riziko..... ano: lokalizace.....

stupeň.....

Rizikové faktory úrazu/pádu: zmatenost dezorientace jiné:..... Prevence ne ano: jak:.....

Invazivní vstupy:

PMK od....., CVK od....., NGS od.....

drén od....., Periferní žilní katetr od....., kde.....

jiné.....

Podněty

| | P | N |
|---|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> porušená interpretace okolí 00127 | <input type="checkbox"/> ochota doplnit deficitní vědomosti 00161 |
| <input type="checkbox"/> porucha smyslového vnímání – specifikovat 00122 | <input type="checkbox"/> chronická zmatenost 00129 |
| <input type="checkbox"/> deficitní znalost – specifikovat 00126 | <input type="checkbox"/> porušené myšlení 00130 |
| <input type="checkbox"/> akutní zmatenost 00128 | <input type="checkbox"/> ochota ke zlepšení komunikace 00157 |
| <input type="checkbox"/> poškozená paměť 00131 | <input type="checkbox"/> riziko porušení kožní integrity 00047 |
| <input type="checkbox"/> zhoršená verbální komunikace 00051 | <input type="checkbox"/> riziko poškození 00035 |
| <input type="checkbox"/> porušená kožní integrita 00046 | <input type="checkbox"/> riziko traumatu 00038 |
| <input type="checkbox"/> riziko pádu 00155 | <input type="checkbox"/> hypotermie 00006 |
| <input type="checkbox"/> neefektivní odolnost 00043 | <input type="checkbox"/> riziko nerovnováhy tělesné teploty 00005 |
| <input type="checkbox"/> neefektivní termoregulace 00008 | <input type="checkbox"/> chronická bolest 00133 |
| <input type="checkbox"/> hypertermie 00007 | <input type="checkbox"/> opožděný růst a vývoj 00111 |
| <input type="checkbox"/> akutní bolest 00132 | <input type="checkbox"/> riziko infekce 00004 |
| <input type="checkbox"/> riziko nesouměrného růstu 00113 | |
| <input type="checkbox"/> riziko opožděného vývoje 00112 | |
| <input type="checkbox"/> riziko intoxikace 00037 | |

II. Adaptační systém sebepojetí, sebeuvědomění

FYZIKÁLNÍ ČÁST „ fyzické já“

Subjektivní posouzení: Jak by jste popsal/a své tělo, jak se cítíte?.....

Změnil se Váš tělesný vzhled: ne ano: jak.....

Máte narušený vzhled(obraz) těla: ne ano: amputace stomie popáleniny ablace ochrnutí jizvy jiné.....

Jste spokojen/a s obrazem svého těla: ano ne proč.....

Jste omezen/a v některé zájmové činnosti: ne ano jak.....

Jste omezen/a v zaměstnání: ne ano jak.....

Jste společensky znevýhodněn/a? ne ano jak.....

Jak se s tím vyrovnáváte?.....

Objektivní posouzení:

První dojem z pohledu sestry: upravený/á klidný/á neupravený/á neklidný/á neposlouchá má strach mlčí uzavřený/á jiné.....

OSOBNOSTNÍ ČÁST „ osobní já“

Reagujete: přiměřeně nepřiměřeně plačtivě máte strach pociťujete úzkost jste klidný/á jste euforický/á jste agresivní jste labilní jste samotář jste společenský typ extrovert introvert optimista pesimista jiné.....

Cítíte se psychicky vyrovnaný/á: ano ne:.....

Jak zvládáte stresové situace: sám/a s druhem/družkou s přítelem/přítelkyní s matkou jiné.....

Spoléháte se sám/a na sebe: ano ne Jste se sebou spokojen/á: ano ne.....

Rozhodujete se rychle? ano ne..... Je pro Vás těžké říci co potřebujete, vyžadujete: ne ano někdy

Máte osobu, které důvěřujete-svěřujete se?.....

Umíte relaxovat? ne ano.....

Změnily se Vaše životní hodnoty v poslední době: ne ano.....

Užíváte léky ovlivňující osobnost: ne ano.....

Náboženské vyznání:.....

Máte možnost vykonávat víru v nemocnici? ano ne proč.....

Cítíte omezení? ne ano.....

Máte nějaká přání?.....

Chcete zajistit: kontakt s duchovním účast na bohoslužbě jiné.....

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY (rodinné, partnerské, sousedské, pracovní, přátelské)

je sám/a má rodiče sourozence manžela/ku druha/družku je vdovec/vdova má přátele jiné.....

Bydlení: ve vlastním bytě v domku u rodičů v podnájmu je bezdomovec bydlí v sociálním zařízení

jiné.....

Partnerský vztah, sexualita hodnotí jako: uspokojivý neuspokojivý

Předpokládá dodržování léčebného režimu: ano ne Předpokládá zapojení rodiny: ano ne

Má vědomosti a dovednosti potřebné pro sebepečí po propuštění? ano ne

Požadovaná pomoc: ne ano částečně

Formy pomoci: kluby, sdružení obvodní sestra domácí lékař komunitní péče Agentury domácí péče pečovatelská služba sociální pracovník jiné.....

Životní změny související s onemocněním:

....

Podněty

| | P | N |
|---|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- porušený tělesný obraz 00118
- porušená osobní identita 00121
- bezmocnost 00125
- riziko bezmocnosti 00152
- ochota zlepšit sebepojetí 00167
- chronicky nízká sebeúcta 00110
- situačně snížená sebeúcta 00120
- riziko situačně snížené sebeúcty 00153

- riziko osamělosti 00054
- neefektivní podpora zdraví 00099
- konflikt v rozhodování-specifikovat 00083
- přetížení pečovatele 00061
- riziko sebepoškození 00139
- riziko násilí vůči sobě 00140
- riziko sebevraždy 00150
- strach 00148
- chronický zármutek 00137
- defenzivní zvládání zátěže 00071
- dysfunkční smutek 00135
- ochota ke zlepšení duchovní pohody 00068
- porušená religiozita 00169
- riziko porušené religiozity 00170

- neefektivní léčebný režim 00078
- sexuální dysfunkce 00059
- neefektivní sexuální život 00065
- riziko přetížení pečovatele 00062
- sebepoškození 00151
- riziko násilí vůči jiným 00138
- sociální izolace 00053
- úzkost 00146
- neefektivní popírání 00072
- anticipační smutek 00136
- riziko dysfunkčního smutku 00172
- duchovní nouze 00066
- riziko duchovní nouze 00067
- ochota ke zlepšení religiozity 00171

III. Adaptační systém zvládání rolí

PRIMÁRNÍ ROLE

Jste: žena muž Věk:.....Odpovídá Váš věk tomu, jak se cítíte? cítím se mladší cítím se starší

SEKUNDÁRNÍ ROLE

Jakou máte roli v rodině? dcera/syn vnuk/vnučka matka/otec babička/děda jiné.....

Počet členů v rodině?.....Máte sourozence?.....Máte potomky?.....

Kdo má v rodině největší vážnost?

Jaké vztahy jsou ve Vaší rodině: výborné klidné jiné.....

Jste spokojen/a se svou rolí v rodinných vztazích? ano ne.....

Jste ve svém zaměstnání spokojen/a? ano ne.....

Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti? výborné klidné profesionální jiné.....

TERCIÁLNÍ ROLE

Cítíte omezení ve své nové roli pacienta? ne ano jaká:.....

Máte problém vyrovnat se s pobytem v nemocnici? ne ano někdy často, proč.....

Přemýšlíte o možnosti ztráty zaměstnání, vzhledem ke zdravotnímu stavu? ne občas ano

Jak by jste se vyrovnal/a se ztrátou zaměstnání?.....

Podněty

| | P | N |
|---|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- přetížení pečovatele 00061
- zhoršená rodičovská role 00056
- přerušovaný život rodiny 00060
- riziko oslabení vazby rodičů a dítěte 00058
- neefektivní plnění role 00055
- poškozená sociální interakce 00052
- ohrožující zvládání zátěže rodinou 00074
- konflikt v rozhodování – specifikovat 00083
- neefektivní léčebný režim 00078
- riziko přetížení pečovatele 00062
- ochota ke zlepšení rodičovské role 00164
- dysfunkční život rodiny s alkoholizmem 00063
- ochota ke zlepšení funkce rodiny 00159
- konflikt rodičovské role 00064
- neschopnost rodiny zvládat zátěž 00073
- ochota blízké osoby lépe zvládnout zátěž 00075
- neefektivní léčebný režim rodiny 00080
- neefektivní léčebný režim komunity 00081

IV. Adaptační systém vzájemné závislosti

NEZÁVISLOST

Cítíte se fyzicky a citově vyrovnaný/á: ano ne.....

Zvládáte stresové situace s nadhledem: ano ne někdy

Má ekonomická a sociální situaci mi umožňuje relativní nezávislost: ano ne

ZÁVISLOST

Jste na někom závislý/á: rodiče manžel/manželka děti přítel jiné.....

Je někdo závislý na Vás: manžel/manželka děti přítel jiné.....

VZÁJEMNÁ ZÁVISLOST

Jak dlouho se adaptujete na nové prostředí? den týden měsíc nezvyknu si jiné.....

Jak dlouho se prostředí adaptuje na Vás? den měsíc rok nepřijme mě jiné.....

Vadí Vám změny? prostředí situací kontakt s novými lidmi jiné.....

Jak na změny reagujete?.....

Podněty

| | <i>P</i> | <i>N</i> |
|--|----------|----------|
| OHNISKOVÉ (fokální) | | |
| NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální) | | |
| P PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální) | | |

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II) označte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sociální izolace 00053 | <input type="checkbox"/> poškozená sociální interakce 00052 |
| <input type="checkbox"/> stresový syndrom po přemístění 00114 | <input type="checkbox"/> riziko stresového syndromu po přemístění 00149 |
| <input type="checkbox"/> přerušovaný život rodiny 00060 | <input type="checkbox"/> sebepoškození 00151 |
| <input type="checkbox"/> riziko násilí vůči jiným 00138 | <input type="checkbox"/> riziko osamělosti 00054 |
| <input type="checkbox"/> neefektivní zvládání zátěže 00069 | <input type="checkbox"/> oslabené přizpůsobení 00070 |
| <input type="checkbox"/> neefektivní zvládání situace v komunitě 00077 | <input type="checkbox"/> ochota zlepšit zvládání zátěže 00158 |

Součástí dokumentace je záznamový arch – Plánování, realizace a hodnocení péče
(viz. příloha č. 1).

2. fáze kvaziexperimentu

Provedly jsme pilotní studii zaměřenou na uplatnění modelu C. Royové u klientů s ireverzibilními změnami. Cíleně zaměřenou na použití dokumentace podle něho vypracované a také na uplatnění podkladů - dotazníků podle kterých jsme realizovaly rozhovory.

3. fáze kvaziexperimentu

Vybraly jsme pracoviště - chirurgická, gynekologická oddělení, kde jsme předpokládaly hospitalizaci pacientů s ireverzibilními změnami a pacienty, jednalo se tudíž o záměrný výběr. Do kvaziexperimentu jsme zařadily pacienty s ireverzibilními změnami – ztráta tělesných orgánů, popálení. Ve třech případech se jednalo o odstranění části dolní končetiny, ve dvou případech o odstranění prsu, ve dvou případech o střevní vývod. V jednom případě o odstranění dělohy, ztrátové poranění oka a popálení. Sestavily jsme dvě skupiny klientů. U

základní (první) skupiny byla poskytována ošetřovatelská péče podle modelu C. Royové, která byla realizována ve všech fázích ošetřovatelského procesu (posouzení

klientova chování a působících podnětů, stanovení ošetrovatelské diagnózy, cíle, intervencí s následnou realizací a vyhodnocením).

U kontrolní (druhé) skupiny byla prováděna péče poskytovaná daným pracovištěm po dobu tří týdnů.

Ve spolupráci s pacienty z obou skupin jsme definovaly aktuální ošetrovatelské diagnózy. Tyto byly řešeny a hodnoceny u obou skupin pacientů 3 týdny.

4. fáze kvaziexperimentu

Zaměřily jsme se na hodnocení spokojenosti klientů při poskytování ošetrovatelské péče a na hodnocení adaptační úrovně. Vypracovaly jsme podkladový materiál, který obsahuje 15 otázek zaměřených na klientovu spokojenost s ošetrovatelskou péčí a na adaptaci. Klienti vyjadřovali svou spokojenost a adaptační úroveň hodnocením pomocí školní klasifikační stupnice 1 (výborně) – 5 (nedostatečně).

Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | | | | | |
| 2. | Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | | | | |
| 3. | Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | | | | |
| 4. | Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | | | |
| 5. | Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | | | | |
| 6. | Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | | | | |
| 7. | Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | | | |
| 8. | Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | | | | |
| 9. | Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | | | |
| 10. | Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | | | |
| 11. | Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| | a neodsuzovala | | | | | | |
| 12. | Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | | | | | | |
| 13. | Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | | | | | | |
| 14. | Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | | | | | | |
| 15 | Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | | | | | |
| Celkové hodnocení: | | | | | | | |

II. Rozhovor

Metoda rozhovoru byla využita u sester na chirurgických a gynekologických pracovištích, které byly nebo přicházejí do kontaktu s klienty s ireverzibilními změnami. Hlavním tématem rozhovoru byl názor sester na námi vypracovanou dokumentaci a na zkušenost s ošetřovatelskými modely.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumaný soubor respondentů kvaziexperimentu jsme sestavily z pěti klientů Oblastní nemocnice Příbram a.s a pěti klientů Nemocnice Hořovice. Celkem tedy

výzkumný soubor kvaziexperimentu tvořilo deset respondentů. Rozhovor byl prováděn s klienty a se sestrami v Příbrami a v Hořovicích.

I. Náš výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni na chirurgických a gynekologických pracovištích s chorobnými stavy, které vedly k následným ireverzibilním změnám.

Základní skupinu tvořilo 5 klientů Nemocnice Příbram a.s.: Pan F.S. - stehenní amputace dolní končetiny, paní H.L.- hysterektomie, paní J.P. - enukleace očního bulbu, paní M.T. - mastektomie, paní J.H. hospitalizovaná pro popáleniny v oblasti hlavy a krku.

Kontrolní skupinu tvořilo 5 klientů Nemocnice Hořovice: Pan J.V.- amputace článků prstů nohy, paní J.Ř. a pan F.K. nově založená kolonostomie, paní H.K.- amputace palce nohy, paní M.S. - mastektomie.

II. Rozhovor byl veden se sestrami chirurgických a gynekologických oddělení. Oslovily jsme celkem 25 sester ve věku 25 – 53 let s délkou ošetrovatelské praxe od 1 – 25 let. Kritériem volby sester pro vedení rozhovoru bylo ošetrování pacientů s ireverzibilními změnami, nebo kontakt s těmito klienty v dřívějším období. Zajímali nás však i názor sester, které zkušenost s klientem s ireverzibilní změnou neměly, neboť ji lze v ošetrovatelské praxi předpokládat. Hlavním tématem rozhovoru byl názor sester na námi vypracovanou dokumentaci a na zkušenost s ošetrovatelskými modely, dále pak diskuse o ošetrovatelském modelu C. Royové.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Výsledky kvaziexperimentu základní skupiny

Klient: _____ F.S.

Primární role: muž, 60 let

Sekundární role: manžel, otec, děda, důchodce

Terciární role: aktivní člen dobrovolných hasičů, pacient

Hospitalizován: chirurgické odd. Příbram

Lékařská diagnóza: stehenní amputace levé dolní končetiny (poúrazová příčina,
diabetes mellitus)

Ohniskový (hlavní) stimul: ztráta části dolní končetiny

Tabulka č.1 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u pana F.S.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 U klienta dojde k odstranění, zvládnutí bolesti
- č.2 Klient dokáže efektivně plnit role
- č.3 Klient provádí péči o sebe sama
- č.4 Klient vyjadřuje pocit kontroly (moci) nad současnou situací a budoucím vývojem
- č.5 Klient dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.6 Klient bude schopen pohybu v prostředí dle svých potřeb, bez omezení nebo s pomůckami
- č.7 Klient zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.8 Klient je beze strachu, přiměřeně citově reaguje

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|------------------|--|------------------------------|---|--|---|
| 1. | Akutní bolest v souvislosti s operační ránou | 00132 | P/K udává bolest v oblasti jizvy na škále 5 | P/K udává bolest v oblasti jizvy na škále 3 | P/K udává bolest v oblasti jizvy již jen občas a neobtěžuje ho Cíl splněn částečně |
| 2. | Neefektivní plnění role v souvislosti se ztrátou končetiny | 00055 | P/ K se přizpůsobuje dané roli | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím ,vyjadřuje realistická očekávání | P/K realisticky plánuje přizpůsobení se nové roli , změnu role Cíl splněn |
| 3. | Deficit sebedpěče v souvislosti s amputací | 00108 00110 | P/K není zcela soběstačný, potřebuje pomoc, nespolečuje | P/K potřebuje pomoc při hygienické péči a při vyprazdňování, snaží se spolupracovat | P/K potřebuje pomoc při hygienické péči a při vyprazdňování Cíl nesplněn |
| 4. | Bezmocnost v souvislosti se zdravotním stavem, změnou životního stylu | 00125 | P/K je pasivní, neúčastní se na péči, nerozhoduje | P/K se aktivně podílí na péči, o některých krocích rozhoduje | P/K vyjadřuje pocit kontroly nad svou současnou situací Cíl splněn |
| 5. | Poškozená sociální interakce v souvislosti se ztrátou končetiny | 00052 | P/K se přizpůsobuje nové roli, je plachý | P/K je schopen změnit chování a zabezpečit interpersonální vztahy | P/K udává zlepšení psychické pohody a jeví zájem o společenský kontakt Cíl splněn částečně |
| 6. | Porušená chůze v souvislosti s amputací | 00088 | P/K je informován, pokusy o chůzi odmítá | P/K je schopen pohybu s dopomocí a využitím berlí, pahýl je připravován pro využití protetické pomůcky | P/K uskutečňuje chůzi pomocí berlí Cíl splněn |
| 7. | Porušený tělesný obraz v souvislosti s amputací | 00118 | P/K vyjadřuje nepříjemné pocity studu, odporu. Odmítá pohled na pahýl, je informován o protetických pomůckách | P/K je informován o protetických pomůckách, o nošení vhodného oděvu. Dotýká se pahýlu. | P/K Hovoří o svém současném stavu, snaží se pohlížet realisticky na své tělo Cíl splněn částečně |

| | | | | | |
|----|-----------------------------|--------------|---|--|--|
| 8. | Strach z budoucnosti | 00148 | P/K hovoří o svých obavách, je plačtivý. Po rozhovoru udává, že se cítí klidnější | P/K se cítí psychicky a fyzicky lépe, zejména po rozhovoru | P/K udává zmírnění obav Cíl splněn částečně |
|----|-----------------------------|--------------|---|--|--|

U klienta F.S. jsme stanovily osm ošetrovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn, u čtyřech byl splněn částečně a u jedné cíl nebyl splněn.

Tabulka č.2 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | × | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | × | | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | × | | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | × | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | × | | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | × | | | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | × | | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkostí“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 1,6 | | | | |

Klient F.S. vyjádřil svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) v šesti případech a 2 (velmi dobře) v devíti. Celkově hodnotil 1,6.

Klientka: H.L.

Primární role: žena, 30 let

Sekundární role: manželka, matka – syn 1 rok, podnikatelka

Terciární role: pacientka

Hospitalizována: gynekologické odd. Příbram

Lékařská diagnóza: laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

(odstranění dělohy z důvodu myomu nereagujícím na léčbu)

Ohniskový (hlavní) stimul: hysterektomie, touha po dalším dítěti, mít vlastní dítě je již nyní nemožné

Tabulka č.3 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní H.L.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka dokáže efektivně plnit role
- č.2 Klientka svobodně a účinně vyjadřuje své pocity, hledí kupředu, plánuje budoucnost
- č.3 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.4 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.5 Klientka je bez projevů únavy, dojde ke zvýšení energie

| Diagnóza: | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|---|--------------|--|---|--|
| 1. Neefektivní plnění role v souvislosti s onemocněním a výkonem | 00055 | P/K udává, že se již necítí být ženou, je plačtivá. Manžel a syn jsou jí oporou. Je vhodně informována o skutečnostech, že výkon neovlivňuje fyzický stav ani sexuální život | P/K hovoří o svých pocitech s manželem, o nemožnosti mít dalšího potomka. | P/K vyjadřuje realistická očekávání, je šťastná, že má rodinu Cíl splněn částečně |

| | | | | | |
|----|---|--------------|--|--|--|
| 2. | Anticipační smutek v souvislosti s dopadem výkonu na pacientku | 00136 | P/K využívá nabídnutou pomoc, komunikuje, není zcela vyrovnaná | P/K vyjadřuje pocity smutku | P/K plánuje další budoucnost, orientuje ji na manžela a synka. Není zcela vyrovnaná Cíl splněn částečně |
| 3. | Poškozená sociální interakce v souvislosti s prodělaným výkonem | 00052 | P/K dostatečně komunikuje s okolím, je informovaná | P/K se přizpůsobuje nové (změněné) roli. Komunikuje, hovoří o žebříčku životních hodnot | P/K komunikuje s okolím, s rodinou Cíl splněn |
| 4. | Strach z budoucnosti, obava z nádorového onemocnění | 00148 | P/K hovoří o obavách, po rozhovoru se cítí klidnější | P/K udává zmírnění obav, zvláště po rozhovoru se spolupacientkou, která prodělala stejný výkon a je bez potíží | Cíl splněn |
| 5. | Únava v souvislosti se zákrokem | 00093 | P/K se cítí unavena, je informována o příčině únavy | P/K udává, že se cítí fyzicky lépe, zvládá denní aktivity | Cíl splněn |

U klientky H.L. jsme stanovily pět ošetrovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn a u dvou byl splněn částečně.

Tabulka č.4 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|------|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | × | | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | × | | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | × | | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | × | | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | × | | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | × | | | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | × | | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | × | | | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | × | | | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | × | | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkostí“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | × | | | | |
| Celkové hodnocení: | 1,07 | | | | |

Klientka H.L. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve čtrnácti případech a 2 (velmi dobře) v jednom. Celkově hodnotila známkou 1,07.

Klientka: J.P.
 Primární role: žena, 39 let
 Sekundární role: družka, administrativní pracovnice
 Terciární role: pacientka
 Hospitalizována: oční a chirurgické odd. Příbram
 Lékařská diagnóza: Enukeace pravého očního bulbu úrazové etiologie (ztrátové poranění pravého oka z důvodu úrazu)
 Ohniskový (hlavní) stimul: ztráta oka

Tabulka č.5 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní J.P.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.2 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.3 Klientka sděluje odeznění smutku, naději do budoucnosti
- č.4 Klientka efektivně zvládá zátěž, posuzuje současnou situaci
- č.5 Klientka vyjadřuje pocit kontroly (moci) nad současnou situací a budoucím vývojem
- č.6 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|---|--------------|--|---|--|
| 1. | Porušený tělesný obraz v souvislosti se ztrátou oka (kosmetický, funkční defekt) | 00118 | P/K vyjadřuje nepříjemné pocity studu. Odmítá pohled do zrcadla, je informována o protetických pomůckách | P/K je informována o protetické pomůcce, o reoperaci. Hovoří o svých pocitech | P/K Hovoří o svém současném stavu, snaží se pohlížet realisticky na své tělo, odkládá tmavé brýle. Cíl splněn částečně |

| | | | | | |
|----|---|--------------|---|---|---|
| 2. | Poškozená sociální interakce v souvislosti s viditelnou ztrátou | 00052 | P/K dostatečně komunikuje s okolím, je informovaná | P/K se přizpůsobuje nové (změněné) roli. Komunikuje. | P/K komunikuje s okolím, s partnerem, s rodinou Cíl splněn |
| 3. | Dysfunkční smutek v souvislosti s dopadem ztráty na pacientku | 00135 | P/K využívá nabízenou pomoc, komunikuje, není zcela vyrovnaná | P/K vyjadřuje pocity smutku | P/K Není zcela vyrovnaná, když sděluje, že smutek odeznívá Cíl splněn částečně |
| 4. | Neefektivní zvládnutí zátěže v souvislosti s nemožností připravit se na současný stav | 00069 | P/K vyjadřuje své pocity, je podrážděná, nesoustředěná | P/K posuzuje současnou situaci, vyjadřuje své pocity | P/K pohlíží na situaci realisticky, komunikuje s okolím, s partnerem, s rodinou, sděluje, že má situaci pod kontrolou Cíl splněn |
| 5. | Bezmocnost v souvislosti se změnou svého vzhledu, neschopností ovlivnit svůj stav | 00125 | P/K se neúčastní péče, nerozhoduje | P/K se aktivně podílí na péči, o některých krocích rozhoduje | P/K vyjadřuje pocit kontroly nad svou současnou situací Cíl splněn |
| 6. | Strach z budoucnosti v souvislosti se stigmatizující změnou | 00148 | P/K verbalizuje strach, po rozhovoru se cítí klidnější | P/K udává zmírnění strachu zejména po rozhovoru, sděluje zvýšení fyzické a psychické pohody | U P/K došlo ke zmírnění strachu Cíl se splnil částečně |

U klientky J.P. jsme stanovily šest ošetřovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn a u třech byl splněn částečně.

Tabulka č.6 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | | × | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | × | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | × | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | × | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | × | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | × | | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | | × | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | | × | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2 | | | | |

Klientka J.P. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) v jednom případě, 2 (velmi dobře) v jedenácti a 3 (dobře) ve třech případech. Celkově hodnotila 2.

Klientka: M.T.

Primární role: žena, 45 let

Sekundární role: vdova, družka, matka, dámská krejčová – módní návrhářka

Terciární role: pacientka

Hospitalizována: chirurgické odd. Příbram

Lékařská diagnóza: Radikální mastektomie (odstranění pravého prsu spolu s mízními uzlinami z důvodu zhoubného nádoru s následnou chemoterapií)

Ohniskový (hlavní) stimul: ztráta prsu, ztráta ženskosti

Tabulka č. 7 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní M.T.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.2 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.3 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.4 Klientka sděluje odeznění smutku, naději do budoucnosti
- č.5 Klientka dokáže efektivně plnit role
- č.6 Klientka je dostatečně informována
- č.7 Klientka vyjadřuje pocit kontroly (moci) nad současnou situací a budoucím vývojem
- č.8 Klientka spí celou noc, cítí se odpočatá

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|---|--------------|--|---|---|
| 1. | Strach z budoucnosti v souvislosti s nádorovým onemocněním a léčbou | 00148 | P/K verbalizuje strach, při rozhovoru je plačtivá | udává zmírnění strachu zejména po rozhovoru, komunikuje bez zábran, ale je lítostivá | P/K udává zmírnění strachu po rozhovoru Cíl splněn částečně |

| | | | | | |
|----|---|--------------|--|---|--|
| 2. | Porušený tělesný obraz v souvislosti se ztrátou prsu | 00118 | P/K vyjadřuje nepříjemné pocity studu, odporu. Odmítá pohled na své tělo, je informován o protetických pomůckách (epitézách) | P/K je informována o protetických pomůckách, o nošení vhodného oděvu. Prohlíží si své tělo. | P/K Hovoří o svém současném stavu, snaží se pohlížet realisticky na své tělo Cíl splněn částečně |
| 3. | Poškozená sociální interakce v souvislosti s výkonem | 00052 | P/K komunikuje s okolím, je dostatečně informována. Velmi jí pomáhá rodina, s partnerem zatím kontakt odmítá | P/ K se snaží přizpůsobovat dané roli, navazuje kontakt s partnerem a hovoří o svých pocitech | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím Cíl splněn částečně |
| 4. | Dysfunkční smutek v souvislosti se ztrátou prsu | 00135 | Pacientka využívá nabízené pomoci, zapojuje se do edukace | P/K se snaží zapojovat, spolupracovat, hovoří o pocitech smutku, není zcela vyrovnaná | P/K se zapojuje do edukace, hovoří o svých pocitech, ale není zcela vyrovnaná Cíl splněn částečně |
| 5. | Neefektivní plnění role v souvislosti se ztrátou symbolu „ženství“ | 00055 | P/K udává, že se již necítí být ženou, sexuální partnerkou, je plačtivá. Je vhodně informována | P/K hovoří o svých pocitech | P/K vyjadřuje realistická očekávání, komunikuje s partnerem Cíl splněn částečně |
| 6. | Deficitní znalost v souvislosti s nedostatkem informací o existenci organizací a klubu žen s onemocněním prsu | 00126 | P/K je informována o možnosti kontaktovat organizaci | P/K neprojevuje zájem o kontakt P/K žádá informační materiály v tištěné podobě | P/K ví na koho se obrátit v případě zájmu, má dostatek informací Cíl splněn |
| 7. | Bezmocnost v souvislosti s nádorovým onemocněním a změnou životního stylu | 00125 | P/K je pasivní, neúčastní se na péči, nerozhoduje, je odevzdaná | P/K se aktivně podílí na péči, vyjadřuje pocit kontroly nad svou současnou situací | P/K vyjadřuje pocit kontroly nad svou současnou situací Cíl splněn |

| | | | | | |
|----|---|--------------|---|--|---|
| 8. | Porušený spánek v souvislosti s úzkostí a stresem | 00095 | P/K zná příčiny poruchy spánku, hovoří o nich | P/K je poučena o relaxačních technikách navozující spánek, spí 5-6 hodin denně | P/K se cítí odpočatá, spí 6 hodin denně Cíl splněn |
|----|---|--------------|---|--|---|

U klientky M.T. jsme stanovily osm ošetřovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn a u pěti byl splněn částečně.

Tabulka č.8 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | × | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | × | | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepociťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | × | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | × | | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | × | | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | × | | | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | × | | | | |
| Celkové hodnocení: | 1,5 | | | | |

Klientka M.T. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) v devíti případech, 2 (velmi dobře) ve čtyřech a 3 (dobře) ve dvou případech. Celkově hodnotila 1,5.

Klientka: J.H.

Primární role: žena, 41 let

Sekundární role: manželka, matka, prodavačka

Terciární role: pacientka

Hospitalizován: chirurgické odd. Příbram

Lékařská diagnóza: popáleniny I., II. stupně v oblasti obličeje a krku
(po výbuchu Papinova hrnce)

Ohniskový (hlavní) stimul: popálení obličeje a krku

Tabulka č.9 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní J.H.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.2 U klientky dojde k odstranění, zvládnutí bolesti
- č.3 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.4 Klientka dokáže efektivně plnit role
- č.5 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti

| Diagnóza: | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|--|--------------|--|---|---|
| 1. Strach z viditelných kosmetických změn v souvislosti s popálením obličeje | 00148 | P/K verbalizuje strach, po rozhovoru se cítí klidnější | P/K udává zmírnění strachu zejména po rozhovoru, udává zvýšení fyzické a psychické pohody | U P/K došlo ke zmírnění strachu Cíl splněn částečně |
| 2. Akutní bolest v souvislosti s popálením | 00132 | P/K udává bolest v obličeji během převazu | P/K relaxuje při hudbě, bolest neudává | P/K je bez bolesti Cíl splněn |

| | | | | | |
|----|---|--------------|---|---|--|
| 3. | Poškozená sociální interakce v souvislosti se zraněním obličeje | 00052 | P/K komunikuje s okolím, je dostatečně informována | P/ K se snaží přizpůsobovat dané roli, doufá ve zhojení, ale ví o možnosti jizev | P/ K se snaží přizpůsobovat dané roli, komunikuje s okolím, s rodinou Cíl splněn |
| 4. | Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací a přijímáním péče | 00055 | P/K je informována, spolupracuje, komunikuje | P/K se přizpůsobuje nové roli, spolupracuje | Cíl splněn |
| 5. | Porušený tělesný obraz v souvislosti s popálením viditelné části těla | 00118 | P/K vyjadřuje nepříjemné pocity studu a obav z jizev, je informována, obličej ošetřen krycím obvazovým materiálem | P/K je informována, komunikuje a již nehovoří pouze o možných kosmetických vadách | P/K Hovoří o svém současném stavu, snaží se na svůj stav pohlížet realisticky Cíl splněn částečně |

U klientky J.H. jsme stanovily pět ošetřovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn a u dvou byl splněn částečně.

Tabulka č.10 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | × | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | × | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | × | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | × | | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | | × | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | × | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | | × | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,1 | | | | |

Klientka J.H. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve třech případech, 2 (velmi dobře) v osmi a 3 (dobře) ve čtyřech případech. Celkově hodnotila 2,1.

4.2 Výsledky kvaziexperimentu kontrolní skupiny

Klient: _____ J.V.

Primární role: muž, 44 let

Sekundární role: manžel, otec, pokrývač

Terciární role: pacient

Hospitalizován: chirurgické odd.Hořovice

Lékařská diagnóza: transmetatarzální amputace článků prstů pravé dolní končetiny,
diabetes mellitus

Ohniskový (hlavní) stimul: ztráta části dolní končetiny

Tabulka č.11 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u pana J.V.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 U klienta dojde k odstranění, zvládnutí bolesti
- č.2 Klient bude schopen pohybu v prostředí dle svých potřeb, bez omezení nebo s pomůckami
- č.3 Klient se efektivně zapojuje do léčebného režimu
- č.4 Klient dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.5 Klient zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|--|-------|---|---|--|
| 1. | Akutní bolest v souvislosti s operační ránou | 00132 | P/K udává bolest v oblasti operační rány při převazu na škále 5 | P/K udává bolest v oblasti jizvy na škále 3 | P/K udává, že bolest v oblasti jizvy již nepocituje, v případě potřeby využívá farmakologickou podporu Cíl splněn |

| | | | | | |
|----|--|--------------|--|--|---|
| 2. | Porušená chůze v souvislosti se ztrátou článků prstů nohy | 00088 | P/K udává zhoršenou schopnost pohybu v prostředí, při chůzi je nejistý, využívá hole | P/K je schopen pohybu v prostředí dle svých potřeb, na delší vzdálenost využívá hůl | P/K je schopen pohybu v prostředí dle svých potřeb Cíl splněn |
| 3. | Neefektivní léčebný režim v souvislosti s životními zvyklostmi (nedodržování diabetické diety) | 00078 | P/K zná rizika své choroby a důležitost léčebného režimu | P/K zná rizika své choroby a důležitost léčebného režimu | P/K se aktivně podílí na plánování péče, uvědomuje si nutnost dodržovat léčebný režim Cíl splněn |
| 4. | Poškozená sociální interakce v souvislosti se změnou životního stylu | 00052 | P/ K se přizpůsobuje dané roli, stále hovoří o ztrátě | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím ,vyjadřuje realistická očekávání | P/K realisticky plánuje přizpůsobení se nové roli , změnu role Cíl splněn |
| 5. | Porušený tělesný obraz v souvislosti s amputací | 00118 | P/K hovoří o ztrátě, prohlíží si nohu | P/K popisuje své pocity a spolupracuje | P/K se snaží realisticky pohlížet na své tělo Cíl splněn |

U klienta J.V. jsme stanovily pět ošetřovatelských diagnóz, cíl byl ve všech případech splněn.

**Tabulka č.12 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče,
hodnocení adaptační úrovně klienta.**

1

2 3 4 5

| | | | | | |
|--|-----|---|---|--|--|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | | × | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | × | | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepociťoval/a jen dotazování a přikazování | | | × | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | | × | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | × | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | × | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | | × | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,2 | | | | |

Klient J.V. vyjádřil svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve čtyřech případech, 2 (velmi dobře) ve čtyřech a 3 (dobře) v sedmi případech. Celkově hodnotil 2,2.

Klientka: J.Ř.

Primární role: žena, 55 let

Sekundární role: manželka, matka, babička, úřednice

Terciární role: pacientka

Hospitalizována: chirurgické odd.Hořovice

Lékařská diagnóza: Kolonostomie (tumor colon descendens, fistule perianalis)

Ohniskový (hlavní) stimul: Stomie

Tabulka č.13 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní J.Ř.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebezpečí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.2 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.3 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.4 Klientka se zapojuje do společnosti
- č.5 Klientka provádí péči o sebe sama
- č.6 Klientka vyjadřuje pozitivní sebehodnocení
- č.7 Klientka dokáže efektivně plnit role
- č.8 Klientka je dostatečně informována

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|------------------|--|--------------|--|---|--|
| 1. | Porušený tělesný obraz v souvislosti se stomií | 00118 | P/K má pocity bezmocnosti, beznaděje, studu, odmítá pohled na stomii | P/K popisuje své pocity, sleduje vzhled stomie, odmítá se dotknout-samostatně pečovat | P/K popisuje své pocity, snaží se na situaci pohlížet realisticky, ale péči stále odmítá Cíl nesplněn |
| 2. | Strach z budoucnosti v souvislosti se stomií | 00148 | P/K hovoří o strachu, jsou přítomné somatické projevy strachu | P/K je plačtivá, strach přetrvává, bez somatických příznaků strachu | P/K udává strach, projevy strachu se nezměnily, je plačtivá Cíl nesplněn |

| | | | | | |
|----|---|--------------|---|---|---|
| 3. | Poškozená sociální interakce v souvislosti s tělesnou změnou, studem | 00052 | P/K komunikuje pouze se zdravotníky, snaží se přizpůsobit nové roli | P/ K se přizpůsobuje dané roli, kontakt s rodinou obnoven, je jí oporou | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím Cíl splněn částečně |
| 4. | Sociální izolace v souvislosti z obav ze zápachu | 00053 | P/K je informována o funkčnosti pomůcek, vyhýbá se kontaktu s okolím, komunikuje jen se zdravotníky | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím ,velkou oporou je jí rodina | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím Cíl splněn částečně |
| 5. | Deficit sebedpěče při vyprazdňování stolice | 00110 | P/K potřebuje pomoc při výměně stomického sáčku a při péči o stomii | P/K potřebuje pomoc při výměně stomického sáčku a při péči o stomii | Pacientka není soběstačná v péči o stomii Rodina pacientky poskytuje pomoc Cíl nesplněn |
| 6. | Situačně snížená sebeúcta v souvislosti se ztrátou kontroly nad vyprazdňováním | 00120 | P/K vyjadřuje pocity bezmocnosti, studu, neúčinnosti | P/K vyjadřuje své pocity, komunikuje se Stomickou sestrou, je informována o možnostech ovlivnit vyprazdňování | P/K nachází kladné sebeocení v roli babičky. Cíl splněn částečně |
| 7. | Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací a změnou životního stylu | 00055 | P/ K se přizpůsobuje roli pacientky, cítí ohrožení v roli ženy, partnerky | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím ,stydí se před partnerem | P/K plánuje přizpůsobení se nové roli ,komunikuje s okolím Cíl splněn částečně |
| 8. | Deficitní znalost o nabízených pomůckách, o jejich funkci. o Klubu stomiků v souvislosti s nedostatečným poskytováním informací | 00126 | P/K je a o všem informována – kontaktována Stomickou sestrou, klade otázky, je nedůvěřivá | P/K je dostatečně informována, nejeví zájem o Klub stomiků, klade otázky týkající se stoma pomůcek | P/K je dostatečně informována Cíl splněn |

U klientky J.Ř. jsme stanovily osm ošetrovatelských diagnóz, u jedné byl cíl splněn, u čtyřech byl splněn částečně a u tří cíl splněn nebyl.

**Tabulka č.14 *Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče,
hodnocení adaptační úrovně klienta.***

| | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | | × | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | × | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | | × | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | × | | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | × | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | × | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | | × | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | | × | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | | | × | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,3 | | | | |

Klientka J.Ř. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve dvou případech, 2 (velmi dobře) v pěti a 3 (dobře) v osmi případech. Celkově hodnotila známkou 2,3.

Klient: _____ F.K.

Primární role: muž, 62 let

Sekundární role: manžel, otec, děda, důchodce

Terciární role: Člen rybářského klubu, pacient

Hospitalizován: chirurgické odd.Hořovice

Lékařská diagnóza: kolonostomie (ileus na podkladě kolorektálního karcinomu)

Ohniskový (hlavní) stimul: stomie

Tabulka č.15 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u pana F.K.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klient je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.2 Klient dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.3 Klient zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.4 Klient je dostatečně informován
- č.5 Klient provádí péči o sebe sama

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|---|--------------|---|---|--|
| 1. | Strach z budoucnosti v souvislosti s nádorovým onemocněním | 00148 | P/K hovoří o strachu, nemá somatické příznaky strachu | P/K je plačtivý, strach přetrvává | P/K udává strach, projevy strachu se nezmínilo Cíl nesplněn |
| 2. | Poškozená sociální interakce v souvislosti se stomií | 00052 | P/K komunikuje s okolím. Velmi mu pomáhá rodina | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím Cíl splněn částečně |
| 3. | Porušený tělesný obraz v souvislosti se stomií | 00118 | P/K má pocity bezradnosti, bezmocnosti a beznaděje, stále hovoří o stomii | P/K popisuje své pocity a spolupracuje | P/K se snaží realisticky pohlížet na své tělo, péčuje o stomii Cíl splněn |

| | | | | | |
|----|---|--------------|---|---|---|
| 4. | Deficitní znalost o nabízených pomůckách, o jejich funkci. o Klubu stomiků v souvislosti s nedostatečným poskytováním informací | 00126 | P/K je o všem informován – kontaktován Stomickou sestrou. | P/K je dostatečně informován, nejeví zájem o Klub stomiků | P/K je dostatečně informován Cíl splněn |
| 5. | Deficit se péče při vyprazdňování stolice | 00110 | P/K potřebuje pomoc při výměně stomického sáčku a při péči o stomii, snaží se spolupracovat | P/K pečuje o stomii, občas žádá dohled sestry | Pacient je soběstačný v péči o stomii Cíl splněn |

U klienta F .K. jsme stanovily pět ošetrovatelských diagnóz, u třech byl cíl splněn, u jedné byl splněn částečně a u jedné splněn nebyl.

Tabulka č.16 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | | × | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | | × | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | × | | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | | × | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | × | | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | × | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | | × | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkostí“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | | × | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | × | | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,2 | | | | |

Klient F.K. vyjádřil svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve čtyřech případech, 2 (velmi dobře) v pěti a 3 (dobře) v šesti případech. Celkově hodnotil známkou 2,2.

Klientka: H.K.
 Primární role: žena, 52 let
 Sekundární role: rozvedená, matka, pracovnice v zemědělství
 Terciární role: pacientka
 Hospitalizován: chirurgické odd.Hořovice
 Lékařská diagnóza: Amputace palce pravé nohy, diabetes mellitus
 Ohniskový (hlavní) stimul: amputace palce

Tabulka č.17 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní H.K.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 U klientky dojde k odstranění, zvládnutí bolesti
- č.2 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.3 Klientka bude schopna pohybu v prostředí dle svých potřeb, bez omezení nebo s pomůckami
- č.4 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.5 Klientka dokáže efektivně plnit role

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|--|--------------|---|--|--|
| 1. | Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem | 00132 | P/K udává bolest v oblasti operační rány při převazu na škále 6 | P/K udává bolest v oblasti jizvy na škále 2, v případě potřeby využívá farmakologickou | P/K udává, že bolest v oblasti jizvy již nepocítuje, v případě potřeby využívá farmakologickou podporu Cíl splněn |
| 2. | Porušený tělesný obraz v souvislosti s amputací | 00118 | P/K má pocity bezradnosti, stále hovoří o ztrátě, sleduje nohu | P/K popisuje své pocity a spolupracuje, řeší volbu vhodné obuvi | P/K se snaží realisticky pohlížet na své tělo, rodina je oporou Cíl splněn |

| | | | | | |
|----|---|--------------|--|---|--|
| 3. | Porušená chůze v souvislosti s amputací palce | 00088 | P/K udává zhoršenou pohyblivost v prostředí, při chůzi se cítí nejistá, udává potíže s rovnováhou | P/K je schopna pohybu v prostředí dle svých potřeb, na delší vzdálenost využívá hůl, řeší volbu vhodné obuvi | P/K je schopna pohybu v prostředí dle svých potřeb Cíl splněn |
| 4. | Strach z budoucnosti | 00148 | P/K hovoří o pocitech strachu, nejsou přítomné somatické projevy | P/K udává zmírnění strachu zejména po rozhovoru, je informována | U P/K došlo ke zmírnění strachu, udává zlepšení tělesné a psychické pohody Cíl splněn částečně |
| 5. | Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací a přijímáním péče | 00055 | P/K je informována, spolupracuje, snaží se přijímat péči, komunikuje | P/K se přizpůsobuje nové roli, spolupracuje | Cíl splněn |

U klientky H.K. jsme stanovily pět ošetrovatelských diagnóz, u čtyřech byl cíl splněn, u jedné byl splněn částečně.

Tabulka č.18 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klienta.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | × | | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | × | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | × | | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | | × | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | × | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | × | | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | | × | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | | × | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkostí“ (relaxace, odborník – psycholog..) | | | × | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,2 | | | | |

Klientka H.K. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve třech případech, 2 (velmi dobře) v šesti a 3 (dobře) v šesti případech. Celkově hodnotila známkou 2,2.

Klientka: M.S.

Primární role: žena, 46 let

Sekundární role: manželka, matka, učitelka

Terciární role: pacientka, členka pěveckého sboru

Hospitalizován: chirurgické odd.Hořovice

Lékařská diagnóza: ablace levého prsu bez odstranění mízních uzlin (s následnou chemoterapií)

Ohniskový (hlavní) stimul: ztráta prsu

Tabulka č.19 Hodnocení dosaženého cíle vzhledem k diagnózám u paní M.S.

Cíl u ošetrovatelské diagnózy:

- č.1 Klientka zahrnuje změny tělesného obrazu do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti
- č.2 Klientka je beze strachu, přiměřeně citově reaguje
- č.3 U klientky dojde k odstranění, zvládnutí bolesti
- č.4 Klientka dokáže efektivně plnit role
- č.5 Klientka dosáhne adekvátních sociálních interakcí v interpersonálních vztazích
- č.6 Klientka spí celou noc, cítí se odpočatá
- č.7 Klientka je dostatečně informována

| Diagnóza: | | Kód: | 1. týden | 2. týden | 3. týden |
|-----------|---|-------|---|---|---|
| 1. | Porušený tělesný obraz v souvislosti s ablací | 00118 | P/K vyjadřuje nepříjemné pocity studu. Odmítá pohled na své tělo. | P/K je informována o protetických pomůckách (epitézách), o nošení vhodného oděvu. Prohlíží si své tělo. | P/K Hovoří o svém současném stavu, snaží se pohlížet realisticky na své tělo Cíl splněn částečně |

| | | | | | |
|----|--|--------------|--|---|--|
| 2. | Strach z budoucnosti v souvislosti nádorovým onemocněním- ztrátou prsu a následnou léčbou | 00148 | P/K verbalizuje strach, při rozhovoru je plačtivá | P/K udává zmírnění strachu zejména po rozhovoru, je plačtivá. | P/K udává zmírnění strachu po rozhovoru Cíl splněn částečně |
| 3. | Akutní bolest v souvislosti s operací | 00132 | P/K udává bolest na škále č. 7 | P/K je informována o relaxačních technikách, poslouchá hudbu, využívá farmakologické podpory, udává bolest na škále č. 3 | P/K stále udává pocit nepohody, které jsou snesitelné Cíl splněn částečně |
| 4. | Neefektivní plnění role v souvislosti se ztrátou symbolu ženství a hospitalizací | 00055 | P/K udává, že se již necítí být ženou, je plačtivá. | P/K hovoří o svých pocitech | P/K vyjadřuje realistická očekávání, oporou je jí manžel Cíl splněn částečně |
| 5. | Poškozená sociální interakce v souvislosti s ablací | 00052 | P/K komunikuje s okolím zřídka, snaží se přizpůsobovat dané roli | P/ K se snaží přizpůsobovat dané roli, komunikuje s okolím zřídka, je uzavřená | P/ K se přizpůsobuje dané roli, komunikuje s okolím zřídka Velkou oporou je jí manžel Cíl nesplněn |
| 6. | Porušený spánek v souvislosti se stresem a úzkostí | 00095 | P/K zná příčiny poruchy spánku, cítí se unavená | P/K není poučena o relaxačních technikách navozující spánek, cítí se unavená, spí 4 hodiny. | P/K je stále unavená, probouzí se během noci, spí 4 hodiny Cíl nesplněn |

| | | | | | |
|----|--|--------------|--|---|---|
| 7. | Deficitní znalost v souvislosti s nedostatkem informací o existenci organizací a klubu žen s onemocněním prsu | 00126 | P/K je informována o možnosti kontaktovat organizaci | P/K neprojevuje zájem o kontakt P/K žádá informační materiály v tištěné podobě | P/K ví na koho se obrátit v případě zájmu, má dostatek informací Cíl splněn |
|----|--|--------------|--|---|---|

U klientky M.S. jsme stanovily sedm ošetřovatelských diagnóz, u jedné byl cíl splněn, u čtyřech byl splněn částečně a u jedné cíl splněn nebyl.

Tabulka č.20 Hodnocení spokojenosti klienta při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klienta.

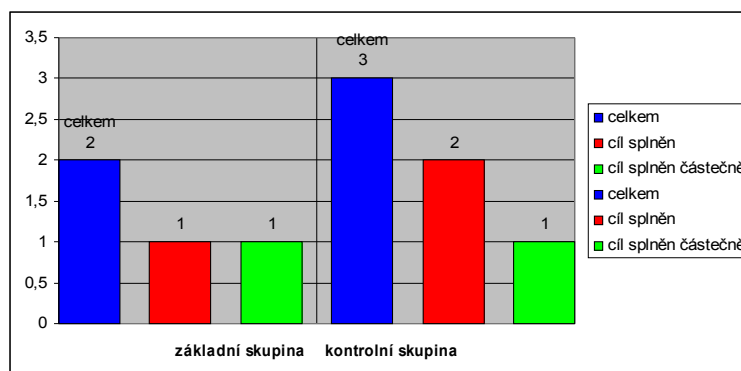
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---|---|---|---|
| S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a | × | | | | |
| Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“ | | | × | | |
| Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování | | × | | | |
| Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání | | | × | | |
| Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocíťoval/a jen dotazování a příkazování | | | × | | |
| Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět | | | × | | |
| Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci | | | × | | |
| Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry | | × | | | |
| Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace | | | × | | |
| Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna | | × | | | |
| Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala | | × | | | |
| Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..) | × | | | | |
| Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám | × | | | | |
| Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky | × | | | | |
| Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky | | × | | | |
| Celkové hodnocení: | 2,1 | | | | |

Klientka M.S. vyjádřila svou spokojenost a úroveň adaptace známkami 1 (výborně) ve čtyřech případech, 2 (velmi dobře) v pěti a 3 (dobře) v šesti případech. Celkově hodnotila známkou 2,1.

4.3 Porovnání výsledků kvaziexperimentu – souhrn

Graf č. 1 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny

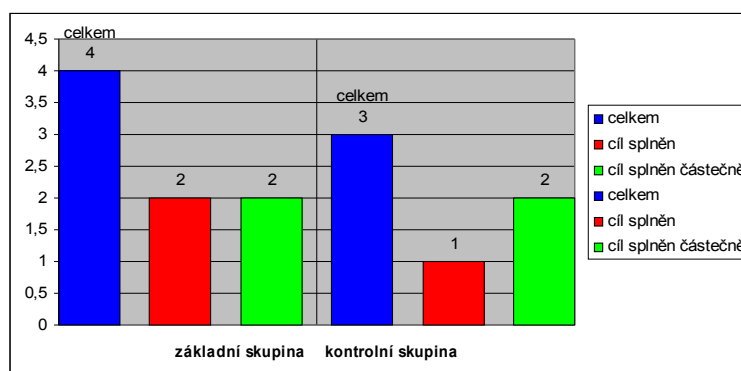
Ošetřovatelská diagnóza: Akutní bolest



Ošetřovatelská diagnóza akutní bolest byla stanovena u dvou klientů základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u jednoho klienta základní skupiny, u jednoho klienta byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u dvou klientů a u jednoho byl splněn částečně.

Graf č. 2 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny

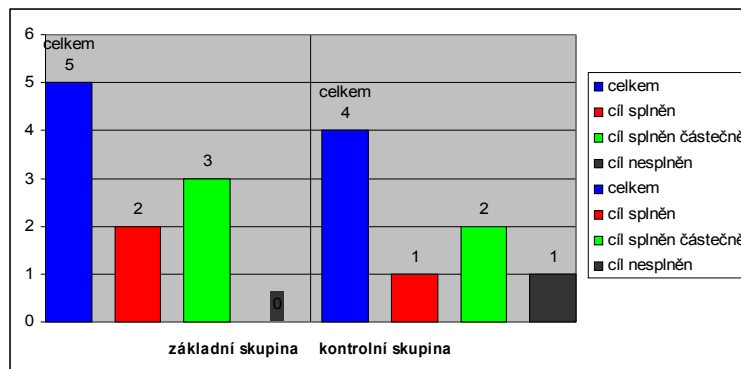
Ošetřovatelská diagnóza: Neefektivní plnění rolí



Ošetřovatelská diagnóza neefektivní plnění rolí byla stanovena u čtyř klientů základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u dvou klientů základní skupiny, u dvou klientů byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta a u dvou byl splněn částečně.

Graf č. 3 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny

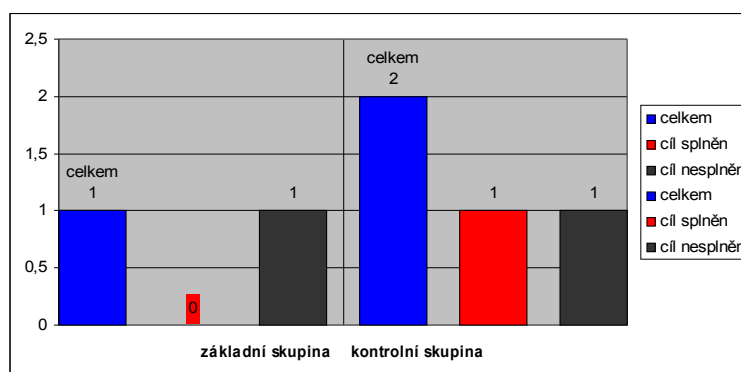
Ošetřovatelská diagnóza: Poškozená sociální interakce



Ošetřovatelská diagnóza poškozená sociální interakce byla stanovena u pěti klientů základní skupiny a u čtyř klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u dvou klientů základní skupiny, u tří klientů byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta, u dvou byl splněn částečně u jednoho klienta se cíl nesplnil.

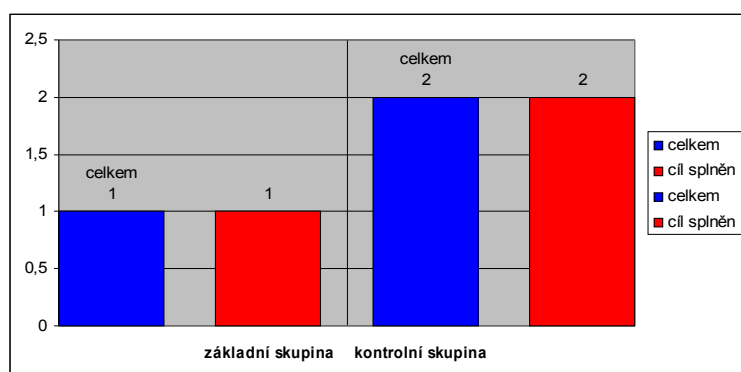
Graf č. 4 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny

Ošetřovatelská diagnóza: Deficit sebepěče



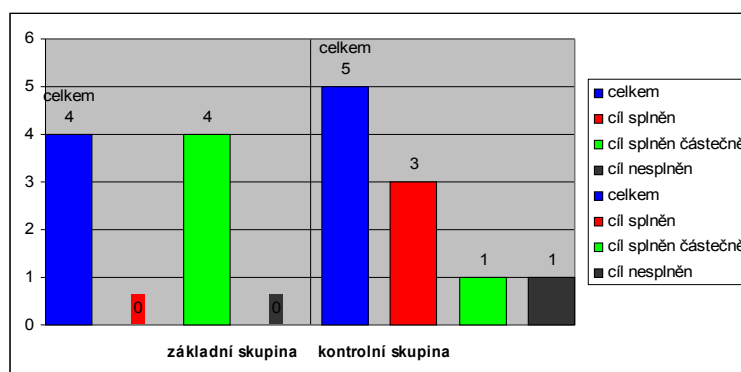
Ošetřovatelská diagnóza deficit sebepěče byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u dvou klientů kontrolní skupiny. Cíl u klienta základní skupiny nebyl splněn. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta a u jednoho klienta se cíl nesplnil.

Graf č. 5 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny
Ošetřovatelská diagnóza: Porušená chůze



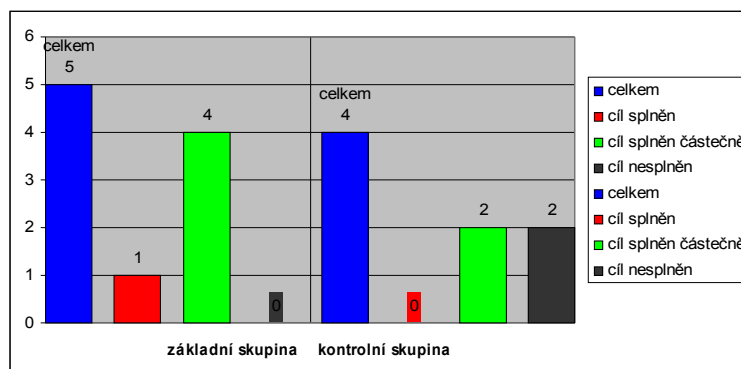
Ošetřovatelská diagnóza porušená chůze byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u dvou klientů kontrolní skupiny. Cíl u klienta základní skupiny byl splněn. U klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn.

Graf č. 6 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny
Ošetřovatelská diagnóza: Porušený tělesný obraz



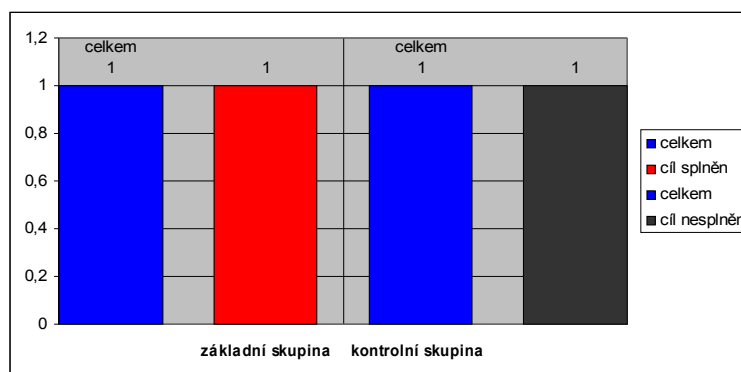
Ošetřovatelská diagnóza porušený tělesný obraz byla stanovena u čtyř klientů základní skupiny a u pěti klientů kontrolní skupiny. U čtyř klientů základní skupiny byl cíl splněn částečně. U tří klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn, u jednoho byl splněn částečně a u jednoho klienta se cíl nesplnil.

Graf č. 7 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny
Ošetřovatelská diagnóza: Strach



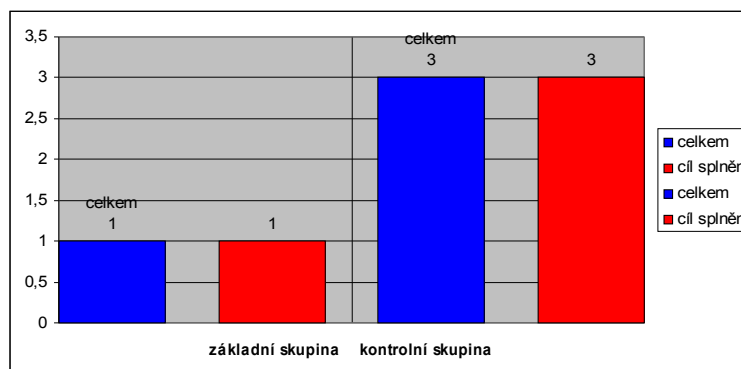
Ošetřovatelská diagnóza strach byla stanovena u pěti klientů základní skupiny a u čtyř klientů kontrolní skupiny. U jednoho klienta základní skupiny byl cíl splněn, u čtyř klientů byl cíl splněn částečně. U dvou klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn částečně a u dvou klientů se cíl nesplnil.

Graf č. 8 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny
Ošetřovatelská diagnóza: Porušený spánek



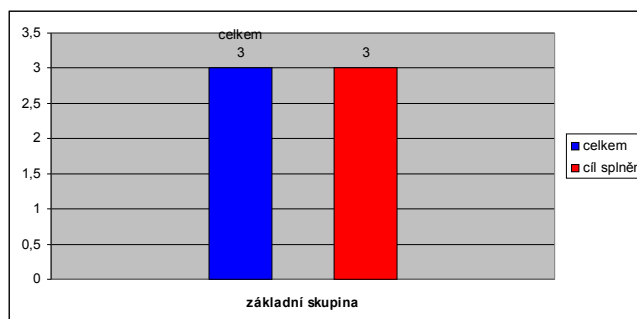
Ošetřovatelská diagnóza porušený spánek byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u jednoho klienta kontrolní skupiny. U jednoho klienta základní skupiny byl cíl splněn. U jednoho klienta kontrolní skupiny se cíl nesplnil.

Graf č. 9 Porovnání dosažených cílů u klientů základní a kontrolní skupiny
Ošetřovatelská diagnóza: Deficit znalostí



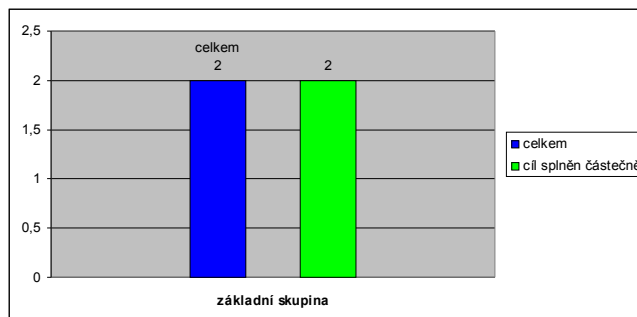
Ošetřovatelská diagnóza deficit znalostí byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. U jednoho klienta základní skupiny byl cíl splněn. U tří klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn.

Graf č. 10 Ošetřovatelská diagnóza: Bezmocnost



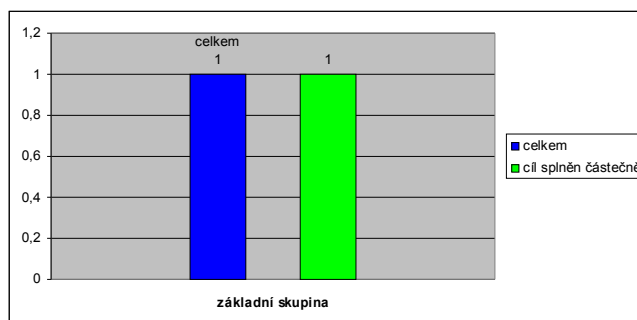
Ošetřovatelská diagnóza bezmocnost byla stanovena pouze u tří klientů základní skupiny, ve všech případech byl cíl splněn.

Graf č. 11 Ošetřovatelská diagnóza: Dysfunkční smutek



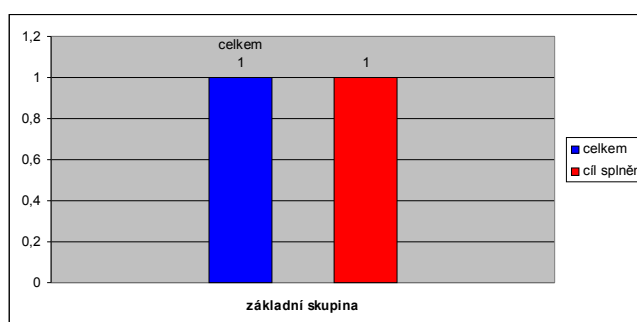
Ošetřovatelská diagnóza dysfunkční smutek byla stanovena pouze u dvou klientů základní skupiny, ve všech případech byl cíl splněn částečně.

Graf č. 12 Ošetřovatelská diagnóza: Anticipační smutek



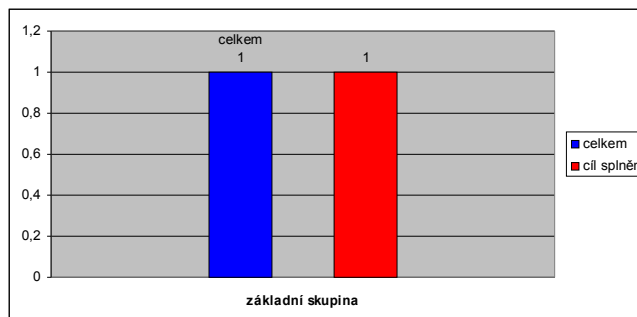
Ošetřovatelská diagnóza anticipační smutek byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn částečně

Graf č. 13 Ošetřovatelská diagnóza: Únava



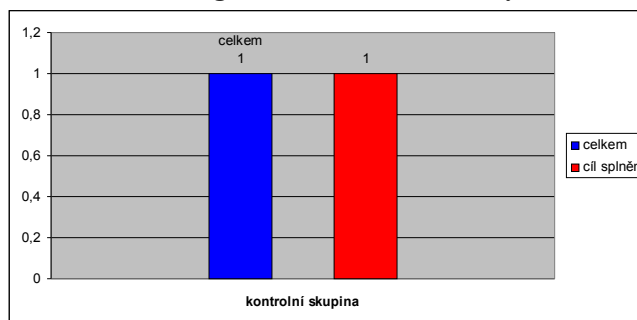
Ošetřovatelská diagnóza únava byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn.

Graf č. 14 Ošetřovatelská diagnóza: Neefektivní zvládnání zátěže



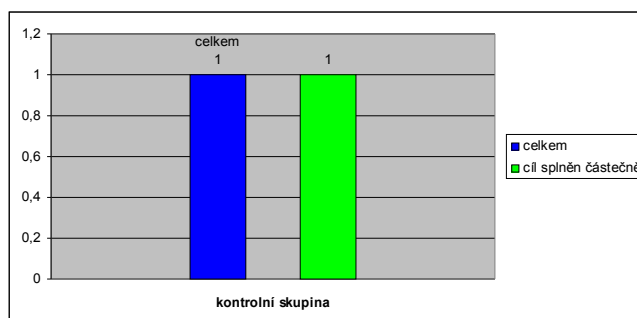
Ošetřovatelská diagnóza neefektivní zvládnání zátěže byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn.

Graf č. 15 Ošetřovatelská diagnóza: Neefektivní léčebný režim



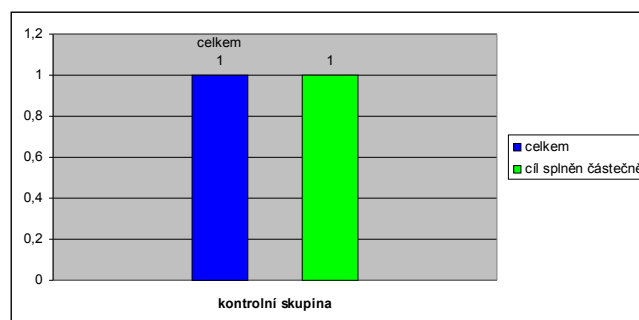
Ošetřovatelská diagnóza neefektivní léčebný režim byla stanovena pouze u jednoho klienta kontrolní skupiny, cíl byl splněn.

Graf č. 16 Ošetřovatelská diagnóza: Sociální izolace



Ošetřovatelská diagnóza sociální izolace byla stanovena pouze u jednoho klienta kontrolní skupiny, cíl byl splněn částečně.

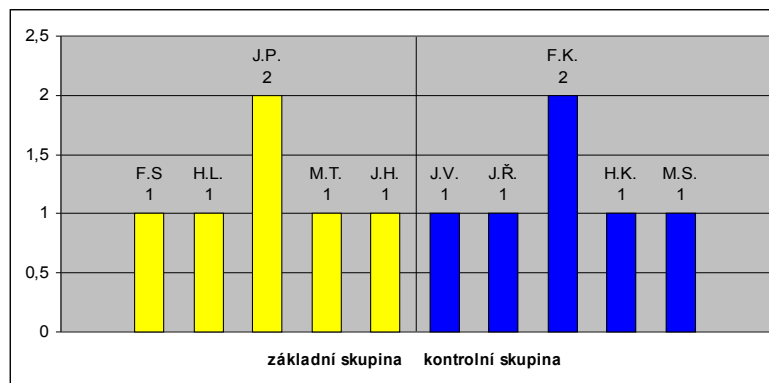
Graf č. 17 Ošetrovatelská diagnóza: Situačně snížená sebeúcta



Ošetrovatelská diagnóza situačně snížená sebeúcta byla stanovena pouze u jednoho klienta kontrolní skupiny, cíl byl splněn částečně.

Graf č. 18 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

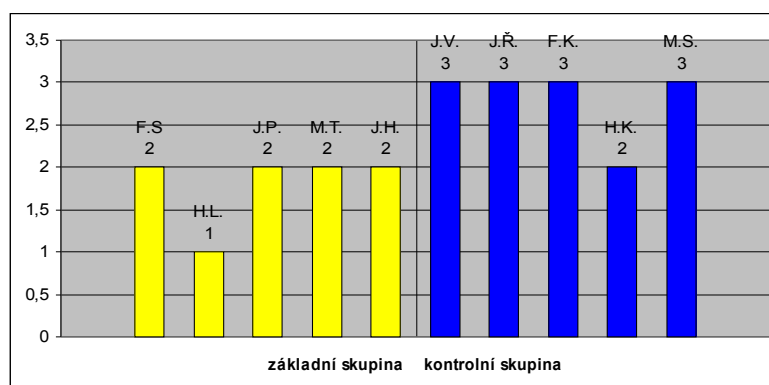
otázka č. 1: S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve čtyřech případech známkou 1 (výborně), jeden klient hodnotil 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 1 (výborně) a jeden klient hodnotil 2 (velmi dobře).

Graf č. 19 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

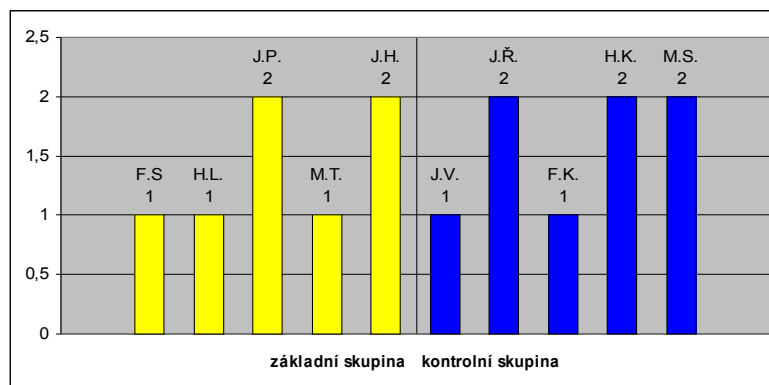
otázka č. 2: Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve čtyřech případech známkou 2 (velmi dobře) a jeden klient hodnotil 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jeden klient 2 (velmi dobře).

Graf č. 20 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

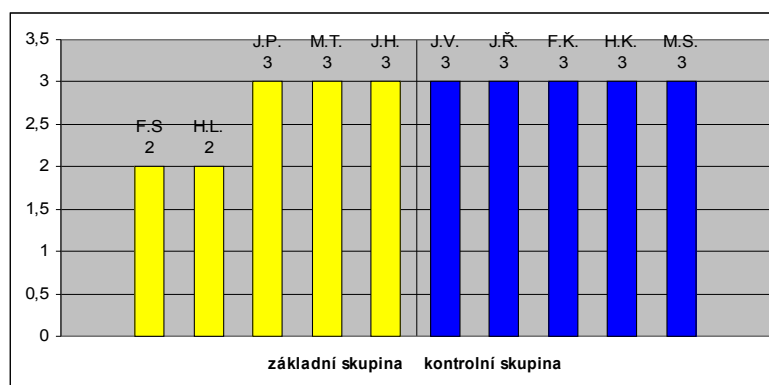
otázka č. 3: Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 1 (výborně) a dva klienti hodnotili známkou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve dvou případech známkou 1 (výborně) a tři klienti hodnotili známkou 3 (dobře).

Graf č. 21 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

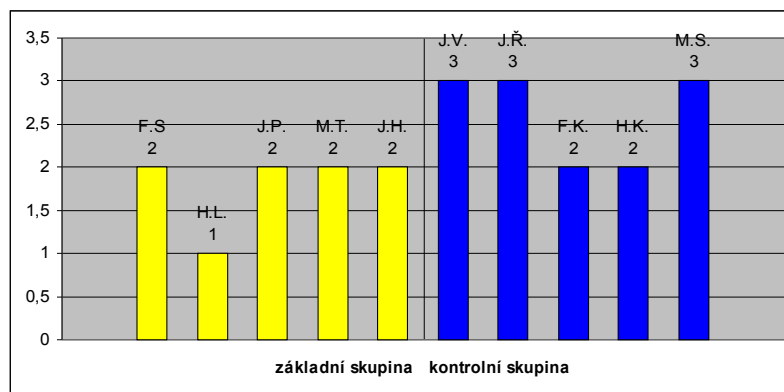
otázka č. 4: Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 3 (dobře) a dva klienti hodnotili známkou 2 (velmi dobře). Všichni klienti kontrolní skupiny hodnotili známkou 3 (dobře).

Graf č. 22 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

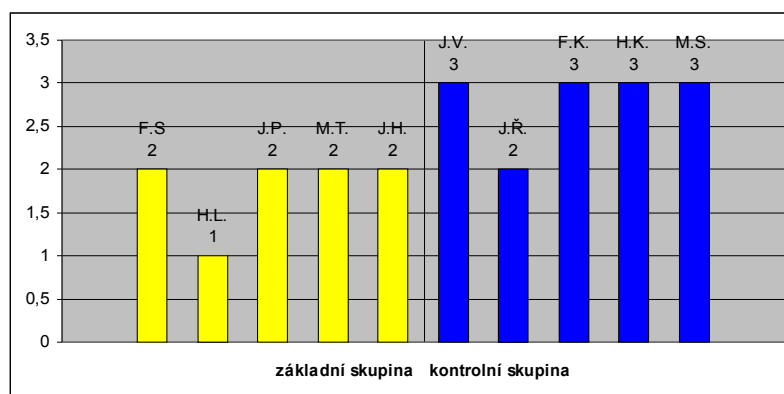
otázka č. 5: Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepocit'oval/a jen dotazování a přikazování



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 2 (velmi dobře) a jeden klient hodnotil známkou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech známkou 3 (dobře) a ve dvou případech známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 23 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

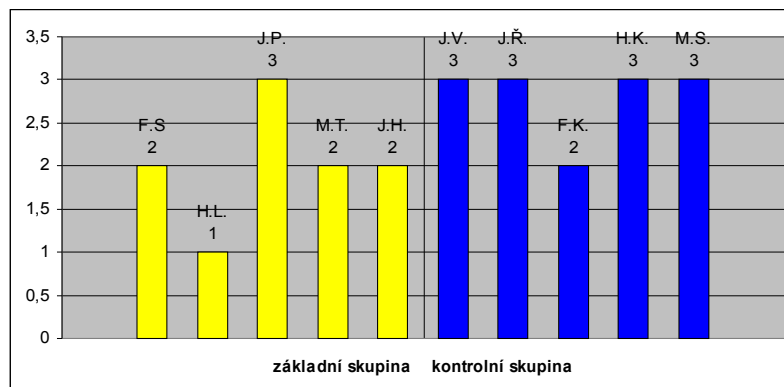
otázka č. 6: Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohledu na život a na svět



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve čtyřech případech známkou 2 (velmi dobře) a jeden klient hodnotil známkou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jeden klient hodnotil známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 24 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

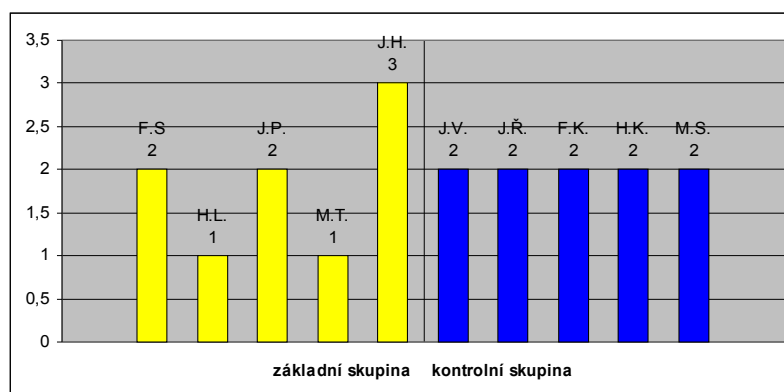
otázka č. 7: Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 2 (velmi dobře), jeden klient hodnotil známkou 1 (výborně) a jeden známkou 3 (dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jeden klient hodnotil známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 25 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

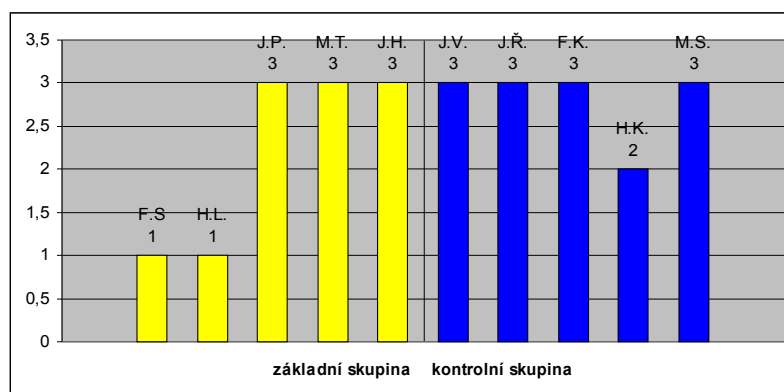
otázka č. 8: Sestra mi věnovala maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve dvou případech známkou 1 (výborně) a ve dvou případech známkou 2 (velmi dobře), jeden klient hodnotil známkou 3 (dobře) . Všichni klienti kontrolní skupiny hodnotili známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 26 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

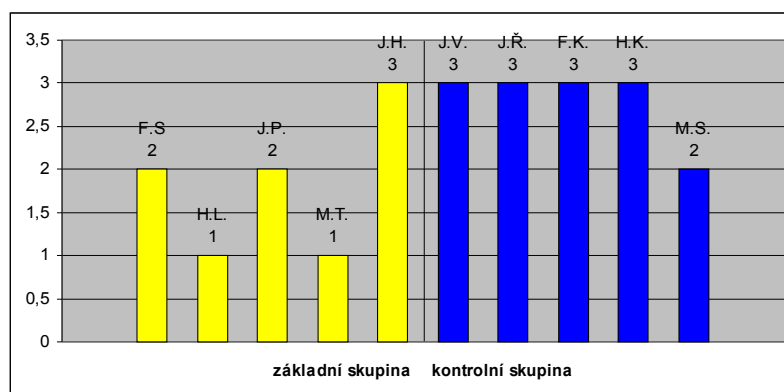
otázka č. 9: Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 3 (dobře) a dva klienti hodnotili známkou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jeden klient hodnotil známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 27 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

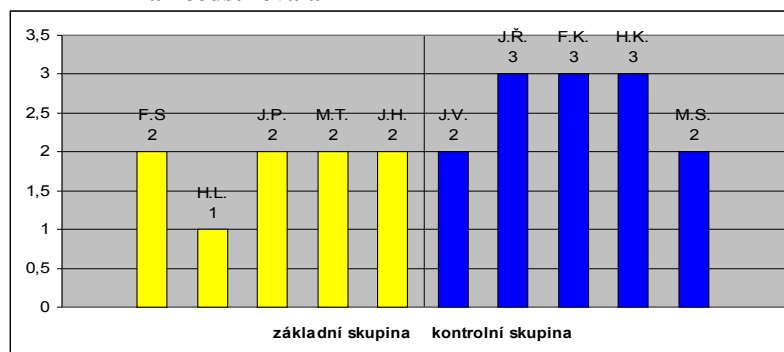
otázka č. 10: Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve dvou případech známkou 1 (výborně) a ve dvou případech známkou 2 (velmi dobře), jeden klient hodnotil známkou 3 (dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jeden klient hodnotil známkou 2 (velmi dobře).

Graf č. 28 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

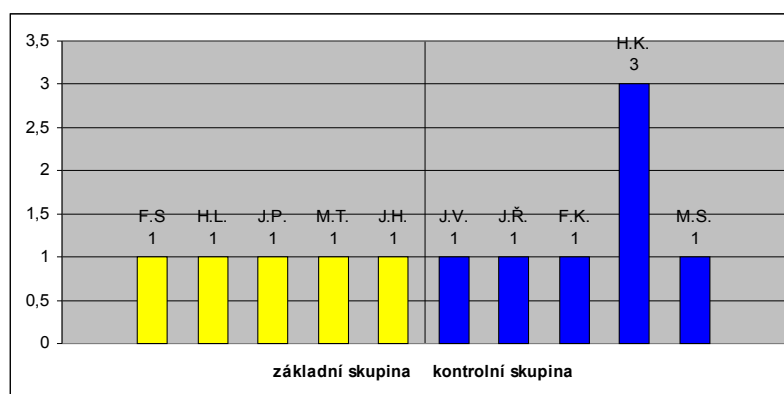
otázka č. 11: Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve čtyřech případech známkou 2 (velmi dobře) a jeden klient hodnotil známkou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech známkou 3 (dobře) a dva klienti hodnotili známkou 2 (velmi dobře)

Graf č. 29 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

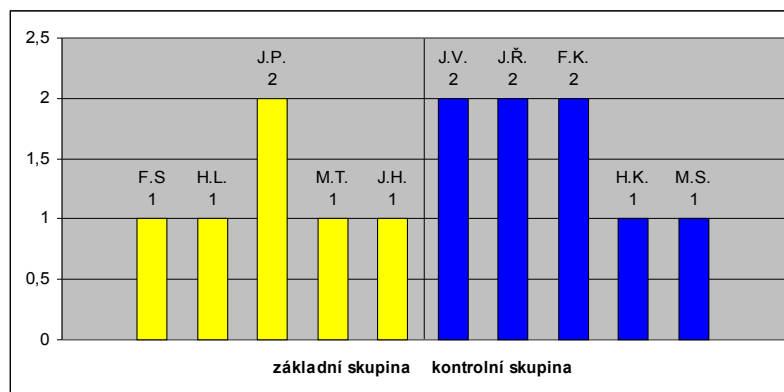
otázka č. 12: Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..)



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve všech případech známkou 1 (výborně), jednalo se o nabídku služeb psychologa. Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 1 (výborně), jeden klient hodnotil známkou 3 (dobře), jednalo se o nabídku služeb psychologa a členství v klubu stomiků.

Graf č. 30 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

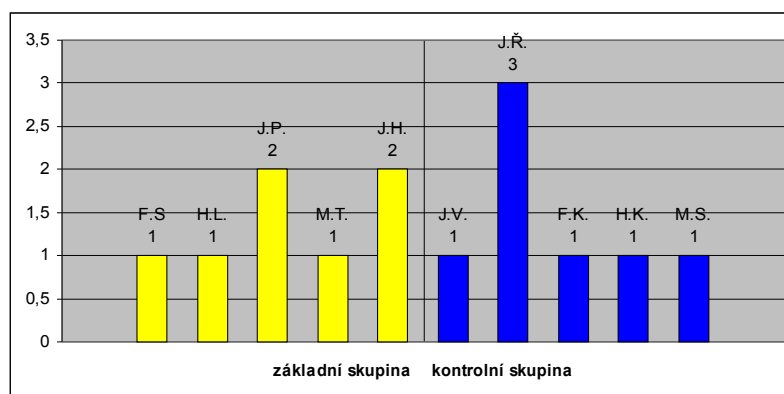
otázka č. 13: Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve čtyřech případech známkou 1 (výborně) a jeden klient hodnotil známkou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech známkou 2 (velmi dobře). Dva klienti hodnotili známkou 1 (výborně).

Graf č. 31 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

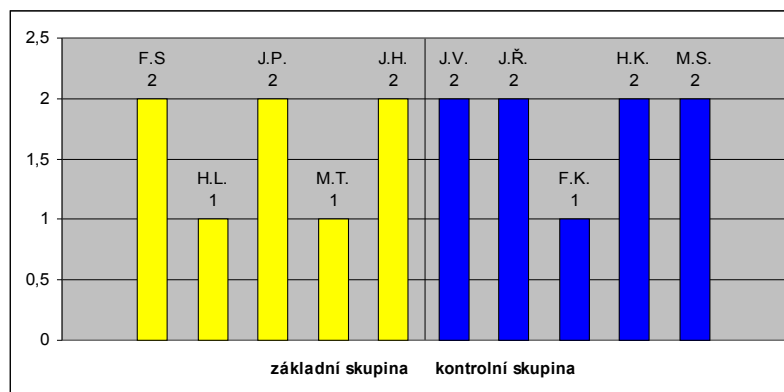
otázka č. 14: Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 1 (výborně) a dva klienti hodnotili známkou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 1 (výborně) a jeden klient hodnotil známkou 3 (dobře).

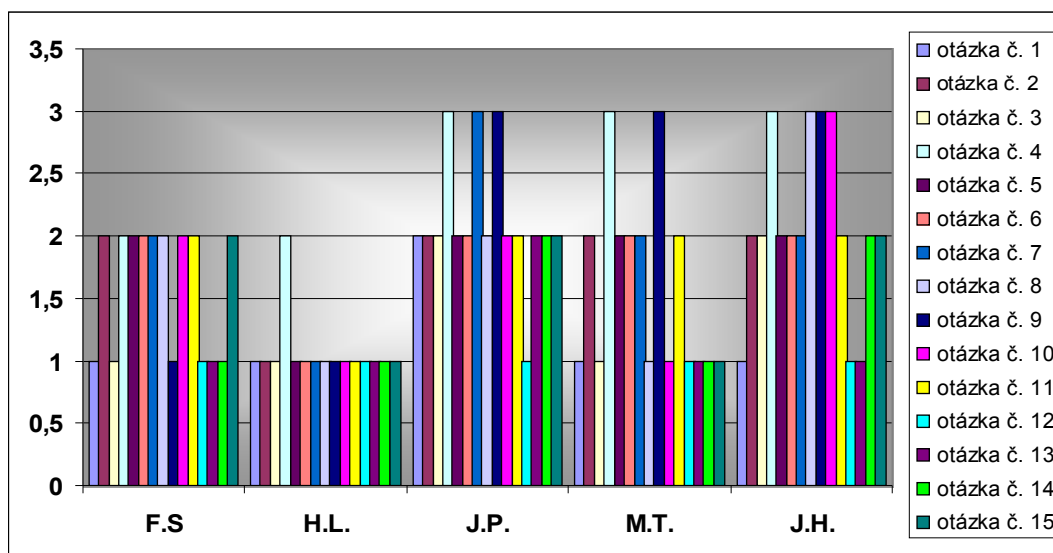
Graf č. 32 Porovnání hodnocení spokojenosti při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně klientů základní a kontrolní skupiny

otázka č. 15: Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky



Svou spokojenost a úroveň adaptace vyjádřili klienti základní skupiny ve třech případech známkou 2 (velmi dobře) a dva klienti hodnotili známkou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 2 (velmi dobře) a jeden klient hodnotil známkou 1 (výborně).

Graf č. 33 Hodnocení spokojenosti klientů základní skupiny při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C.Royové, hodnocení adaptační úrovně

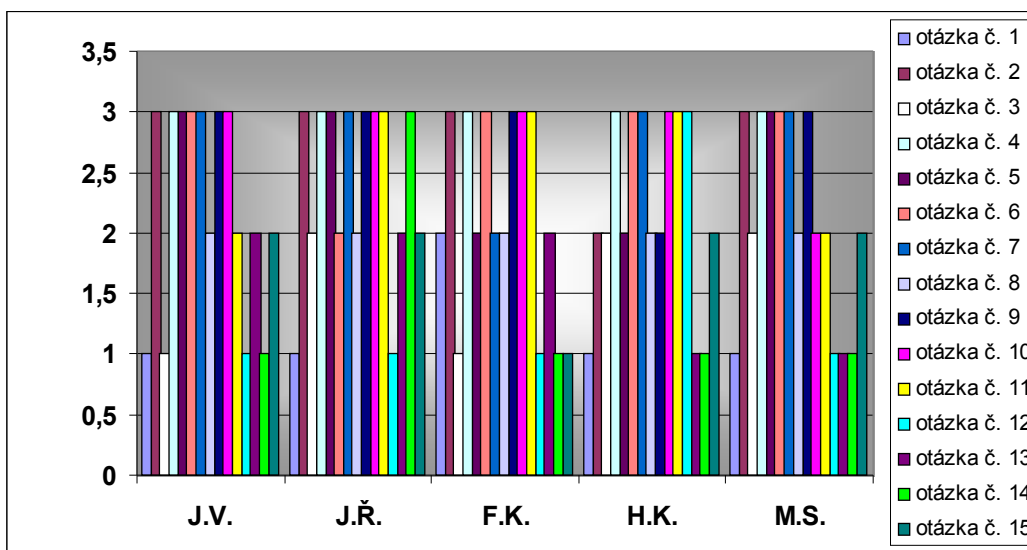


Tabulka č. 21

Celkové hodnocení spokojenosti klientů základní skupiny při poskytování ošetrovatelské péče podle modelu C. Royové, hodnocení adaptační úrovně

| Klient | Hodnocení |
|---|-----------|
| F.S. | 1,6 |
| H.L. | 1,07 |
| J.P. | 2,0 |
| M.T. | 1,5 |
| J.H. | 2,1 |
| Průměrné hodnocení klientů <i>základní skupiny</i> | 1,66 |

Graf č. 34 Hodnocení spokojenosti klientů kontrolní skupiny při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně

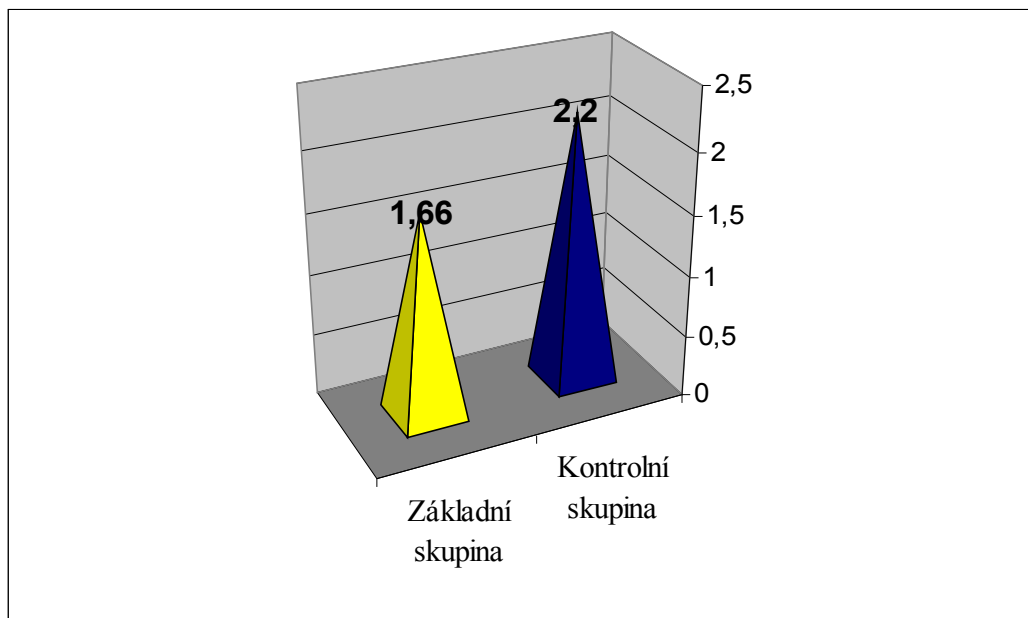


Tabulka č. 22

Celkové hodnocení spokojenosti klientů kontrolní skupiny při poskytování ošetrovatelské péče, hodnocení adaptační úrovně.

| Klient | Hodnocení |
|--|-----------|
| J.V. | 2,2 |
| J.Ř. | 2,3 |
| F.K. | 2,2 |
| H.K. | 2,2 |
| M.S. | 2,1 |
| Průměrné hodnocení klientů kontrolní skupiny | 2,2 |

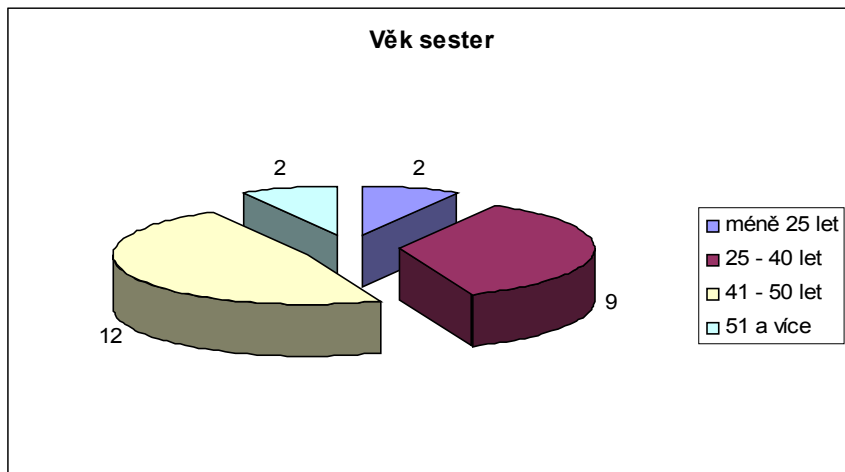
Graf č. 35 Celkové hodnocení spokojenosti klientů základní a kontrolní skupiny klientů při poskytování péče, hodnocení adaptační úrovně.



Klienti základní skupiny hodnotili spokojenost s ošetrovatelskou péčí poskytovanou podle modelu C. Royové známkou 1,66. Klienti kontrolní skupiny hodnotili spokojenost s péčí známkou 2,2.

4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami

Graf č. 36



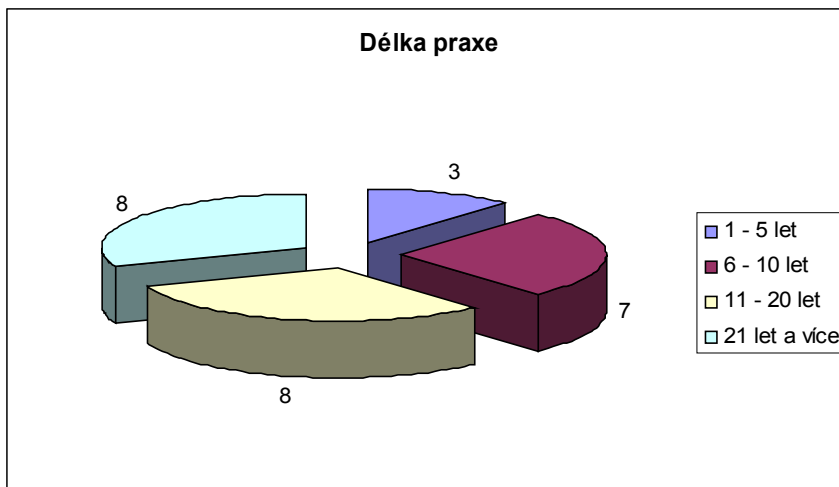
Oslovily jsme 2 sestry do 25 let, 2 ve věku 51 let a více, 9 ve věku 25 - 40 let a 12 ve věku 41 – 50 let.

Graf č. 37



7 sester dokončilo SZŠ , 9 sester SZŠ + PSS, 3 sestry absolvovaly VOŠ zdrv. a 5 sester vystudovalo VŠ.

Graf č. 38



Délku praxe na lůžkovém oddělení udaly 3 sestry dobu od 1 – 5 let, 7 sester udalo dobu 6 – 10 let, 8 sester 11 – 20 let a 8 sester 21 let a více.

Graf č. 39



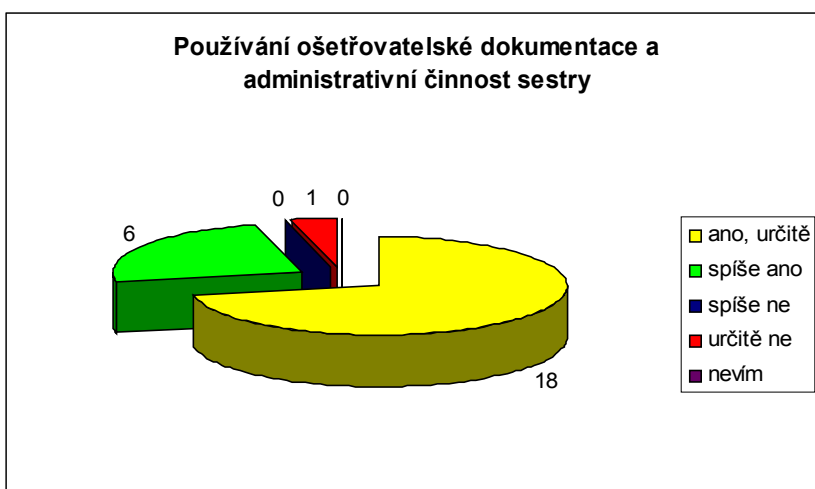
Na otázku, zda sestry poskytují ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu odpovědělo 10 sester ano, 9 využívá metody občas a 5 ne.

Graf č. 40



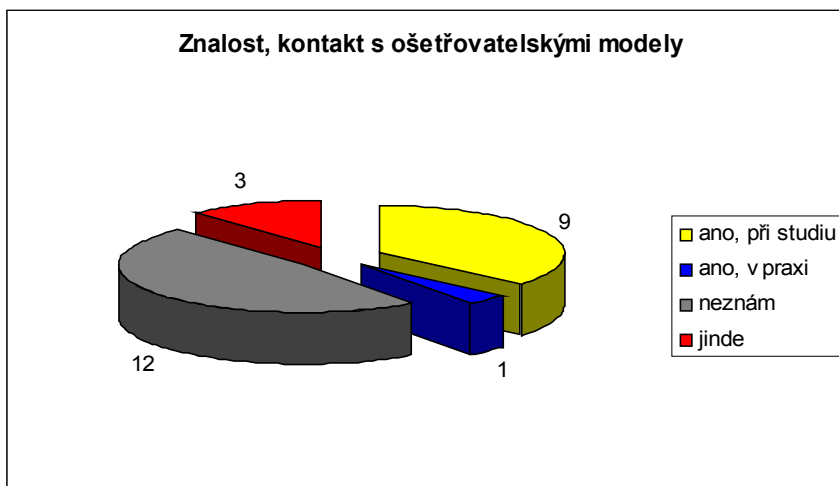
Na otázku, zda je na jejich pracovišti používána jednotná ošetrovatelská dokumentace odpověděly všechny dotazované sestry ano.

Graf č. 41



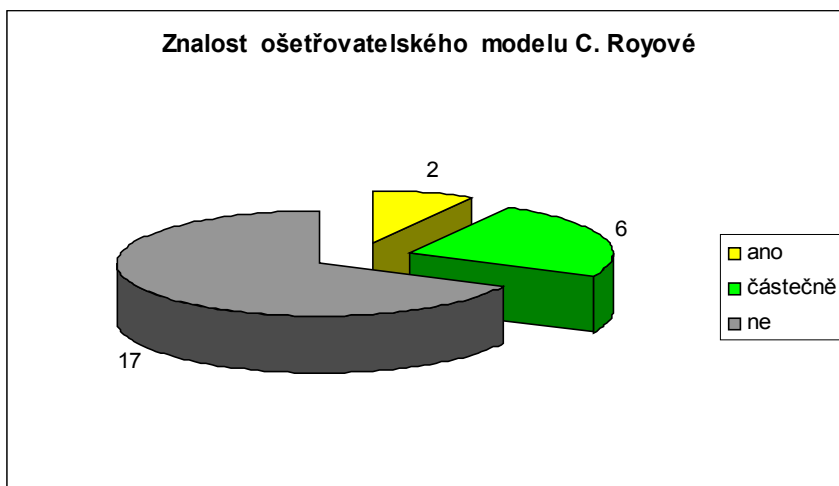
Na otázku, zda používání ošetrovatelské dokumentace navyšuje administrativní činnosti sestry odpovědělo 18 dotazovaných ano-určitě, 6 spíše-ano, 1 sestra odpověděla ne.

Graf č. 42



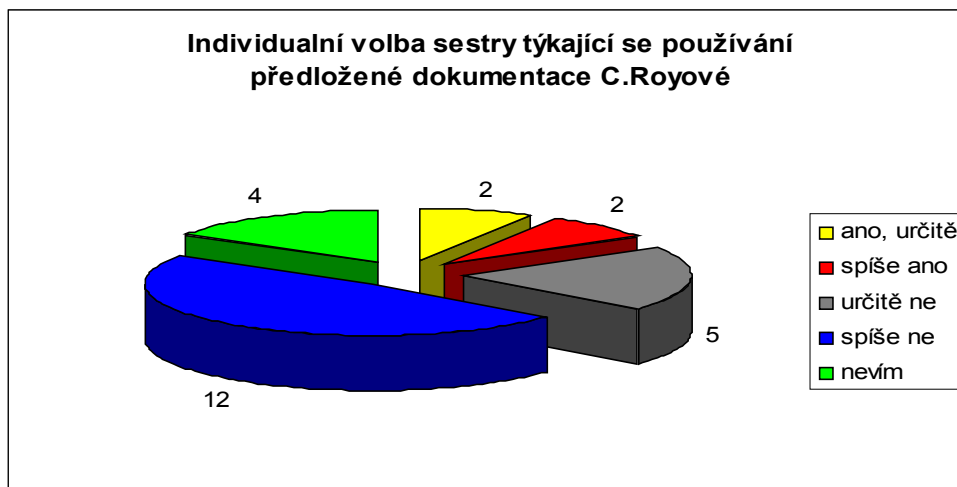
Na otázku zda sestry znají nebo se setkaly s ošetrovatelskými modely odpovědělo 9 sester při studiu, 3 sestry v odborném časopisu, 1 v praxi a 12 sester ošetrovatelské modely nezná.

Graf č. 43



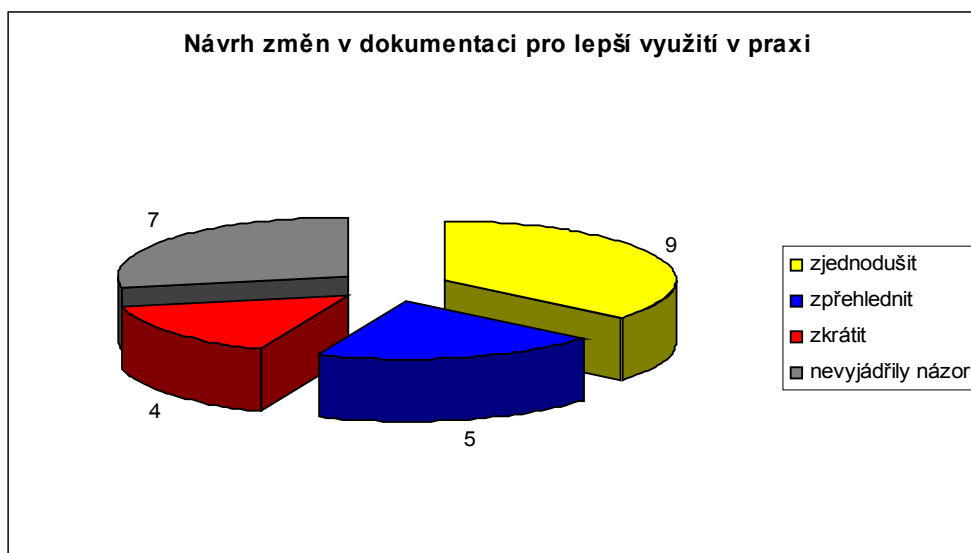
Na otázku, zda sestry znají ošetrovatelský model C. Royové odpověděly 2 sestry ano, 6 částečně a 17 sester model nezná.

Graf č. 44



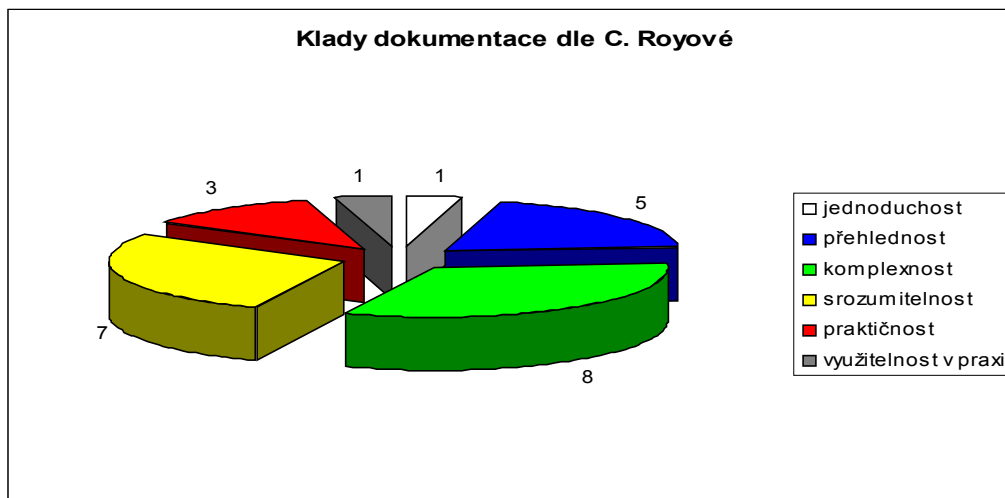
Na otázku, zda by sestry samy chtěly pracovat s předloženou dokumentací C.Royové odpověděly 2 sestry určitě ano, 2 spíše ano, 12 sester spíše ne, 5 určitě ne a 4 sestry nevěděly.

Graf č. 45



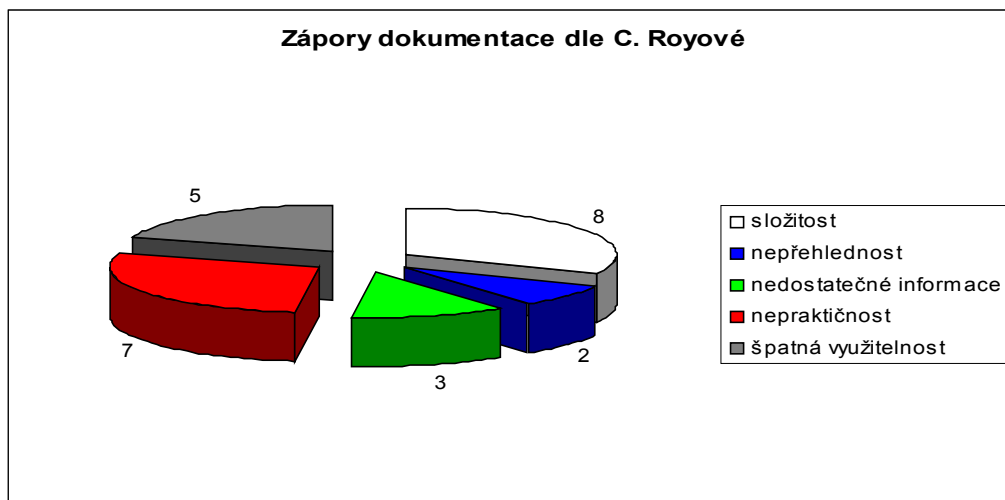
Dotazované sestry se shodly na třech změnách, aby mohla být dokumentace využita v praxi (zjednodušit, zpréhlednit, zkrátit). Na tuto otázku neodpověděly všechny dotazované sestry.

Graf č. 46



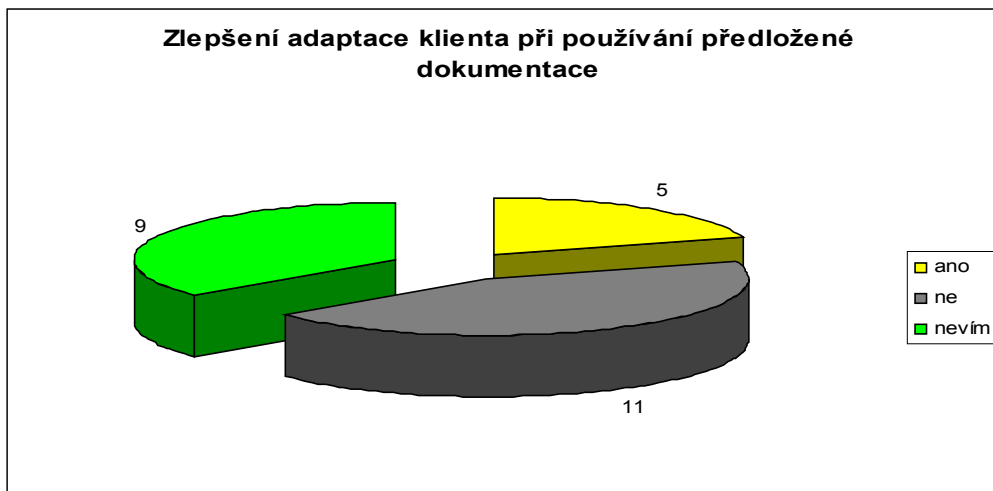
Pozitivně sestry hodnotily komplexnost dokumentace (8), srozumitelnost (7), přehlednost (5), praktičnost (3), jednoduchost a využitelnost v praxi (1).

Graf č. 47



Za negativní označily sestry složitost (8), nepraktičnost a špatnou využitelnost v praxi (12), nepřehlednost (2) a 3 sestry se domnívají, že dokumentace obsahuje nedostatečné informace.

Graf č. 48



Na otázku, zda by používání ošetrovatelské dokumentace dle C. Royové zlepšilo adaptaci klienta odpovědělo 5 sester ano, 11 sester ne a 9 sester nevědělo.

Graf č. 49



Na otázku, zda by při používání ošetrovatelské dokumentace dle C. Royové došlo ke zlepšení kvality péče odpověděly 4 sestry ano, 11 sester ne a 10 sester nevědělo, nedokázalo posoudit.

5. Diskuse

Ve výzkumné části práce jsme zjišťovaly, zda je možné uplatnit model C.Royové u klientů s ireverzibilními změnami, respektive nás zajímalo, zda prostřednictvím péče poskytované dle modelu Royové bude klient připraven pro efektivní sociální interakce, zda dojde k adekvátní adaptaci a k prevenci rolového konfliktu. Ve vztahu ke stanoveným cílům a hypotézám a na základě prostudovaných pramenů, jsme ve výzkumné části postupovaly takto.

1. V první fázi kvaziexperimentu jsme vytvořily ošetrovatelskou dokumentaci dle C. Royové, na základě které jsme aplikovaly ošetrovatelskou péči ve všech fázích ošetrovatelského procesu u první (základní) skupiny respondentů. Součástí dokumentace jsou již předem předtištěné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II. Sestry pouze označí ty, které jsou pro daného klienta aktuální. Dokumentace dále obsahuje záznamový arch – Plánování, realizace a hodnocení péče.

2. Ve druhé fázi kvaziexperimentu jsme provedly pilotní studii v rámci které jsme konzultovaly návrh dokumentace se sestrami z praxe a u jednoho respondenta jsme poskytovaly ošetrovatelskou péči dle modelu C. Royové. Díky pilotáži jsme provedly konečné úpravy dokumentace, úpravy spočívaly v redukci otázek ošetrovatelské anamnézy. Se sestrami jsme provedly rozhovor, abychom ověřily využití námi připravených dotazníků, které sloužily jako podkladový a záznamový materiál pro rozhovory.

3. Ve třetí fázi kvaziexperimentu jsme provedly výběr vhodných klientů pro náš výzkum, záměrný výběr. Kontaktovaly jsme pracoviště, kde je pravděpodobný výskyt klientů s ireverzibilní změnou v nemocnici Příbram a Hořovice. Zmapovaly jsme situaci a výsledkem byla volba chirurgických a gynekologických pracovišť, kde v období našeho výzkumu byli hospitalizováni klienti s chorobnými stavy, jejichž následkem byl vznik ireverzibilních změn. Sestavily jsme dvě skupiny klientů, celkový vzorek činil 10 respondentů, které jsme oslovily a oni byli ochotni spolupracovat. S každým pacientem základní i kontrolní skupiny byl proveden odběr ošetrovatelské

anamnézy. U klientů základní skupiny jsme prováděly sběr na základě dokumentace dle Royové, cíleně jsme se zaměřily na informace týkající se klientova chování v každém ze čtyř způsobů (systémů) adaptace a na informace o působících podnětech (stimulech), které na klienta působí. Žiaková říká, že posouzení působících podnětů je nezbytné pro vyhledání a označení faktorů, které mají nebo mohou mít vliv na chování a jednání klienta a to směrem k účinné nebo neúčinné adaptaci (Žiaková et al.,2005).U klientů kontrolní skupiny byl sběr informací proveden na základě oddělením používané dokumentace. U obou skupin klientů jsme definovaly ošetrovatelské diagnózy. U klientů základní skupiny jsme poskytovaly péči dle modelu C.Royové. U klientů kontrolní skupiny byla poskytována běžná péče jako doposud. Každý týden jsme hodnotily u obou skupin klientů, zda stanovené cíle byly splněny či nikoliv. Při poskytování ošetrovatelské péče u základní skupiny klientů jsme v intervencích používaly komunikaci, psychickou podporu, empatii, práci s vlastními zdroji pacienta, které napomáhají podporovat adaptační mechanismy klienta. Tyto zdroje jsme mapovaly při získávání anamnestických údajů i v průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Problémy klientů s ireverzibilními změnami spočívaly v narušené sociální interakci, změněném pohledu na své tělo, v narušené osobnostní roli a v projevech strachu.

*Hypotéza č. 1 předpokládáme, že model C. Royové bude uplatnitelný u klientů s ireverzibilními změnami **byla potvrzena**, právě díky aplikaci modelu C.Royové ve všech fázích ošetrovatelského procesu u klientů základní skupiny hospitalizovaných v příbramské nemocnici na chirurgickém a gynekologickém oddělení.*

Sestry kontrolní skupiny se zaměřovaly z počátku převážně na problémy, které vedly k poskytování léčby, nicméně je nutné podotknout, že potřeby klientů v psycho – sociálních oblastech nebyly opomenuty.(Grafy č. 2,3,6,7). Ošetrovatelská diagnóza *neefektivní plnění rolí* byla stanovena u čtyř klientů základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u dvou klientů základní skupiny, u dvou klientů byl splněn částečně.U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta a u dvou byl splněn částečně. Ošetrovatelská diagnóza *poškozená sociální interakce* byla

stanovena u pěti klientů základní skupiny a u čtyř klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u dvou klientů základní skupiny, u tří klientů byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta, u dvou byl splněn částečně u jednoho klienta se cíl nesplnil. Ošetrovatelská diagnóza *porušený tělesný obraz* byla stanovena u čtyř klientů základní skupiny a u pěti klientů kontrolní skupiny. U čtyř klientů základní skupiny byl cíl splněn částečně. U tří klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn, u jednoho byl splněn částečně a u jednoho klienta se cíl nesplnil. Ošetrovatelská diagnóza *strach* byla stanovena u pěti klientů základní skupiny a u čtyř klientů kontrolní skupiny. U jednoho klienta základní skupiny byl cíl splněn, u čtyř klientů byl cíl splněn částečně. U dvou klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn částečně a u dvou klientů se cíl nesplnil.

U klientů obou skupin byly též stanoveny ošetrovatelské diagnózy týkající se biologické složky osobnosti vycházející ze zdravotního stavu klienta (deficit sebeděče, bolest, poruchy spánku, únava) (Grafy č. 1,4,5,8,14). Ošetrovatelská diagnóza *akutní bolest* byla stanovena u dvou klientů základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u jednoho klienta základní skupiny, u jednoho klienta byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u dvou klientů a u jednoho byl splněn částečně. Ošetrovatelská diagnóza *deficit sebeděče* byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u dvou klientů kontrolní skupiny. Cíl u klienta základní skupiny nebyl splněn. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta a u jednoho klienta se cíl nesplnil. Ošetrovatelská diagnóza *porušená chuze* byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u dvou klientů kontrolní skupiny. Cíl u klienta základní skupiny byl splněn. U klientů kontrolní skupiny byl cíl splněn. Ošetrovatelská diagnóza *porušený spánek* byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u jednoho klienta kontrolní skupiny. U jednoho klienta základní skupiny byl cíl splněn. U jednoho klienta kontrolní skupiny se cíl nesplnil. Ošetrovatelská diagnóza *únava* byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn.

Klienti základní i kontrolní skupiny byly vhodně a profesionálně informováni. (Graf č. 9.). Ošetrovatelská diagnóza *deficit znalostí* byla stanovena u jednoho klienta základní skupiny a u tří klientů kontrolní skupiny. Ve všech případech byl cíl splněn.

U klientů základní skupiny jsme řešily problematiku smutku ze ztráty, neefektivní zvládání zátěže, bezmocnost (Graf č. 10, 11, 12, 14). Ošetřovatelská diagnóza *dysfunkční smutek* byla stanovena pouze u dvou klientů základní skupiny, ve všech případech byl cíl splněn částečně. Ošetřovatelská diagnóza *anticipační smutek* byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn částečně. Ošetřovatelská diagnóza *neefektivní zvládání zátěže* byla stanovena pouze u jednoho klienta základní skupiny, cíl byl splněn. U klientů kontrolní skupiny jsme řešily problematiku nedodržování léčebného režimu, snížené sebeúcty a sociální izolace (Graf č. 15, 16, 17). Ošetřovatelská diagnóza *neefektivní léčebný režim* byla stanovena pouze u jednoho klienta kontrolní skupiny, cíl byl splněn. Ošetřovatelská diagnóza *sociální izolace a situačně snížená sebeúcta* byla stanovena pouze u jednoho klienta kontrolní skupiny, cíl byl splněn částečně.

V oblasti sociálních interakcí došlo u jednoho klienta kontrolní skupiny k nesplnění cíle (Graf č. 3). Ošetřovatelská diagnóza *poškozená sociální interakce* byla stanovena u pěti klientů základní skupiny a u čtyř klientů kontrolní skupiny. Cíl byl splněn u dvou klientů základní skupiny, u tří klientů byl splněn částečně. U klientů kontrolní skupiny došlo ke splnění cíle u jednoho klienta , u dvou byl splněn částečně u jednoho klienta se cíl nesplnil.

Hypotéza č. 2 předpokládáme, že klient bude díky ošetřovatelské péči prostřednictvím modelu C. Royové připraven pro efektivní sociální interakce v rolích primárních, sekundárních, terciárních byla potvrzena.

4. Ve čtvrté fázi kvaziexperimentu jsme hodnotily u klientů základní i kontrolní skupiny spokojenost s ošetřovatelskou péčí a adaptační úroveň pomocí školní klasifikační stupnice od 1 (výborně) do 5 (nedostatečně). Sestavily jsme 15 otázek zaměřených na adaptační mechanismy, klienti zaznamenávali své názory dle subjektivního vnímání poskytované ošetřovatelské péče. (Graf č. 18 – 34, tabulka č. 21, 22).

Hypotéza č. 3 předpokládáme, že prostřednictvím ošetrovatelského modelu C. Royové dojde u klienta k zvládnutí rolového konfliktu a k adekvátní adaptaci na danou situaci **byla potvrzena**. Rolový konflikt nevznikl u žádného klienta, ale klienti základní skupiny jeví vyšší míru spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Spokojenost a adaptační úroveň ohodnotili klienti základní skupiny známkou 1,66. Klienti kontrolní skupiny hodnotili známkou 2,2.

Otázka č. 1: *S poskytovanou péčí po operaci jsem byla/a spokojen/a* byla hodnocena klienty základní skupiny ve čtyřech případech 1 (výborně), jednou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 1 (výborně) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 2: *Jednání sestry bylo osobní, necítil/a jsem se jen jako „případ“* byla hodnocena klienty základní skupiny ve čtyřech případech známkou 2 (velmi dobře) a jednou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 3 (dobře) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 3: *Sestra čerpala podrobné informace o mé osobě, sdělila důvod dotazování* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 1 (výborně) a ve dvou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve dvou případech 1 (výborně) a ve třech 3 (dobře). Otázka č. 4: *Při získávání informací o mé osobě bylo zajištěno klidné prostředí s maximem soukromí a dostatkem času na odpovídání* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 3 (dobře) a ve dvou 2 (velmi dobře). Všichni klienti kontrolní skupiny hodnotili 3 (dobře). Otázka č. 5: *Sestra naslouchala mým názorům, v komunikaci jsem nepociťoval/a jen dotazování a příkazování* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 2 (velmi dobře) a jednou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech 3 (dobře) a ve dvou 2 (velmi dobře). Otázka č. 6: *Sestra se mnou hovořila o mé osobě, o rodině, zájmech, mém pohled na život a na svět* byla hodnocena klienty základní skupiny ve čtyřech případech 2 (velmi dobře) a jednou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 3 (dobře) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 7: *Sestra se zajímala o můj pohled na mou současnou situaci* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 2 (velmi dobře), jednou 1 (výborně) a jednou 3 (dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 3 (dobře) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 8: *Sestra mi věnovala*

maximální péči a řešila mé problémy, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry byla hodnocena klienty základní skupiny ve dvou případech 1 (výborně) a ve dvou 2 (velmi dobře), jednou 3 (dobře). Všichni klienti kontrolní skupiny hodnotili 2 (velmi dobře). Otázka č. 9: *Při pocitech obav, strachu, znepokojení mi sestra poskytla srozumitelné informace* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 3 (dobře) a ve dvou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 3 (dobře) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 10: *Když mi bylo do pláče, byla sestra nablízku. Podle mých potřeb naslouchala, nebo jen byla přítomna* byla hodnocena klienty základní skupiny ve dvou případech 1 (výborně) a ve dvou případech 2 (velmi dobře), jednou 3 (dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech známkou 3 (dobře) a jednou 2 (velmi dobře). Otázka č. 11: *Při projevech obav, vzteku, hněvu, smutku mne sestra vyslechla a neodsuzovala* byla hodnocena klienty základní skupiny ve čtyřech případech 2 (velmi dobře) a jednou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech 3 (dobře) a ve dvou 2 (velmi dobře). Otázka č. 12: *Nabídla mi sestra nějakou “taktiku zvládnutí životní těžkosti“ (relaxace, odborník – psycholog..)* byla hodnocena klienty základní skupiny ve všech případech 1 (výborně), jednalo se o nabídku služeb psychologa. Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 1 (výborně), v jednom 3 (dobře), jednalo se o nabídku služeb psychologa a členství v klubu stomiků. Otázka č. 13: *Seznámila mne sestra s prostředím oddělení, upravila prostředí vzhledem k mým potřebám* byla hodnocena klienty základní skupiny ve čtyřech případech 1 (výborně) a jednou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve třech případech 2 (velmi dobře), ve dvou 1 (výborně). Otázka č. 14: *Napomohla mi sestra navázat kontakt (interakci) se spolupacienty a pracovníky* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 1 (výborně) a ve dvou 2 (velmi dobře). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 1 (výborně) a jednou 3 (dobře). Otázka č. 15: *Projevila sestra uznání mé snahy a vstřícnosti, pochválila dílčí pokroky* byla hodnocena klienty základní skupiny ve třech případech 2 (velmi dobře) a ve dvou 1 (výborně). Klienti kontrolní skupiny hodnotili ve čtyřech případech 2 (velmi dobře) a jednou 1 (výborně).

12115. V rámci rozhovoru se sestrami, které pracovaly na chirurgických a gynekologických odděleních jsme zjišťovaly jejich názor na námi vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci dle C.Royové a na ochotu s dokumentací pracovat a tím uplatňovat u klientů s ireverzibilními změnami ošetrovatelskou péči dle modelu C. Royové. Z rozhovoru vyplynulo, že většina sester by nechtěla s touto dokumentací pracovat, nicméně několik sester s dokumentací pracovalo při poskytování ošetrovatelské péče u základní skupiny klientů. Ošetrovatelský model C.Royové je pro sestry neznámý a proto bylo vedení rozhovorů v některých případech náročné a tudíž i odpovědi byly z neznalosti spíše negativní, nebo nevěděly. Ochotu model prostudovat sestry neprojevily. Sestry se domnívají, že by používání modelu C. Royové a dokumentace dle něho vytvořené nevedlo ke zvýšení kvality péče o nemocné, ale spíše by vedlo k navýšení administrativních činností sestry. (Grafy č. 35 – 49). Rozhovor jsme vedly s 25ti sestrami ve věku od 25 let do 53 let. 7 sester dokončilo SZŠ, 9 sester SZŠ + PSS, 3 sestry absolvovaly VOŠ zdrv. a 5 sester dosáhlo vysokoškolského vzdělání. 3 sestry vykonávaly ošetrovatelskou praxi po dobu od 1 – 5 let, 7 sester udalo dobu 6 – 10 let, 8 sester 11 – 20 let a 8 sester 21 let a více. 10 sester odpovědělo, že metodou ošetrovatelského procesu pracuje vždy, 9 sester občas a 5 sester tuto metodu sice zná, ale nevyužívá. Všechny dotazované sestry pracují na svých pracovištích s jednotnou ošetrovatelskou dokumentací. 24 sester je přesvědčeno, že používání ošetrovatelské dokumentace navyšuje administrativní činnost sestry, pouze jedna sestra zastává názor, že tomu tak není. Kontakt s ošetrovatelskými modely potvrdilo 13 sester a to buď při studiu nebo v odborných časopisech, 12 sester ošetrovatelské modely nezná. Na otázku, zda by sestry samy chtěly pracovat s předloženou dokumentací C.Royové odpověděly 2 sestry určitě ano, 2 spíše ano, 12 sester spíše ne, 5 určitě ne a 4 sestry nevěděly. Předloženou dokumentaci sestry zhodnotily a navrhly tři změny pro využití dokumentace v ošetrovatelské praxi: zjednodušit, zpřehlednit, zkrátit.

6. Závěr pro ošetrovatelskou praxi

Kvaziexperiment trval tři týdny na malém výzkumném vzorku. Klienti, kterým byla poskytována ošetrovatelská péče dle modelu C. Royové dospěli k vyšší míře spokojenosti s poskytovanou péčí a k úrovni adaptace. Námi vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci dle C. Royové nepřijímaly sestry z ošetrovatelské praxe s nadšením. Je zcela zřejmé, že sestry nemají dostatečné znalosti týkající se ošetrovatelských modelů. Je proto nutné prohloubit znalosti sester v dané problematice.

Z práce vyplývá, že by aplikace ošetrovatelské péče dle modelu C. Royové na odděleních, kde jsou hospitalizováni klienti s ireverzibilními změnami zlepšila jak kvalitu péče, tak spokojenost a adaptační úroveň klientů.

7. Závěr

Jakákoliv změna zdravotního stavu je pro jedince, který tvoří holistický celek stresující situací, na kterou musí reagovat a přizpůsobit se změnám (adaptovat se). Cílem ošetrovatelství je pomáhat člověku posilovat jeho zdraví, podporovat ho v jeho adaptaci na vnitřní a zevní podněty v závažných stresových situacích navozených ireverzibilními změnami a zmírnit narušení sociálních interakcí. Vhodným ošetrovatelským modelem využitelným v ošetrovatelské praxi, který naplňuje tuto myšlenku je systémově adaptační model C.Royové, s cílem obnovit rovnováhu člověka a prostředí a usnadnění adaptace.

V závěru práce můžeme konstatovat, že **cíle práce byly splněny** a to následovně.

Cíl č. 1 *Využití modelu C.Royové k prevenci rolového konfliktu u jedinců s ireverzibilními změnami v oblasti role primární, sekundární, terciární.*

Cíl byl splněn, prostřednictvím konkrétní aplikace modelu C.Royové při poskytování ošetrovatelské péče ve všech fázích ošetrovatelského procesu u klientů základní skupiny. Klienti dosáhli efektivních sociálních interakcí v rolích primárních, sekundárních, terciárních.

Cíl č. 2 *Zhodnotit klientovy role před postižením.*

Cíl byl splněn, prostřednictvím využití námi vypracované dokumentace dle C.Royové jsme získaly informace týkající se klientova chování v každém ze čtyř způsobů (systémů) adaptace - fyziologický (tělesný) systém adaptace, systém sebepojetí a sebeuvědomění, systém zvládání rolí a systém vzájemné závislosti a informace o působících podnětech (stimulech).

Cíl č. 3 *Zjistit adaptační úroveň klienta.*

Cíl byl splněn, jednak v první fázi prostřednictvím námi vypracované dokumentace, kdy jsme získávaly informace o klientovi, které mají nebo mohou mít vliv na chování a jednání klienta a to směrem k účinné nebo neúčinné adaptaci. Následně pak v průběhu ošetrovatelského procesu, kdy jsme získávaly zpětnou vazbu od klientů, prostřednictvím námi vypracovaných podkladů (otázek) zaměřených na spokojenost klienta s ošetrovatelskou péčí a úroveň adaptace.

Výsledky kvaziexperimentu:

Je potřebné zmínit, že výzkum jsme prováděly za uměle vytvořených podmínek. Výsledky ukazují, že ošetřování klientů dle modelu C. Royové pozitivně ovlivňuje spokojenost s ošetřovatelskou péčí a adaptační úroveň klientů. U stanovených ošetřovatelských diagnóz, tedy v kvalitě poskytované péče nebyly rozdíly tak markantní. Domníváme se, že sestra v klasickém směnném provozu není zcela schopna řešit všechny stanovené ošetřovatelské problémy u klienta. Správná aplikace ošetřovatelského modelu C. Royové je časově náročná, vyžaduje znalost a zkušenost. Ideálním řešením, zvláště u klientů s ireverzibilními změnami by byla primární sestra. Neboť právě tyto klienti potřebují stálou přítomnost, naslouchání, opakované informování, ujišťování, pohled ze všech stran jejich osobnosti bio – psycho – spirito – sociální.

S prací bychom rády seznámily pracoviště a pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s klienty s ireverzibilními změnami a všechny ty, kteří projeví zájem. Doufáme, že práce napomůže ke zvýšení kvality ošetřovatelské péče a zvýšení spokojenosti klientů se stigmatem ireverzibilní změny. Třeba jen tím, že se čtenáři seznámí s myšlenkami ošetřovatelské péče poskytované dle modelu C. Royové.

8. Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1.vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2005, 107 s. ISBN 80-86225-63-1
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003, 99 s. ISBN 80-862255-33-X
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000, 203s ISBN 80-7013-288-4
4. BÁRTLOVÁ, S. ; SADÍLEK, P. ; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno : NCO NZO, 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X
5. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. vyd. Brno : Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 125 s. ISBN 80-7013-273-6
6. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M., VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Sestra a pacient (komunikace v praxi)*. In: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Brno: 2004, 67 s. ISBN 80- 7013-388-0
7. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno : NCO NZO, 2003, 173 s. ISBN 80-7013-386-4
8. ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: NCO NZO, 2001, 105 s. ISBN 80 – 7013-343-0
9. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. V.Tóthová. 1. české vyd. Martin : Osveta, 2006, 208 s. ISBN 80-8063-227-8
10. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelstvo – teoria*. Martin : Osveta, 2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4
11. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výskum v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2002, 87 s. ISBN 80-8063-111-5

12. GULÁŠOVÁ, I. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu. In: *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta : 2005, roč.7, č. 3 – 4, s. 239 – 247. ISSN 1212-4117
13. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2004, 89 s. ISBN 80-7040-725-5
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1995, 380 s.
15. HONZÁK, R. *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1992, 86s. ISBN 80-7066-576-9
16. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2002, 84 s. ISBN 80-7042-339-0
17. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Přel. S. Šeclová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 392 s. Přel. z: Chart Smart – The A-to-Z Guide to Better Nursing ISBN 80-247-0278-9
19. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-7367-181-6
20. KOZIEROVÁ, B. ; ERBOVÁ, G. ; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I, II*. Martin : Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
21. KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2002, 165 s. ISBN 80-8063-107-7
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha : Avicenum, 1989, 108 s. ISBN 80-08-065-89
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2.vyd. Praha : Portál, 2002, 187 s. ISBN 80-7178-642-X

26. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. In: *Diagnóza*. Praha : 2006, roč.2, č. 4, s. 173 – 175. ISSN 1801-1349
27. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Garada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1399-3
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha : Karolinum, 2002, 184 s. ISBN 80-246-0429-9
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. Praha : Karolinum, 2004, 159 s. ISBN 80-246-0428-0
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno : Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 164 s.
31. MAUER, M. Psychologická podpora u popálených. In: *Diagnóza*. Praha : 2006, roč.2, č. 4, s. 166 – 169. ISSN 1801-1349
32. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha : Academia, 1999, ISBN 80-200-0690-7
33. NEMČEKOVÁ, M. Etické otázky ošetrovatel'ského výskumu. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'stvo. Teória a vedecký výskum*. Martin : Osveta, 2003, 319 s. ISBN 80-8063-131-X
34. NIČOVÁ, J. Ošetrovatel'ský proces podle Royovej u pacientky s osteoporózou. In: *Rev. profes. sestry*. Prešov : 1999, roč.6., č. 2, s. 7 – 9. ISSN 1335-1753
35. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha : Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3
36. SEDLÁKOVÁ, G. Ako vidia teorie a modely študenti. In: *Sestra*. Bratislava : Sanomaslovakia, roč.II, 2003, č. 4, s. 8 – 9. ISSN 1335-9444
37. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací – přístupy-dovednosti-poruchy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-0858-2
38. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2001, 53 s. ISBN 80-7013-323-6
39. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium UK*. Praha : Karolinum, 1997, s 80 – 81.

40. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4
41. ŠKRLA, P. ; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1
42. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská Univerzita, 2000, 293 s. ISBN 80-7040-454-X
43. TRACHTOVÁ, E.a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2003, 186 s. ISBN 80-7013-324-4
44. VAŠÁTKOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelská dokumentace*.1. vydání. Hradec Králové: Nukleus, 2005, 68 s. ISBN 80-86225-072-0.
45. VONDRÁČEK, L. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Grada, 2003, 72.s. ISBN 80-247-0704-7
46. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*.1. vydání. Praha: Portál, 2000, 264s. ISBN 80-7178-291-2.
47. ŽIAKOVÁ, K.; JAROŠOVÁ, D. ; ČÁP, J. *Ošetrovatelství:konceptuální modely a teorie*. 1.vyd.Ostrava: Ostravská univerzita.Zdravotně sociální fakulta, 2005, 232 s. ISBN 80-7368-068-8
48. ŽIAKOVÁ, K. ; HOLMANOVÁ, E. Filosofické aspekty konceptuálních modelov v ošetrovatelstve. In: *Filosofia: minulé podoby, súčasné perspektivy*. Bratislava : Maxima Press, 2003, s. 307 – 312. ISBN 80-969083-4-0
49. ŽIAKOVÁ, K. e al. *Ošetrovatelstvo. Teória a vedecký výskum*. Martin : Osveta, 2003, 319 s. ISBN 80-8063-131-X
50. http://www.krivohlavy.zde.cz/články/Pozitivní_emoce_a_zvládání_stresu, 11.2. 2007
51. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>, 15.2.2007
52. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>, 15.2.2007

9. Klíčová slova

Rolový konflikt

Role

Adaptace a adaptační systémy

Ireverzibilní změny

Klient, pacient, nemocný

Ošetrovatelský model Royové

Ošetrovatelská péče

10. Seznam příloh

1. Plán ošetrovatelské péče – záznamový list
2. Podkladový materiál pro rozhovor se sestrami

Příloha č. 1

Plán ošetrovatelské péče

List číslo: _____

| <i>Datum</i> | <i>Kód oš.dg.</i> | <i>Cíl /výsledná kritéria</i> | <i>Intervence</i> | <i>Realizace</i> | <i>Zhodnocení</i> | <i>Podpis</i> |
|--------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|---------------|
| | | | | | | |

Příloha č. 2

Dotazník pro sestry

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Dagmar Plzenská, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích, studijní obor ošetrovatelství.

Dovoluji si předložit Vám dotazník, pomocí kterého bude realizován náš rozhovor. Ráda bych získala informace, které budou sloužit pro vypracování části mé diplomové práce s názvem „ Zvládnutí rolového konfliktu klienta s využitím ošetrovatelského modelu C.Royové“. Velice ráda bych znala váš názor na námi vypracovanou dokumentaci.

Dotazník je **anonymní**, slouží jako podkladový a záznamový materiál a údaje v něm budou využity **pouze** pro zpracování obsahu mé práce.

Děkuji Vám za spolupráci

Bc.Dagmar Plzenská

Uveďte **Vaše pracoviště**.....

1. Váš věk je ?

do 25 let

41 - 50

25 – 40 let

51 let a více

2. Vaše dosažené vzdělání?

středoškolské SZŠ

vyšší odborné VOŠ

vysokoškolské

jiné(doplňte).....

.....

3. Délka Vaší praxe?

1 – 5 let

6 – 10 let

11 – 20 let

21 let a více

4. Při ošetrování klientů pracujete metodou ošetrovatelského procesu?

ano, vždy

občas

ne

5. Používáte na Vašem pracovišti jednotnou ošetrovatelskou dokumentaci?

ano

ne

6. **Navyšuje používání ošetrovatelské dokumentace administrativní činnosti sestry?**
 ano, určitě spíše ano spíše ne
 určitě ne nevím
7. **Znáte nebo jste se setkal/a s ošetrovatelskými modely?**
 ano při studiu ano v praxi neznám

 jinde (doplňte)
8. **Znáte nebo jste se setkal/a s ošetrovatelským modelem C.Royové?**
 ano částečně ne
9. **Myslíte, že by ošetrovatelská dokumentace dle C.Royové byla použitelná ve Vaší praxi?**
 ano, určitě spíše ano určitě ne
 spíše ne nevím
10. **Chtěl/a by jste vy sám/a pracovat s dokumentací dle C. Royové?**
 ano, určitě spíše ano určitě ne
 spíše ne nevím
11. **Aby dokumentace byla lépe využitelná v praxi měla by být?**
měla by být:
12. **Mezi klady dané dokumentace by jste zařadil/a:**
 jednoduchost přehlednost
 komplexnost srozumitelnost
 praktičnost využitelnost v praxi
13. **Mezi záporny dané dokumentace by jste zařadil/a:**
 složitost nepřehlednost
 obsahuje nedostatečné informace nepraktičnost
 špatná využitelnost
14. **Domníváte se, že používání předložené dokumentace zlepší adaptační úroveň klientů s nezvratnými změnami?**
 ano ne nevím

