

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**SESTRA Z FILOSOFICKÉHO POHLEDU AUTOREK
VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH KONCEPČNÍCH
MODELŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavel Scholz

Autor bakalářské práce:

Mgr. Hana Káplová

2010

The Nurse from a Philosophical Perspective Based Upon the Authors of Selected Nursing Conceptual Models

This thesis deals with the theme of "The Nurse From a Philosophical Perspective of the Authors of Selected Nursing Conceptual Models". Nursing models contribute to the development of nursing as a separate scientific discipline. Their main contribution is the enrichment of the theoretical part, as well as the help with improving nursing practice in specific situations. In practice, nurses facilitate the planning of nursing care, understanding the problems and they also provide the initial criteria for evaluating the results that have been achieved.

The aim of the thesis is to map the knowledge of selected conceptual models among nurses and to learn how they identify themselves with the major issues of the selected conceptual models. To achieve this, the method of quantitative research was chosen, in which three hypotheses there were created. Data collection was conducted by using questionnaires.

With the first hypothesis, I wanted to acknowledge is the fact that those nurses with the university degree of education are familiar with the contents of following conceptual models: F. Nightingale, C. Roy and M. Gordon. Furthermore, I looked into the verification of the second hypothesis, which is: nurses with training other than a university degree of education are unaware of the contents of the listed conceptual models: F. Nightingale, C. Roy, J. M. Watson and M. Gordon. The third hypothesis is whether the nurses perceive the provision of nursing as an affectionate and self-sacrificing activity. The results of this research are processed through the use of graphs and tables.

The results have indicated that there is a wide base of nursing and its interrelationship with the practice. To the main research results are part the knowledge of nurses of the selected conceptual models and their identification with the major components of above-mentioned conceptual models. Benefits of this work lie in the possibility of the utilization of the discovered knowledge for learning purposes, but it also indicates the possibility of the implementation this knowledge during the fulfillment of nursing interventions in the care of the patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sestra z filosofického pohledu autorek vybraných ošetrovatelských koncepčních modelů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, vzniklé fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Hana Káplová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce Mgr. Pavlu Scholzovi za cenné rady, nápady, připomínky a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji všem osloveným všeobecným sestrám za jejich ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Filosofie v ošetrovatelství	4
1.1.1 Filosofické směry v ošetrovatelství	5
1.1.1.1 Humanismus	5
1.1.1.2 Materialismus	6
1.1.1.3 Tomismus	7
1.1.1.4 Empirismus.....	8
1.1.1.5 Racionalismus.....	9
1.1.1.6 Pozitivismus	10
1.1.1.7 Holismus.....	11
1.2 Charakteristika základních pojmů.....	12
1.2.1 Metaparadigma	12
1.2.2 Koncepční model	13
1.2.3 Koncepční model a metaparadigma.....	14
1.3 Koncepční modely v ošetrovatelství	14
1.3.1 Koncepční model Florence Nightingale	16
1.3.2 Koncepční model Marjory Gordon.....	21
1.3.3 Koncepční model Callisty Roy	25
1.3.4 Koncepční model Margarety Jean Watson	30
2 Cíl práce a hypotézy	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Hypotézy	35
3 Metodika a charakteristika souboru.....	36
3.1 Metodický postup.....	36
3.2 Charakteristika souboru	36
4 Vyhodnocení výzkumu	38

5	Diskuze.....	75
6	Závěr	85
7	Klíčová slova.....	86
8	Seznam použitých zdrojů	87
9	Přílohy.....	90

Úvod

Koncepční model vyjadřuje spojení poznatků, názorů a pohledů na jevy světa. Jedná se o všeobecné a abstraktní pojmy, které se seskupují do smysluplné konfigurace. Koncepční model se týká globálních názorů jednotlivce, skupiny, situace a události související s oborem. Ošetřovatelské modely tvoří nedílnou součást celého procesu ošetřovatelství. Jejich podstatou je vytvoření filosofického pohledu složek ošetřovatelského procesu, do kterého patří pacient, sestra a prostředí.

Ošetřovatelské modely přispívají k rozvoji oboru ošetřovatelství jako samostatné vědní disciplíny. Jejich přínosem je obohacení teoretické části ošetřovatelství a zároveň napomáhají zkvalitňovat sesterskou praxi v konkrétních situacích. V praxi usnadňují plánování ošetřovatelské péče, pochopení problému a poskytují prvotní kritéria pro hodnocení dosažených výsledků. Pochopení koncepčních modelů v ošetřovatelství pomáhá sestřám vytvořit odlišný pohled na pacienta, na sebe i na svět. V současné době se u sester klade důraz nejen na správný způsob ošetřovatelských dovedností, ale do popředí se dostává i celkový přístup sester k pacientovi. Sestra by měla pozitivně působit nejen na fyzické zdraví pacienta, ale i na psychické, sociální a duchovní složky pacienta.

Vzdělávání sester v České Republice prochází mnoha změnami a s tímto procesem vystupuje řada otázek týkající se nových přístupů péči o nemocné. Setkaly se všeobecné sestry s modelem F. Nightingalové, M. Gordonové, C. Royové a J. M. Watsonové? Znají obsah těchto vybraných modelů? Vnímají všeobecné sestry své povolání jako láskyplnou a obětavou činnost? Všechny tyto otázky jsou předmětem zkoumání této bakalářské práce. Výsledky práce poodhalí problematiku informovanosti sester ohledně vybraných koncepčních modelů a mohou vést k lepšímu a efektivnějšímu vzdělávání v tomto směru.

Problematika koncepčních modelů v ošetřovatelství vede k hlubšímu zamyšlení nad významem a funkcí sesterských činností. Může napomoci i k rozvoji a pochopení vlastní osobnosti, což patřilo k hlavním motivačním faktorům pro zvolení tohoto tématu k vypracování bakalářské práce.

1 Současný stav

1.1 *Filosofie v ošetrovatelství*

Filosofie je vědní disciplína zabývající se nejobecnějšími zákonitostmi vývoje světa, společnosti a přírody. Předmětem je zkoumání podstaty bytí a všeho co obklopuje naši existenci. Filosofie vznikla jako reakce na tradiční mytologické pojetí světa ve starém Řecku v 6. stol. př. n. l. (14). Slovo filosofie je složeno ze slova filein = milovat a sofia = moudrost. Uvnitř tohoto vědního celku se tradičně uvádějí tři základní filosofické okruhy tázání: údiv, pochybování a nejistota. Tyto okruhy nám předkládají mnoho otázek typu: Proč se to stalo? Co je podstatou našeho bytí? Hledání pravé podstaty problému většinou směřuje k dalším nezodpovězeným otázkám vedoucích k pocitům nejistoty a úzkosti. Do života každého jedince zasahuje filosofie v jeho skutcích, činech, názorech či postojích (1).

Podobně jako filosofie je samostatnou vědní disciplínou ošetrovatelství, definované jako „*integrovanou vědní disciplínu, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat*“ (8). Předmětem zájmu filosofie ošetrovatelství jsou představy o lidech - každý člověk je individuum s vlastními vnitřními hodnotami. Dalším okruhem jsou představy o učení jakožto celoživotním procesu. Stěžejní problematikou jsou i otázky týkající se zdraví a nemoci. Všechny tyto oblasti jsou východiskem koncepce ošetrovatelství (8, 18).

V ošetrovatelství má filosofie určující význam na utváření charakterových vlastností sester. Veškeré chování, postoje, činy a názory sester vychází z filosofického chápání ošetrovatelství. Sesterské povolání v sobě zahrnuje schopnost analyzovat názory člověka na život a smrt, na zdraví a nemoc. Vytvoření určitého filosofického názoru dopomáhá znalost historického vývoje procesu ošetrovatelství, ale také poznání filosofie a jednotlivých filosofických směrů (18).

1.1.1 Filosofické směry v ošetrovatelství

Filosofie jako vědní disciplína je v současné době samostatný obor, ale v minulosti byla součástí jiných vědních disciplín, jako je např. fyzika či matematika. Filosofii lze považovat za vševědu, od které se jednotlivé vědy osamostatnily, neboť se začaly rozšiřovat a řešit své specifické problémy. Existují i některé vědy obsahující filosofickou problematiku - tzv. mezní disciplíny (např. filosofie náboženství, filosofie medicíny, filosofie genetiky). Obecně lze konstatovat, že při vzniku nové vědy se objevuje současně i filosofická disciplína řešící její nejobecnější problémy (1).

Do ošetrovatelství pronikají i některé filosofické směry, ze kterých čerpají jednotlivé autorky ve svých ošetrovatelských koncepcích. Idealismus, materialismus, humanismus, holismus, racionalismus a mnoho dalších směrů se objevuje v ošetrovatelské teorii (18).

1.1.1.1 Humanismus

Humanismus patří mezi základní filosofické směry v oboru ošetrovatelství. Je to směr charakterizovaný lidumilností, lidskostí. V centru zájmu stojí člověk jako svébytná bytost s vlastní vůlí a schopnostmi. Humanismus v sobě skrývá širokou kategorii aktivních etických filozofií, jejichž obsahem je důstojnost a hodnoty všech lidí. Lidskost a lidumilnost je základním kamenem v procesu ošetrování. Sesterské povolání by si měly volit takové osobnosti, které mají pozitivní přístup k lidem a potřebu pečovat o druhé. Humanisticky zaměřená sestra vědomě podporuje jednotlivce a skupiny tak, aby dosáhly vyšší úrovně kvality života. Souhrn těchto sesterských činností a chování se nazývá filantropie (23).

Humanistické jednání není vrozené, ale převážně naučené chování. Sestra, která je v neustálé interakci s dalšími jedinci v daném prostředí, získává nové zkušenosti vedoucí ke zlepšení empatie, schopnosti sdílet problémy druhých, ochotu pomoci druhému, atd. (9).

V průběhu vývoje ošetrovatelství se humanismus objevoval v období, kdy převažovalo neprofesionální ošetrovatelství. V nejstarších dobách se humanismus projevoval formou útechy nemocným a příbuzným. Ve středověké Evropě humanistický přístup k ošetrovatelství tradičně zaštiťovala římsko-katolická církev. Spolu s reformací v průběhu 15. a 16. století se však humanistické tendence z církevního pojetí ošetrování vytrácejí. Jejich postupný návrat je možné zaznamenat v 16. - 18. století společně s nově vznikajícími církevními řády. Od 18. století je humanismus vystřídán materialismem a později se objevuje dehumanizace v souvislosti s rozvojem vědy a techniky. Ošetrování je zaměřeno na správné provedení výkonu a lidská bytost je chápána převážně jen z biologického pohledu. Humanistické pojetí ošetrovatelství se dočkalo oživení až v 80. letech minulého století, kdy odborná veřejnost začala upozorňovat na nedostatky materialismu.

Na principech humanismu, jako je soucit, empatie, úcta k člověku, respektování autonomie a svobody jedince, jsou založeny i některé modely a teorie v ošetrovatelství. Tyto modely vychází nejen z humanismu, ale také z respektování lidských práv a práv pacientů. Humanistické pojetí ošetrovatelství se stalo jedním z významných pilířů prací autorek koncepčních modelů např. F. Nightingale, D. Orem, J. M. Watson, C. Roy, M. Gordon (18).

1.1.1.2 Materialismus

Materialismus patří mezi nejstarší základní filosofické směry objevující se již při zrodu filosofie. Ve starověku se tento směr odvracel od duchovních a náboženských hodnot, a proto byl v zájmu kritiky. V období křesťanství jeho přívrženci odmítali Boží existenci. Až do 18. století nebyl brán zřetel na hlasy přívrženců tohoto hnutí. Později se objevuje materialismus v souvislosti s mechanistickými názory a s rozvojem vědy a techniky (7).

Materialismus vysvětluje svět jako hmotu existující věčně a nezávisle. Příroda, hmota je prvotní a myšlení, vědomí je pouze vlastnost hmoty. Neuznává duševní pochody a smyslové vnímání jako hlavní zdroj poznávání. Tyto způsoby hledání pravdy jsou pouze odvozené od vysoce organizované hmoty (18).

Materialista La Mettrie byl díky svým radikálním názorům na náboženství a víru vykázan z rodné Francie. Svoji základní myšlenku o člověku jako o stroji rozvíjí dále ve svých spisech. Tvrdí, že nelze jedince rozložit na dvě substance – na myslícího ducha a hmotu, jak je tomu u Descarta. Nemůže existovat mrtvá hmota, ta se vyskytuje jen v pohybu či ve formě. Myslího ducha považuje jen jako součást funkce těla vedle dalších činností. Existence Boha vede pouze k nemožnosti probádání přírody z hlediska vědeckého. Za důležité považuje smyslové požítky. Pocity viny či lítosti jsou chápány jako bezvýznamné sebetřýznění. K dalším přívržencům materialismu se řadí Dietrich von Holbach či Adrien Helvétius. Všichni tyto autoři nahrazují dualismus monismem materialistickým. „*Existuje pouze hmota. Stačí poznat hmotu a můžeme vyložit vše.*“ Duchovní principy či náboženství považují za klam či omyl. Náboženství je vědomý a záměrný kněžský podvod, kterému lidé podléhají (21).

S materialismem úzce souvisí mechanicismus, jehož předmětem je zkoumání osobnosti. Definuje osobnost jako stroj rozložitelný na několik částí. Na osobu působí z vnějšího prostředí mnoho stimulů, a na ty nejsilnější pak jedinec reaguje. Z toho se dá předpokládat chování jedince, pokud máme dostatečné množství informací o fungování jednotlivých částí celku. F. Nightingale ovlivnil materialismus v menší míře, jelikož byla silného křesťanského vyznání. Ve svém bádání využila z těchto poznatků pouze empirické poznání s využitím smyslů. Myšlenky mechanicismu se spíše promítají ve 20. století do oblasti medicíny v souvislosti s rozvojem technické vybavenosti. Zdravotní péče se zaměřila hlavně na biologickou stránku lidského těla a ostatní oblasti - psychologická, duševní, spirituální a sociální byly opomíjeny (18).

1.1.1.3 Tomismus

V období středověku se vyvíjí filosofie v návaznosti na Antiku - především na Platona, později na Aristotela. Zástupcem středověké filosofie se stal Tomáš Akvinský, obohacující myšlenky Aristotela. Tomáš Akvinský už neřeší otázku věčného koloběhu událostí, jak tomu bylo u řeckých myslitelů, ale snaží se vysvětlit realitu prostřednictvím víry. Dokázal spojit učení aristotelismu a křesťanství, proto se jeho myšlenky staly filosofickou naukou katolické církve. Předmětem zájmu středověku byla

nauka o bytí - ontologie. Základem veškerého bytí byla nejvyšší, absolutní a nestvořená bytost - Bůh. T. Akvinský dokazuje existenci Boha rozumovými důkazy. Základní tezí je, že věda a víra se nemůže dostat do rozporu. *„Křesťanská pravda rozum sice přesahuje, ale není s ním v rozporu. Pravda může být jenom jedna, neboť pochází od Boha“* (21).

V otázce pohledu na člověka uznává autor, na rozdíl od dualismu, tělo a duši za vnitřně spojené prvky. Lidská duše je podle něj formující princip, který je součástí všech jevů života. Vlastnosti, jako jsou nesmrtelnost, nezničitelnost a netělesnost, jsou základní charakteristické rysy duše. Duše je obrazem těla obsahující nejen rozum a intelekt, ale také i duchovnost, vůli a lásku. Jedinec se považuje za samostatnou svébytnou osobnost se schopnostmi vlastního rozhodování a duchovního sebeuvědomování. Z antického období přejímá T. Akvinský čtyři základní ctnosti: rozumnost, statečnost, uměřenost a spravedlnost. Později tyto prvky obohacuje ještě o víru, lásku a naději. Tvrdí, že *„rozum je pro člověka přirozeností a cokoliv je proti rozumu, je proti přirozenosti člověka“* (21).

Teorie Tomáše Akvinského se objevily i v pracích F. Nightingale. Věřila, že lidé mají přirozenou schopnost zdokonalovat se pomocí Božího přikázání. Pomoc nemocným ztotožňovala s přibližováním se k Bohu. Byla přesvědčena, že chudoba a bída není morální deficit, jak platilo v tehdejší společnosti. Považovala bídu a chudobu za podmínky, které lze ovlivňovat různými prostředky (28).

1.1.1.4 Empirismus

Empirismus je filosofický směr objevující se v 17. a 18. stol., jehož základní myšlenkou je důraz na smyslovou zkušenost. Jako nejvyšší zdroj pravdivého poznání přírody jsou chápány zkušenosti - nejen s předměty a podstatou jevů, ale také principů. Jedná se o směr popírající racionalismus (důraz na rozum - ratio). K důležitým tezím patří, že to, co nebylo předtím ve smyslech, se nemůže nacházet v rozumu. Pokud nemá rozum potřebný smyslový materiál, nemůže pracovat. Všechny obecné zákonitosti vyplývají z jednotlivých smyslových daností, proto hlavní metodou získávání pravdy je induktivní cesta. Mezi hlavní představitele patří F. Bacon, J. Locke a G. Berkley (6).

F. Bacon tvrdil, že k dosažení cíle je potřeba oprostít se od předsudků a omylů a zvolit správný způsob myšlení a bádání. Nejznámější je jeho nauka o čtyřech „idolech“. Prvním je „idol lidského rodu“, poukazující na všechny omyly lidské povahy. Druhý je „idol jeskyně“, vycházející z individuality osobnosti zahrnující výchovu, postoje, atd. Třetím atributem je „idol trhu“, utvářející se ve společenském styku, kde nejdůležitějším nástrojem komunikace a poznání je řeč. Poslední idol je „idol divadla“, který se předává z generace na generaci. Empirismus ovlivnil zkoumání F. Nightingale, která ve svých pracích používala metody pozorování (21).

Představitelem anglického empirismu se stal J. Locke, který v Eseji o lidském rozumu zdůraznil, že se člověk narodí jako nepopsaná deska (tabula rasa) a prostřednictvím zkušeností a smyslů se vytváří celková osobnost (sensualismus). Zkušenosti mohou být dvojího druhu – přicházející zvenku (počítky smyslové) nebo zevnitř (reflexe, sebezpozorování) (1).

1.1.1.5 Racionalismus

Téměř současně vedle empirismu se rozvíjí další směr – racionalismus, který pokládá za základ lidskou mysl disponující vrozenými schopnostmi poznání. Mysl je charakterizována nezávislostí na zkušenostech a schopnostmi naleznutí jistoty jako základu dalšího zkoumání. Smyslová zkušenost není žádoucí, naopak vytváří klamné představy, a proto musí být minimalizována. Veškeré poznatky získané procesem myšlení jsou zároveň shodné s logickou strukturou světa. Racionalismus patří mezi optimistické směry, neboť tvrdí, že skutečnost můžeme poznat úplně a pravdivě. Významný rozvoj exaktních věd (matematika, fyzika či geometrie) se stal vzorem pro racionalistické myšlenky. V období osvícenství se do popředí dostává novověký racionalismus zdůrazňující kult rozumu a pokroky věd. Racionalismus byl ale také kritizován pro jeho výklad světa, který spíše odpovídal nárokům rozumu než světu takovému. Příroda se popisovala na základě myšlení jako účelná, přehledná, jednoduchá a spočítatelná. Hlavními představiteli tohoto směru se stali R. Descartes, B. Spinoza či G. W. Leibniz (6).

K nejdůležitějším představitelům daného směru patří René Descartes, který je známý pro svoji větu: „*Cogito ergo sum*“ - „*Myslím, tedy jsem*“. Tvrdí, že jediná jistota jsou pochyby. Jestliže člověk pochybuje, myslí. Pokud jedinec myslí, také existuje. Svět má podle něj dualistický výklad. Základem jsou dvě nezávislé substance – duchovní a hmotná. „*Myslicí duše*“ je nemateriální, nezávislá substance. Mezi duší a tělem (hmotou) není vnitřní jednota. Hmotná substance se rozkládá v prostoru a základní vlastností je její rozlehlost. Tělo jakožto hmotná substance obsahuje duši, ta v něm sídlí jako v nějakém stroji. Díky těmto myšlenkám později materialisté definují člověka jako složitý stroj. Tzv. biomedicínské vědy zkoumají jedince z pohledu přírodních věd, opomíjejí tedy duševní a psychické procesy, které mají být zkoumány podle nich psychologičtěji a mimovědeckým poznáním tj. náboženstvím a uměním (1, 28).

R. Descartes uznává práci pouze s jednoznačnými poznatky, zpochybňuje všeobecně přijímané poznatky. Základem pro jeho zkoumání se stala matematika. Upozorňuje na to, že složité věci lze rozložit na jednodušší prvky a postupovat od lehčího ke složitějšímu. Předpokladem získávání poznatků se stala racionálně-analytická metoda. Jedinou uznávanou metodou v racionalismu je dedukce ve spojení s rozumovou intuicí (pohlížení mysli na pravdu). Především metodologické zkoumání jevů ovlivnilo práce F. Nightingale, a tedy i rozvoj ošetrovatelství jako samostatného vědního oboru (28).

1.1.1.6 Pozitivismus

Na počátku 19. století se začíná rozvíjet nový filosofický směr - pozitivismus. Zdůrazňuje lidský rozum a funkci myšlení. Nesnaží se hledat příčinu a podstatu věcí, ale zaměřuje se na porozumění fungování jednotlivých jevů. Omezuje vědecké poznání na pouhý popis faktů, kdy využívá své specifické metody - pozorování, experiment, vyvozování, klasifikace, atd. Předmětem zájmu je zjištění souvislostí mezi jednotlivými fakty, neuznává abstraktní spekulace (28, 6).

Jedním z hlavních představitelů pozitivismu se stal Auguste Comte. Pozitivismus je podle A. Comte vše, co je pozitivní, tedy smysluplné, společensky užitečné. Odmítá zkoumání metafyziky, zřiká se pravé podstaty věcí, ale hledá zákony

posloupnosti a podobnosti v jednotlivých faktech. V oblasti zkoumání se vyzdvihují kvantitativní metody - výpočet korelací mezi proměnnými, hlubší statistická analýza, aj. Právě podle F. Nightingale je statistika nejdůležitější metoda zkoumání jevů, protože z ní vychází praktická aplikace jiných oborů (28, 21).

1.1.1.7 Holismus

Holismus je filosofický směr zabývající se celkem a celistvostí. Pojem „holismus“ se poprvé vyskytuje v knize „*Holismus a evoluce*“ jihoafrického politika a generála J. CH. Smutse z roku 1926. Ve své knize popisuje, že celek nelze jen rozdělit na jednotlivé části, ale že má podobu nepoznatelnou, nemateriální až mystickou. Chápal proces evoluce jako vytváření zcela nových celistvostí (11).

Slovo holismus vzniklo z řeckého slova holos (celý, úplný, neporušený). Holistická teorie vnímá všechny živé organismy jako jednotlivé celky skládající se z částí, které jsou ve vzájemném vztahu propojenosti a ovlivnitelnosti. Porušení funkčnosti jedné části (oblasti) vede k narušení celého systému. Jakákoliv změna v části daného celku způsobí, že celek pak dostává zcela odlišný charakter oproti původnímu.

Holistická teorie se objevuje i v ošetrovatelství a medicíně s cílem zachovat rovnováhu mezi technickým rozvojem a potřebami jedince. S rozvojem vědy a techniky se ve zdravotnictví uplatňoval mechanistický názor, že člověk je stroj složený z několika částí. Lékařská péče, zaměřená převážně na vyhledávání a léčbu onemocnění, zapomínala tak na další faktory (psychické, spirituální, sociální) promítající se do celkového zdravotního stavu jedince. Holismus jako odlišný způsob myšlení definuje holistické zdraví zahrnující celou osobnost a její životní styl (adaptaci na stres, duchovní stránku, sebekoncepci, kondici, předcházení negativním tělesným a emocionálním stavů – např. úzkosti, neurózy) (15).

Holistická medicína se zapisuje do podvědomí s koncem 20. století a soustředí se hlavně na prevenci a léčbu. V popředí se objevuje myšlenka péče člověka o vlastní osobu, jejíž součástí je správná výživa, dostatečný spánek, pohyb, čistý vzduch, aj. Kromě správně zvolené léčby se uplatňuje princip vytvoření atmosféry důvěry a spolupráce. Od klasické medicíny se holistická medicína odlišuje zaměřením na

předcházení nemocem, hledáním příčin, chápáním souvislostí a uzdravováním celého člověka, nikoliv jen jeho částí (10).

V profesionálním ošetřovatelství jsou principy holistické péče základním předpokladem k úspěšnému ošetřování. Lidská bytost je složená ze dvou základních dimenzí: psychiky a těla. Psychika v sobě zahrnuje oblast kognitivní, emocionální a duchovní. Tělo (soma) obsahuje oblast fyziologickou a biologickou. Všechny tyto složky jsou propojené a vzniká mezi nimi psychosomatický vztah. Stresové situace jsou pak příčinou psychické i somatické nerovnováhy. *„Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří nerovnováhu somatickou.“* Příčina jednotlivých nemocí nemusí být jen původu somatického, ale často bývá spojena s psychickými a sociálními faktory. Proto každá plánovaná ošetřovatelská péče by měla být zaměřena nejen na všechny složky jedince, ale také by se měla vztahovat k okolí, které je v interakci s osobou. Holistické pojetí osobnosti uznává řada sester a jeho principy využívá v praktickém ošetřování (15, 18).

1.2 Charakteristika základních pojmů

1.2.1 Metaparadigma

Pojem metaparadigma charakterizuje všechny jevy, kterými se zabývá každý obor. Jeden jev může být probádán mnoha obory. Příkladem je obor fonetika zkoumající problematiku řeči z hlediska činnosti mluvidel a podstaty zvuků. Obor psychologie řeší, jak se řeč vyvíjí v průběhu růstu a vývoje jedince. Metaparadigma v sobě zahrnuje nejobecnější a nejabstraktnější jevy celé problematiky. Vyzdvihuje základní podstatu, jádro daného oboru. Každé metaparadigma je členěno na menší jednotky, složky, které jsou uvnitř dále organizované. *„Metaparadigma je nejširší, nejglobálnější pohled určité disciplíny na zkoumání určitého problému, jevu“* (8, 18, 24).

Podstatu a náplň oboru ošetřovatelství vymezují čtyři základní oblasti. V první řadě se jedná o osobu (pacienta, klienta), jemuž je zprostředkována ošetřovatelská péče (menší zákrok, operace). Za druhé je to prostředí jakožto činitel, který je v neustálé

interakci s osobou. Předmětem oboru ošetřovatelství je i definování pojmu zdraví jako „stav blaha či osobní pohody, nejen absence nemoci příjemce“ (18). Poslední oblastí je charakteristika pojmu ošetřovatelství jako samostatné vědní disciplíny. Ošetřovatelství lze chápat jako všechny činnosti zprostředkované sestrou vedoucí k dosažení optimálního duchovního, biologického, spirituálního a sociálního stavu jedince nebo skupiny (8).

1.2.2 Koncepční model

Pod slovem „model“ si každý z nás často představí konkrétní model např. lokomotivy, budov, či mostu, kdy se jedná o zmenšeniny skutečných předmětů či objektů. Takové modely se nazývají fyzikální - konkrétní modely. Málokomu se vybaví model, který není založený na fyzické hmatatelnosti, ale spíše na myšlenkách, názorech, hodnotách či poznacích. Jedná se o fyzikální - abstraktní modely, např. adaptační model. Vedle toho existují modely schematické (diagramy, grafy), kvantitativní (matematické symboly) a verbální (vyjádřené slovem) spadající pod modely symbolické. *Obecně lze říci, že „model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu“ (18, 25).*

Koncepční model neboli paradigma, vyjadřuje spojení poznatků, názorů a pohledů na jevy světa. Jedná se o všeobecné a abstraktní pojmy, které se seskupují do smysluplné konfigurace. Koncepční model se týká globálních názorů jednotlivce, skupiny, situace a události související s oborem (18).

Koncepční model nelze přímo empiricky zkoumat a prověřovat, neboť základním principem modelu je jeho abstraktnost a všeobecnost. Důsledkem je, že jej nelze vidět přímo v reálném světě, tudíž přesahuje rámec vztahující se jen na jedince, konkrétní skupinu, situaci, či jev (12, 25).

Jedna z možností utvoření nového modelu je proces indukce, kdy pozorované jevy zevšeobecňujeme. Koncepční model může vzniknout i z existujících poznatků, které se použijí na tvorbu názoru či pohledu, což nazýváme procesem dedukce. Z historického pohledu lze konstatovat, že koncepční modely se objevovaly už ve starých civilizacích, jako byl např. Egypt nebo Čína (24). Příkladem může být i starověký

antický léčitel Hippokrates z Kosu a Claudius Galenus a jejich teorie temperamentových typů osobnosti. Na základě pozorování osob se vytvořila teorie o vzájemném poměru šťáv v lidském těle. Šťávami rozumíme krev, hlen, černou a žlutou žluč. Cestou induktivní vznikly čtyři temperamentové typy – flegmatik, sangvinik, choleric a melancholik.

„Lze říci, že koncepční modely jsou myšlenkové kombinace, které nám umožňují určitý přístup, „model“ řešení v rámci jedné nebo více disciplín“ (24).

1.2.3 Koncepční model a metaparadigma

Metaparadigma jako nejobecnější a nejkompexnější pohled problematiky daného oboru v sobě zahrnuje jednotlivé koncepce a teorie. Koncepční model je součástí metaparadigmatu. Model specifikuje metaparadigma tak, že detailněji popisuje jevy a vytváří na ně odlišný pohled. V rámci jednoho oboru můžeme najít velké množství modelů popisující daný problém svým osobitým způsobem. Všechny tyto modely mají stejné metaparadigma oboru. Existují i teorie, které lze využít u více metaparadigmat vědných oborů. Pak jeden koncepční model je součástí mnoha disciplín. Příkladem je teorie podmíněných reflexů I. P. Pavlova zasahující do oboru psychologie a fyziologie (24).

1.3 Koncepční modely v ošetrovatelství

Koncepční model v sobě zahrnuje nejen světový názor, ale i filosofické přesvědčení promítající se ve třech základních oblastech oboru ošetrovatelství. Jedná se o osobu, která je středem zájmu, prostředí, ve kterém se nachází, a vzájemnou interakci mezi osobou a prostředím.

Každý model je pak založen na třech základních principech: Na víře a hodnotách, na zvoleném cíli praxe a na vědomostech a dovednostech, které přispějí k jeho dosažení. Ve vztahu k ošetrovatelskému procesu koncepční model charakterizuje jeho cíl, rozsah i obsah. Ošetrovatelský proces vymezuje pořadí sledu kroků, ale

nezabývá se obsahem péče. Realizaci koncepčních modelů zprostředkuje právě ošetrovatelský proces (25).

Předmětem koncepčních modelů je nalezení odpovědí na některé otázky nebo jevy. Snaží se objevit cestu, jak vyřešit praktické problémy. Pomáhá k orientaci v praxi, ve vzdělávání, v řízení ošetrovatelství i ve výzkumu. Stanovuje všeobecná kritéria, která vedou k rozpoznání, zda se daný problém vyřešil (8). Porozumění jednomu koncepčnímu modelu vede ke zlepšení komunikace, zlepšuje výzkum a rozvíjí profesní ošetrovatelství. Seznámení se s dalšími modely a jejich pochopení rozvíjí kritické myšlení – tedy prozkoumání konkrétních jevů z různých pohledů (22).

Ošetrovatelské modely obsahují tři důležité okruhy: předpoklady (asumpce), hodnotový systém a hlavní jednotky. Předpokladem rozumíme teoretický základ koncepce ošetrovatelství. Zdrojem mohou být filosoficko-světové názory, všeobecné a speciální disciplíny. Převážná většina modelů vychází z praxe a jsou empiricky ověřitelné. Hodnotový systém se vyznačuje základní myšlenkou oboru ošetrovatelství ve všech modelech a vytváří filosofický pohled autora. Vyzdvihuje se například holistické vnímání jedince, specifický vztah sestry a pacienta, aj. Hlavní jednotky modelu jsou výsledkem spojení dvou předchozích složek.

1. Cíl ošetrovatelství definuje, čeho chce sestra dosáhnout. Odlišnost cílů jednotlivých modelů je dána odlišnými předpoklady.
2. Pacientem/klientem je nazýván jedinec či skupina přijímající ošetrovatelskou péči.
3. Role sestry charakterizuje funkci sestry a konkrétní činnosti, které vykonává.
4. Zdroj potíží vychází z pacienta, nikoliv ze sestry.
5. Ohnisko zásahu ukazuje, kam budou směřovat ošetrovatelské intervence.
6. Způsoby zásahu vyjadřují prostředky a způsoby, které jsou uplatňovány při poskytování ošetrovatelské péče.
7. Důsledky vyjadřují výsledky ošetrovatelské péče (29, 18, 13).

Koncepční modely v ošetrovatelství definují, co je posláním sester, ale také jaká je hranice ošetrovatelské profese. Koncepční modely jsou přínosem především sestrám,

neboť jsou zdrojem nových filosofických názorů na ošetřovatelství a jejich realizaci v praktických situacích ve zdravotnických zařízeních. Pomáhají sestřám v plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelských zásahů. Další pozitivem je vytváření dokumentace a výsledků zdravotní péče a v neposlední řadě přispívají ke zlepšení komunikace mezi sestrami. Koncepční modely se aplikují do ošetřovatelského procesu především v USA a Kanadě, některé z nich se využívají i v Evropě (25, 18).

Kategorizaci konceptních modelů uvádí příloha č. 1.

1.3.1 Koncepční model Florence Nightingale

Florence Nightingale patří k nejvýznamnějším osobnostem ošetřovatelství. Vytvořila koncepci o všeobecném chování v ošetřovatelství, která je základem ošetřovatelské teorie a praxe. Označení „dáma s lampou“ si získala díky svým neúnavným nočním vizitám u nemocných pacientů. Její myšlenky a teorie jsou velkým přínosem pro rozvoj ošetřovatelství a mají platnost i v současnosti (28).

F. Nightingale se narodila 12. května 1820 ve Florencii v aristokratické rodině. V roce 1851 vstoupila s otcovým souhlasem do Ústavu Protestantské diakonie v Kaiserworthu, kde získala vědomosti zdejšího systému péče o nemocné. V roce 1853 se stala vrchní sestrou v Ústavu pro ošetřování nemocných dam v Londýně. V roce 1854 v Krymské válce pečovala s dalšími sestrami o raněné vojáky. Nightingale se zajímala i o vzdělávání sester, a tak v roce 1860 otevřela první necírkevní ošetřovatelskou školu na světě při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. V roce 1859 publikovala knihu s názvem *Poznámky o nemocnicích*, kde se zabývala hygienickými podmínkami a plánováním nemocnic. Téhož roku vydala knihu *Poznámky o ošetřovatelství* a v roce 1871 v knize *Poznámky o porodnictví* intenzivně zkoumala příčinu novorozenecké úmrtnosti. V průběhu života napsala přibližně 200 knih, článků a zpráv. Její práce měly jasné, srozumitelné a ucelené myšlenky poukazující na problémy v ošetřovatelství. Roku 1897 byla definitivně upoutána na lůžko a postupně docházelo k zhoršování zraku. Posledních deset let života byla zcela slepá. Tři roky před úmrtím dostala jako první žena v historii od Eduarda VII. vyznamenání „Za zásluhy“ (28, 18).

Filosofickým východiskem její činnosti se staly směry humanismus, tomismus, empirismus, racionalismus, částečně i pozitivismus a materialismus. F. Nightingale vycházela z učení Tomáše Akvinského a vnímala osobu jako něco úplného, nejdokonalejšího. Věřila, že každá bytost se dokáže přibližovat k Bohu svými skutky. Zdůrazňovala duchovní sebeuvědomování a vlastní svobodné rozhodování. Empiristické, materialistické a racionalistické myšlenky se objevily u F. Nightingale především v jejích písemných dokumentech. Usuzovala, že k opravdovému poznání lze dospět za pomoci matematických metod, především pozorování. Pozitivismus ovlivnil F. Nightingale z hlediska zkoumání určitých jevů jako je úmrtnost, výskyt nemocí, atd. Považovala statistiku za nejvýznamnější vědu ve svém bádání. Vyzdvihovala vlastnosti jako je soucit, empatie, úcta k člověku, respektování autonomie a svobody jedince, které jsou základem humanistického směru (28).

V průběhu svého působení objevila důležitost propojení jednotlivých komponentů ošetrovatelství: osoby, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Pohled na osobu byl ovlivněn křesťanským pojetím osobnosti. Každý jedince má přirozenou schopnost poznávat svět a svobodně se rozhodovat v souladu s Bohem. Osoba je víceúrovňová bytost zahrnující stránku fyzickou, emocionální, sociální a spirituální stránku. Věřila, že člověk má potenciál k vlastnímu uzdravení za vhodných podmínek, které zabezpečuje sestra. K jednotlivým pacientům přistupovala individuálně podle věku, nemoci, pohlaví a duševního zdraví. Nemocný se považuje za pasivního příjemce v neustálé interakci se svým prostředím a sestrou (28).

Další oblast, kterou F. Nightingale nejvíce rozpracovala, je prostředí. Prostředí je utvářeno fyzikálními, biologickými a chemickými vlivy propojené s psychologickou stránkou a sociálním prostředím. To vše ovlivňuje proces zdraví a proces uzdravování. F. Nightingale se nezabývala definicí pojmu prostředí, ale uvedla jeho pět základních složek. Čerstvý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace jsou základním předpokladem pro udržení zdraví a léčby nemocí. Tyto aspekty rozpracovává do sesterských intervencí. Pacientům doporučovala koupel a výměnu prádla každý den. Sestra se má snažit ochránit pacienta před nadměrným hlukem a častými změnami. Pacienti by se měli vystavovat každodennímu slunečnímu záření, neboť má blahodárné

účinky na celý organismus. Pravidelné mytí rukou sester považovala za základní podmínku čistého prostředí, aby nedocházelo ke vzniku a šíření infekce (18, 28).

F. Nightingale uváděla, že prostředí odráží aktuální stav společnosti. Přírodní prostředí, které tvoří podstatu teorie, zahrnuje životní prostředí jedince - fyzické, emocionální a sociální prostředí. Fyzické prostředí je základní složkou nemocného a zdravého jedince. Emocionální prostředí je ovlivňováno fyzickým prostředím a může vyvolat negativní psychické reakce. Sociální prostředí je spojováno s individualitou jedince a je ve vzájemné interakci s oběma předchozími typy prostředí. F. Nightingale považovala fyzické prostředí za důležitější než prostředí emocionální a sociální (18).

Na zdraví pohlíží F. Nightingale jako na „*přirozený proces utvářející se v kombinaci s environmentálními vlivy, ale také jako schopnost využít všechny síly.*“ Na přítomnost choroby nepohlíží negativně, ale chápala ji jako nápravný proces těla vyřešit své problémy. Nemoc není jen utrpením, ale má i hlubší duchovní význam. Zdraví vzniká na základě interakce mezi pacientem a sestrou a mezi sestrou a prostředím, přičemž intervence sestry jsou zaměřené na úpravu prostředí a působením na nemocného (28).

F. Nightingale vnímala ošetřovatelství jiným způsobem, než bylo charakteristické pro danou dobu, což bylo „*vykonávání medicínských úkonů a aplikace obkladů*“. Snažila se o překonání tehdejších představ o ošetřování, které bylo považované za vhodné zaměstnání pro ženy. Ošetřovatelství nevnímala jako „*ženskou práci*“, ale jako umění, které vychází z čistoty, laskavosti a upřímnosti srdce. Podle ní je ošetřování nemocných výzvou od Boha a vyzdvihuje ho na profesionální úroveň. Ošetřovatelství využívá vědeckých technik - statistiky, pozorování a promyšlených sesterských intervencí - hygieny či komunikace. Hlavním cílem ošetřovatelství je vytvoření podmínek podporujících zdraví jedince. Ošetřovatelství rozdělila do dvou oblastí. Vlastní ošetřování, kde je středem zájmu nemocný člověk a ošetřovatelství zaměřené na prevenci a podporu zdraví. Systém prevence onemocnění a kontroly prostředí nazývá „*zdravé ošetřování*“. Nejvýznamnějším faktorem v ošetřování je manipulace s prostředím pacienta a péče o jeho psychické zdraví (28, 8).

F. Nightingale obohatila ošetřovatelství o čtyři důležité principy. Všeobecností se rozumí instrukce a pokyny ohledně práce sester, nemocných a prostředí. Princip

přesnosti znamená, že ošetrovatelská praxe by měla vycházet více z pozorování a zkušeností, než ze systematického výzkumu. Zdůvodnitelné následky se vyznačují usměrňováním sestry a jejím chováním v oblasti praxe, výzkumu i vzdělávání. Poslední princip kreativita je důležitá vlastnost rozvíjející schopnosti růstu a změn (2, 18).

Teorie F. Nightingale obsahuje tři roviny vztahů: jedinec - prostředí, sestra - prostředí a sestra - nemocný. Nejdůležitější vztah je mezi jedincem a prostředím, neboť zdravé prostředí má přímý vliv na zdravotní stav jedince. Pokud nejsou dodrženy podmínky zdravého prostředí (čistá voda, vzduch, kanalizace, atd.), objeví se nemoci, které vyžadují ošetrovatelské intervence. Vztah sestra - prostředí stanovuje sesterské zásahy ovlivňující prostředí jedince. Sestra dodržuje stálou teplotu v místnosti, zajišťuje čistou vodu a čerstvý vzduch, udržuje vlastní i pacientovu hygienu, aj. (18).

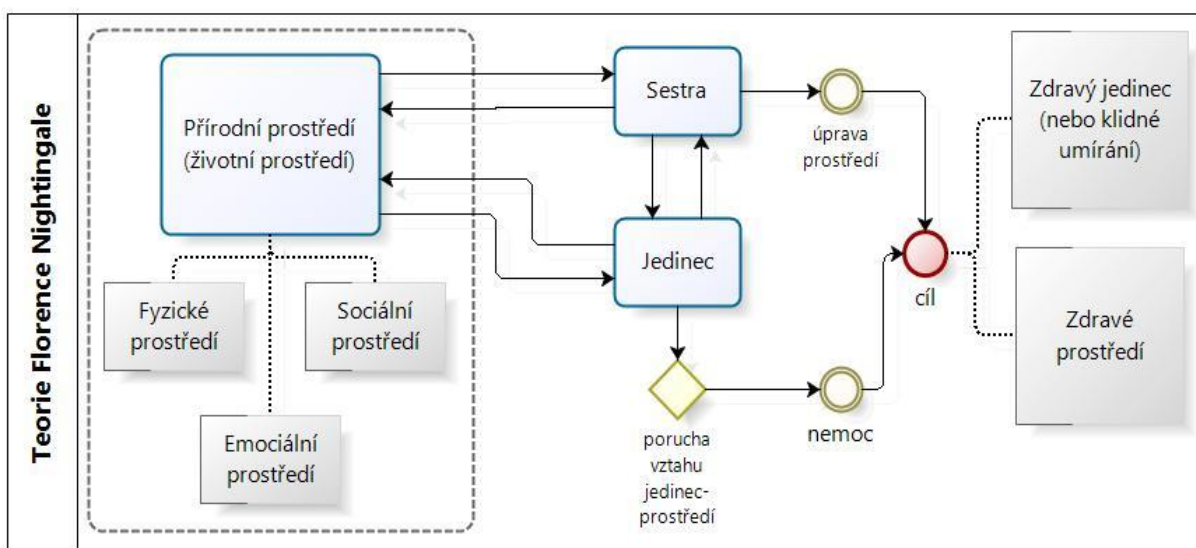
Ve vztahu sestra - nemocný je hlavním úkolem sestry uspokojování potřeb pacienta a orientace na psychický a sociální stav jedince. Sestra je hlavním regulátorem prostředí pacienta, aby nedošlo k psychickému či fyzickému strádání. Jejím cílem je dosažení optimálního stavu jedince prostřednictvím úpravy prostředí. Teorii rozšířila o tzv. management maličkosti, který chrání nemocného před tělesným a duševním poškozením. Sestra je odpovědná za práci ostatních i v době vlastní nepřítomnosti. Měla by disponovat vlastnostmi jako je inteligence, vzdělanost, odpovědnost a kreativita. Je nositelkou morálních vlastností a k pacientům by měla zaujmout profesionální přístup (8).

F. Nightingale podporovala racionální myšlení sester v ošetrování. Jako první předkládala v průběhu teoretické přípravy konkrétní příklady a své studie. Sestry si během svého studia prohlubovaly vlastnosti jako je vytrvalost, vynalézavost, porozumění. Cílem praktické výuky bylo získání základních dovedností - co a jak pozorovat, které příznaky jsou významné, jaké jsou známky zanedbávání, aj. Jestliže sestra nezískala tyto schopnosti a poznatky, neměla by vykonávat sesterské povolání (18). Zdůrazňovala profesionální přípravu sester i v oblasti komunikace. Chtěla dosáhnout toho, aby pacienti mohli komunikovat se sestrami bez ostychu, s důvěrou a otevřeností. Věřila, že vzdělané sestry dokážou změnit tehdejší poměry v nemocnicích a

zreformují ošetrovatelskou a zdravotnickou praxi. Předmětem jejího zkoumání byla i motivovanost sester (28).

Z hlediska hlavních jednotek je cílem ošetrovatelství je podle F. Nightingale zajistit nemocnému přežití nebo se snažit zmírnit jeho umírání. Pacientem je jakákoliv osoba, která je odkázána na pomoc sestry. Nemocný jedinec je v procesu uzdravování pasivní a jeho zdravotní stav je ovlivňován sestrou a prostředím. Role sestry spočívá v zajištění optimálního stavu pacienta. Zdrojem potíží je prostředí a jeho negativní působení - vlhkost, nečistota, chlad, tma, zápach, hluk. Zabezpečení pěti základních složek zdravého prostředí je ohniskem zásahu. Způsob zásahu spočívá v úpravě prostředí. Důsledkem péče je zajištění optimálního prostředí a vytvoření co nejlepšího stavu nemocného (18).

F. Nightingale záměrně nevytvářela koncepční model či nějakou teorii. Ve své době se zabývala otázkou vymezení pojmu ošetrovatelství. Jako první na světě definovala, co je ošetrovatelství a co není. Její myšlenky mají nadčasový charakter a v současné době plní nezastupitelné místo v praxi (28).



Zobrazení vychází z: **PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006.**

1.3.2 Koncepční model Marjory Gordon

Autorkou funkčního modelu vzorce zdraví je Marjory Gordon narozená v Clevelandu, ve státě Ohio. První ošetřovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing. Později studovala na Hunter College of the City University v New Yorku, kde získala bakalářské a magisterské vzdělání. V současné době je M. Gordon profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých na Boston College, Chestnut Hill ve státě Massachusetts. Stala se prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (8, 18).

Změny v ošetřovatelství stanovily potřebu diagnostické terminologie, a proto se v roce 1973 uskutečnila první národní konference se zaměřením na klasifikaci ošetřovatelských diagnóz. V návaznosti na tuto událost vznikla v roce 1982 asociace s názvem NANDA (North American Nursing Diagnosis Association - Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku) (28).

Východiskem M. Gordon se stala holistická a humanistická filosofie. Zdůrazňuje humanistický přístup v ošetřovatelské praxi. Sesterské intervence by měly být v souladu s lidumilností a lidskostí. Důležitým předpokladem k vykonávání sesterského povolání je touha pečovat o druhé, ochota naslouchat a schopnost empatie. Jedinec je chápan podle M. Gordon z hlediska holistického pojetí. Je vnímán jako komplexní bytost, kde všechny jeho části jsou úzce propojené (18).

Model je založen na interakčním vztahu jedince a prostředí. Z hlediska metaparadigmatických pojmů je na osobu pohlíženo jako na holistickou bytost, pro kterou jsou typické funkční vzorce promítající se do kvality života, zdraví a rozvoje lidského potenciálu. Prostředí pak ovlivňuje funkční vzorce zdraví jedince. Zdravím se rozumí biologická, sociální a psychologická rovnováha, na kterou působí vývojové, kulturní, duchovní faktory. Jestliže dojde k porušení rovnováhy, mluvíme o dysfunkčním stavu. A je nutné stanovit ošetřovatelskou diagnózu. U osob relativně zdravých se v rámci primární prevence se vytvářejí potencionální dysfunkční vzorce zdraví a potencionální diagnózy. Předmětem ošetřovatelství jsou dysfunkční a funkční vzorce zdraví (3, 18).

Ke správnému stanovení ošetřovatelské diagnózy vyvinula M. Gordon funkční a dysfunkční vzorec zdraví. Vzorce se chápou jako „úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě“ (18). M. Gordon předpokládá, že všichni lidé mají společné vzorce chování ovlivňující jejich kvalitu života, zdraví a schopnosti. Při prvním kontaktu s pacientem má sestra za úkol sběr základních informací vycházející z třinácti funkčních vzorců zdraví. Cílem sestry je zjištění, zda má jedinec jednotlivé vzorce zdraví funkční a nalézt ty, které jsou dysfunkční nebo potenciaálně dysfunkční. K pojmenování ošetřovatelského problému slouží diagnostický systém NANDA International. Jeho definování vede ke specifickým ošetřovatelským intervencím (8).

Optimální vzorce chování jedince se zřetelem na věkový vývoj, kulturní faktory a faktory prostředí považuje M. Gordon za funkční vzorce zdraví. Soubor třinácti vzorců funkčního zdraví rozeznává funkční chování jedince ve zdraví a dysfunkční chování v nemoci. Jednotlivé vzorce nefungují izolovaně, ale ve spojitosti s ostatními. Narušením jednoho vzorce dojde k porušení celého organismu. Některé autorky uvádí pouze 11 či 12 funkčních vzorců zdraví.

Mezi třináct vzorců patří:

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví* zahrnuje činnosti a strategie jedince, které vedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu.
Třídy: Povědomí o zdraví, management zdraví.
2. *Výživa – metabolismus* řeší problematiku přijímání, vstřebávání a využívání živin potřebné k zachování a regeneraci tkání a produkci energie.
Třídy: Přijímání potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace.
3. *Vylučování* zahrnuje odstraňování odpadních produktů z těla (exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže).
Třídy: Vyprazdňování moče, gastrointestinální funkce, funkce pokožky a respiračního aparátu.
4. *Aktivita – odpočinek* obsahuje různé aktivity k udržení tělesné kondice, aktivity denního života a volného času.

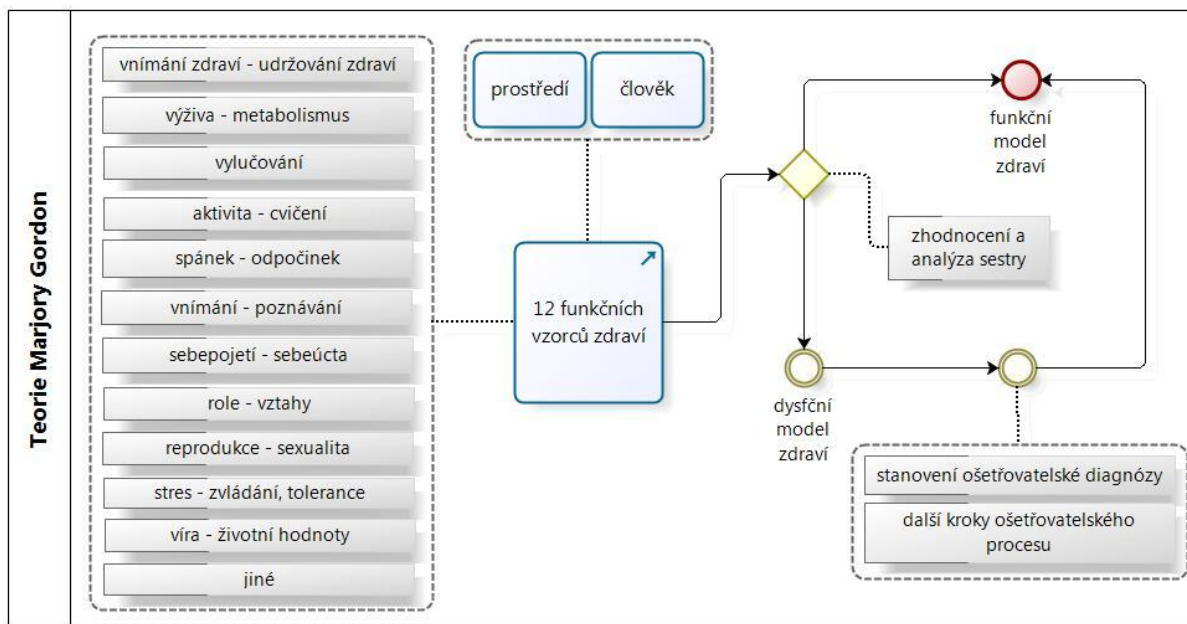
- Třídy: Spánek - odpočinek, aktivita - tělesný pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární plicní odezva, starostlivost o sebe.
5. *Vnímání – poznávání* zahrnuje smyslové a kognitivní schopnosti jedince - bolest, orientace, řeč, schopnosti rozhodování, aj.
Třídy: Pozornost, orientace, poznání, komunikace, cítění – vnímání.
6. *Vnímání sebe sama* sleduje, jak jedinec vnímá svoji osobnost, jaký má k sobě vztah.
Třídy: Sebepojetí, sebeúcta, obraz těla.
7. *Vztahy* zkoumají interpersonální vazby mezi jedinci a jejich role ve společnosti.
Třídy: Role ošetřovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí.
8. *Sexualita* obsahuje sexuální orientaci, reprodukční období, změny a spokojenost.
Třídy: Sexuální identita, sexuální funkce, reprodukce.
9. *Zvládnutí zátěže – odolnost proti stresu* zahrnuje míru tolerance zvládnutí náročných životních situací.
Třídy: Posttraumatická odezva, odezva na zvládnutí zátěže, neurobehaviorální stres.
10. *Životní principy* se zajímají o hodnoty a víru jedince určující specifické myšlení, jednání a názory.
Třídy: Hodnoty, víra, soulad hodnot, víry a činů.
11. *Bezpečnost – ochrana* se zabývá ochranou před tělesným poškozením a poškozením imunitního systému.
Třídy: Infekce, tělesné poškození, násilí, rizika životního prostředí, obranné procesy, termoregulace.
12. *Komfort* zahrnuje duševní, tělesnou a sociální pohodu a klid.
Třídy: Tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort.
13. *Růst a vývoj* zkoumá všechny odlišnosti od normálního psychického a tělesného vývoje jedince.
Třídy: Růst, vývoj. (28, 18).

Sestra má hlavní úlohu v diagnóze funkčního a dysfunkčního vzorce zdraví. Při kontaktu s osobou využívá řadu standardních metod. Může zvolit techniku rozhovoru, pozorování či fyzikální vyšetření. Sestra zanalyzuje získané informace a určí vzorec zdraví. Pokud zjistí dysfunkční vzorec zdraví, pokračuje podle kroků ošetřovatelského

procesu. Při zkoumání funkčních vzorců zdraví by neměla sestra opomíjet některé faktory ovlivňující zdravotní stav jedince. Získané údaje by měla porovnávat s individuálním výchozím stavem pacienta. Sestra by také neměla zapomínat na zvláštnosti dané věkové skupiny. Nezanedbatelné je i příslušenství ke komunitě či etnické skupině. Vzdělaná sestra dokáže s použitím odborné terminologie diagnostikovat pacientův problém. Po stanovení problému vytvoří plán sesterských intervencí, zrealizuje ošetrovatelskou péči a na závěr vyhodnotí úspěšnost ošetrovatelských intervencí a případně navrhne další změny ke zlepšení stavu (2).

Z hlediska hlavních jednotek je cílem ošetrovatelství zdraví, za které si každý jedinec odpovídá sám. Cílem je vytvoření rovnováhy mezi bio-psycho-sociálními složkami. Pacient se považuje z hlediska holistického pojetí jako celek s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. U každé osoby se dá určit, zda má funkční či dysfunkční typ zdraví. Sestra plní svoji roli systematickým získáváním informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví na základě metod - pozorování, rozhovor, atd. Zdrojem potíží bývá některá část z bio-psycho-sociální interakce. Ohniskem zásahu je dysfunkční vzorec zdraví. Způsob intervence vychází ze známých ošetrovatelských modelů a teorií a důsledkem je dosažení funkčního vzorce zdraví (18, 3).

Model M. Gordon přispívá k rozvoji moderního ošetrovatelství cíleného na podporu zdraví, proto jej lze využít v primární prevenci zaměřenou na jednotlivce, rodiny či komunity. Jeho přínos je i v nemocničních zařízeních, kde pomáhá stanovit dysfunkční typ zdraví a rozpracovává pomocí anamnézy jednotlivé problémy. Dalším pozitivem je zaměření se na všechny stránky osobnosti jedince. Třináct domén zahrnuje informace o fyzickém, psychickém, sociálním a spirituálním zdraví jedince. Model M. Gordon rozvíjí ošetrovatelskou teorii a její poznatky aplikuje do praxe (8).



Zobrazení vychází z: **PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006.***

1.3.3 *Koncepční model Callisty Roy*

Autorkou adaptačního koncepčního modelu se stala Callista Roy narozená v roce 1939 v USA. V současné době působí jako profesorka teorie ošetřovatelství na Boston College School of Nursing. První zkušenosti se zdravotnickým prostředím získávala od svých čtrnácti let, kde pracovala jako pomocná síla. Později absolvovala bakalářské studium na Kalifornské univerzitě v Los Angeles, na které v roce 1963 obhájila bakalářský titul. Během magisterského vzdělávání oboru ošetřovatelství získala praktické zkušenosti na pediatrickém pracovišti. Magisterský titul získala v roce 1966. V roce 1971 získala titul PhD. ze sociologie také na Kalifornské univerzitě (4).

Model Callisty Roy byl ovlivněn několika teoretickými východisky. Jelikož model vznikl v 70. letech dvacátého století, vycházel především z teorie systémů Bertalanffyho, z adaptační teorie Helsona a z filosofického humanistického směru.

Ke vzniku modelu přispěly i myšlenky A. Maslowa o teorii potřeb. Z teorie systémů autorka rozvíjí myšlenku o celistvosti a vzájemné interakci - holistické pojetí osobnosti. Jedince považuje za komplexní systém, ve kterém jsou všechny složky ve vzájemné interakci. Pokud se poruší funkce jedné oblasti, naruší se celý systém. Humanistický směr vyjadřuje lidský přístup k člověku. Uznává člověka jako osobnost s vlastním potenciálem k růstu. Respektuje hodnoty a přání jedince, jeho právo na svobodu a štěstí (4, 28).

Z metaparadigmatického pohledu je osoba chápána jako adaptační systém složený z částí, subsystémů mající funkční význam. Člověk je holistická bytost reagující na požadavky z vnějšího a vnitřního prostředí. Považuje člověka za otevřený systém, kde dochází k výměně informací s okolím (18, 28).

Na prostředí se pohlíží jako na okolnosti, podmínky, situace obklopující osobu. Prostor působí na vývoj a chování jedinců nebo skupin. Vnější podněty mohou být kulturní, socioekonomické, etnické či náboženské povahy. Vnitřní činitele vyvolávají odpověď organismu. Patří sem například názory, struktura rodiny, problémy v rodině, věk, pohlaví, genetické faktory, vnímání, vědomosti. Vliv prostředí má pozitivní nebo negativní dopad. Podněty z prostředí ovlivňující jedince se nazývají stimuly.

Zdraví je stav nebo proces vyjadřující úspěšnou adaptaci na stimuly z okolí. Pokud mechanismus přizpůsobování selže, jedinec onemocní. Podstatou zdraví a léčení je schopnost organismu přizpůsobit se vlivům stimulů.

Cílem ošetřovatelství je ovlivňování zdraví jedinců ve zdraví i v nemoci a dosáhnout jejich efektivního adaptivního chování. Ošetřovatelství je potřebné tehdy, pokud působící stres přesahuje možnosti pacienta se s ním vypořádat. Je to praktická disciplína založená na teoretických poznacích, která pomáhá k uspokojování potřeb jedinců a má pozitivní účinky na jejich zdraví (28, 18).

Model adaptační teorie řadí Callista Roy k systémovým modelům. Základní tezí modelu je neustálá adaptace jedince na měnící se prostředí. Cílem je vytvoření rovnováhy člověka a prostředí a osvojení si takových mechanismů, které ulehčují proces adaptace.

Rovnováha jedince je narušena vnějšími či vnitřními nároky na organismus. Podmínky, kdy se objevuje rozpor mezi požadavky kladenými na jednotlivce a jeho schopnostmi se s nimi vyrovnat, nazýváme jako stresové situace. Pod pojmem stres se rozumí tlak, zátěž, břemeno působící na orgány a psychiku člověka. Callista Roy pohlíží na stres dvojím způsobem. Stres může být impulz k reakci, příčina – stresor. Stres může být také chápán jako účinek, následek, důsledek, stav organismu – stresová reakce. Oba výklady stresu jsou úzce propojené a vytváří společně stresový zážitek (28).

Adaptací na stres se rozumí proces přizpůsobování situacím obtížným pro konkrétního jedince. Termín adaptace pochází z latinského slova ad - aptare, kde aptare znamená připravit se na boj či těžkou psychickou situaci. Schopnost vypořádat se s těžkou situací, být na ní dostatečně připravený se nazývá koping.

Koping lze charakterizovat jako *„úsilí jedince řešit problém, čelit požadavkům, které kladou nároky na jeho adaptační schopnosti.“* Funkcí kopingu je hledání příčiny distresu a regulování emocí. C. Roy využívá v procesu adaptace kopingové mechanismy a strategie. Hranice mezi kopingem a adaptací se výrazně nerozlišuje (28).

Callista Roy rozlišuje pozitivní a negativní adaptaci jedince. Pozitivní adaptace nastane ve chvíli, kdy jedinec reaguje kladně na změny z vnějšího a vnitřního prostředí. Pokud je reakce jedince na změnu prostředí neefektivní, vede to ke změně celistvosti jedince. Podněty z vnějšího a vnitřního prostředí vyvolávající reakci a adaptační odpověď se nazývají stimuly.

Adaptační model rozlišuje tři druhy stimulů, které jsou důležité pro adaptaci jedince. Fokální (ohniskový, centrální) stimul je nejintenzivnějšího charakteru. Působí na jedince v určitém momentu a urychluje jeho adaptivní chování (např. horko). Kontextuální stimul působí současně s fokálním stimulem, se kterým úzce souvisí. Kontextuální stimul ovlivňuje fokální stimul, vychází ze současnosti (nadměrné oblečení). Reziduální stimul vychází z osobnosti jedince, z jeho názorů, vlastností, charakteru, zkušenosti, aj. Individuálním rozsah adaptivních reakcí na stimuly nazýváme adaptační úroveň - niveau. Každý jedinec reaguje na určité množství podnětů „normálním způsobem“, jedná se o tzv. výstupové adaptivní chování. Jestliže stimuly

přesáhnou hranici individuální adaptační zóny, objeví se neefektivní reakce a porušení integrity osobnosti. Tyto neefektivní stimuly nepřispívají k dosažení adaptivních cílů a narušují integritu jedince. Naopak adaptivní stimuly pozitivně ovlivňují jedince. Vedou k růstu a vývoji osobnosti, podporují jeho celistvost. Tyto podněty nepřesahují adaptační niveau jedince (18).

Proces adaptace probíhá na podkladě dvou subsystémů. Primární (kontrolní) subsystém obsahuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů. Zahrnuje i překonávání a zvládání náročných situací. Je složen z regulátoru a kognátoru. Regulátor je definován nervovými, chemickými a endokrinními kanály, které přenášejí vnější a vnitřní informace do centrálního nervového systému (reflex končetiny při ohrožení na vzniku popálenin). Kognátor zahrnuje reakce z vyšší nervové činnosti – učení, paměť, emoce. Vede k řešení problémů a rozhodování (matematická úloha).

Sekundární (efektorový) subsystém navazuje na primární subsystém. Po zpracování podnětů kontrolním subsystémem se převádí reakce do čtyř adaptačních oblastí - modů.

1. Fyziologická oblast

Fungování a aktivita živých organismů je ovlivněna fyzikálními a chemickými procesy organismu, které souvisí s fyzickým způsobem adaptace. Ve fyziologickém způsobu adaptace má nejdůležitější úlohu integrita. Ta se definuje jako „úroveň celistvosti dosažená adaptací na měnící se potřeby.“ Pokud jsou uspokojeny biologické potřeby, integrita zůstane zachována. Fyziologická oblast zahrnuje devět prvků. Jedná se o dýchání, výživu, vylučování, aktivita a odpočinek, smysly, rovnováha tekutin, neurologické a endokrinní funkce.

2. Sebekoncepce

Adaptace pomocí sebekoncepce zahrnuje fyzický a osobnostní aspekt. Fyzickou částí sebekoncepce se rozumí pocitování a uvědomování si vlastního fyzického těla a tělové schéma (body image) - pohled na sebe samého, vnímání a hodnocení svého vzhledu. Do osobnostního aspektu patří shoda sama se sebou, kdy představy o své osobě jsou ve shodě s realitou. Ideály o sobě se vyznačují tužbami a cíli do budoucnosti. Součástí osobnostního aspektu jsou i morální a spirituální prvky - předsvědčení a víra.

3. *Rolová funkce*

Každý jedinec vykonává ve společnosti nějakou funkci či roli. Role se definuje jako očekávaný způsob chování v určité sociální pozici. Přesné vymezení role jednotlivce ve společnosti umožní skupině splnit své cíle. Každý jedinec ve svém životě plní několik rolí - tzv. rolový strom. Primární role souvisí s věkem, pohlavím, je relativně trvalá a daná (adolescent). Sekundární role vyplývá z primární role a z vývojového období (matka). Terciární role souvisí s předešlými rolemi a poukazuje na to, jak jedinec plní závazky vzniklé z dané role (člen komise).

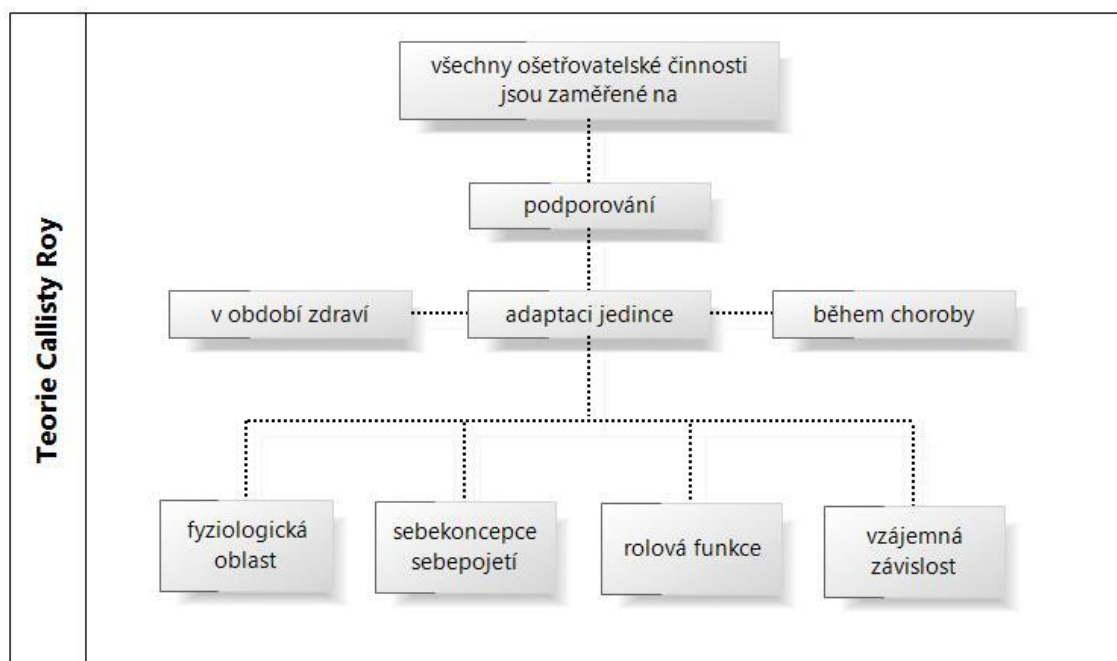
4. *Vzájemná závislost*

Vzájemná závislost se zabývá interpersonálními vztahy dvou a více osob, jejichž cílem je dosažení uspokojivých vztahů. Na dosažení rovnováhy je potřeba citová přiměřenost (láska, respekt, péče, pozornost, jistota a porozumění), vývojový přiměřenost (učení a dozrávání vztahů v procesu vývinu) a zdrojová přiměřenost (jídlo, oblečení, zdraví, bydlení a bezpečnost) (28).

K hlavním ošetrovatelským jednotkám patří cíl definovaný jako schopnost adaptace v průběhu nemoci i zdraví v každé adaptační oblasti. Pacient se považuje za holistickou, bio-psych-sociální bytost v neustálé interakci s proměnlivým prostředím. Role sestry spočívá v podpoře adaptačních mechanismů a adaptivního chování. Sestra by měla v první fázi ošetrovatelského procesu zjistit co nejvíce informací ohledně zdravotního stavu pacienta. Zhodnotí, zda došlo k porušení rovnováhy u klienta ve čtyřech adaptačních oblastech. Pokud se jedinec nedokáže adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projeví v adaptačních modech. Sestra má za úkol nalézt maladaptivní chování jedince a stimuly odpovídající za porušení rovnováhy. Podle získaných informací zvolí nejvhodnější způsob ošetřování tak, aby došlo k obnovení efektivního procesu adaptace. Sesterské intervence spočívají v manipulaci fokálních, kontextuálních a reziduálních stimulů (3).

Zdrojem potíží jsou neefektivní aktivity pacienta vedoucí k udržení integrity. Ohniskem zásahu jsou fokální, kontextuální a reziduální stimuly. Způsobem zásahu je manipulace se stimuly - jejich snižování, zvyšování a udržování. Důsledkem jsou adaptivní reakce na podněty.

Model C. Roy je často využívaným modelem v praktickém ošetrovatelství. Jeho přínosem je vymezení pojmu adaptace v oblasti ošetrovatelství, kde důležitou úlohu hraje sestra pomáhající udržet či obnovit rovnováhu jedince (18).



Zobrazení vychází z: **PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006.**

1.3.4 Koncepční model Margarety Jean Watson

Důležitou autorkou humanistického modelu se stala Margareta Jean Watson narozená ve Virginii. Ošetrovatelskou školu ukončila v roce 1961 a získala bakalářský a magisterský titul v oboru ošetrovatelství. Věnovala se výchovné psychologii a poradenství, což bylo hlavní náplní její disertační práce, kterou úspěšně obhájila v roce 1973 (8). Získala několik ocenění včetně Fulbrightovy ceny za výzkum nebo cenu Národní ligy pro ošetrovatelství. Je držitelkou šesti čestných doktorátů, z nichž tři jsou mezinárodní (Kanada, Švédsko, Velká Británie) (16).

Je autorkou prací zabývajících se filosofií humanistické péče - *Filosofie a věda o péči, Věda o lidech a péči o lidi jako teorie ošetrovatelství*. Ve svých publikacích

poukazuje na filosofické a koncepční potíže. Snažila se o vymezení pojmu péče, kterou považuje jako morální ideál, nejen za povinnost sestry. Péče je základem ošetřovatelství, je to mezilidský vztah mezi sestrou a pacientem sloužící k zachování lidské důstojnosti. Cílem ošetřovatelství je pomoc jedinci tak, aby dosáhnul vyšší stupeň harmonie mysli, těla a duše. Harmonie vychází z poznání sebe sama a respektování vlastní osoby vedoucí k uzdravování a péči o sebe (8).

Teoretickým východiskem daného modelu se staly práce psychologů Rogerse, Maslowa, Eriksona a Lazaruse. Nevýznamnějším filosofickým směrem, ze kterého autorka vychází, se stal humanismus a holismus. Své myšlenky opírá i o další filosofické směry jako fenomenologie či existencialismus. Přejímá a dále rozšiřuje poznatky o empatii, o lidském chování, o vzájemném porozumění či akceptaci vlastní osoby. Zdůrazňuje, že studiem humanity se rozvíjí nejen myšlení, ale i osobní růst jedince. Z fenomenologie přejímá teorii o „fenoménovém“ poli, což obsahuje rámec informací jedince známé pouze jemu. Osobnost je složena ze tří sfér bytí: těla, mysli a duše.

Z hlediska metaparadigmatických pojmů je osoba definována jako lidská bytost s biologickými, psychologickými, sociálními a intrapersonálními potřebami, které je potřeba posuzovat, respektovat, podporovat a pečovat o ně. Pro jedince je v procesu uzdravování významné prostředí, které je charakterizováno z holistického pohledu. Ovlivňuje duševní, psychické, sociální a spirituální stránku osobnosti. Pojem zdraví znamená, že mentální, fyzické, duševní a sociální funkce pracují na plnou kapacitu. Zdraví znamená také být aktivní, fit a odolávat stresorům přicházející z prostředí. Ošetřovatelství je definováno vazbou mezi dvěma individualitami. Zakládá na principech profesionality, promyšlenosti a lidském přístupu vedoucí k holistickému zdraví a předcházení nemocem (16, 17).

Humanistická péče zahrnuje péči citem a zájmem o druhé osoby. J. M. Watson vytvořila myšlenky, na kterých stojí humanistická péče: Emoce a mysl jsou okno do duše. Tělo jedince se nachází v prostoru a čase, kdežto mysl a duše se nachází mimo materiální svět. Lidské tělo, mysl a duše jsou přístupné tehdy, dokud se osoba vnímá jako celek. Existuje duch, duše a vnitro člověka a jsou pro něj to nejdůležitější (8).

Základem koncepčního modelu J. M. Watson je humanistický přístup k ošetřovatelství. Humanistická péče obsahuje city, zájem a postoje, ale i hodnoty, vůli, oddanost ošetřovatelské péče, vědomosti a dovednosti. Ideál a hodnota péče je prvotní postoj realizovaný v konkrétních činech a měl by být uvědomělým a závažným úmyslem (2).

Profesionální ošetřovatelství by mělo zahrnovat nejen zdravotnické vzdělání, ale také vědu o lidskosti. Sestra by měla tyto znalosti kulminovat v procesu péče, které se uskutečňují v prostoru a čase a postupně by měly nabývat duchovního rozměru. Kvalifikovaná péče znamená v modelu J. M. Watson účinnou humanistickou péči. Výsledkem sesterských intervencí jsou pozitivní změny přinášející uspokojení ošetřovaného. Sesterská péče by měla být pro sestru hodnotou, za kterou nese odpovědnost. Vůle, oddanost a znalosti jsou vlastnosti objevující se v ošetřovatelské péči o jedince (8). Ke klientovi by měla sestra zaujmout humanistický přístup opírající se o teorii lidských práv. Na jedince pohlíží jako na autonomní bytost s možností se svobodně rozhodovat. Každý člověk je osobnost a sestra by měla respektovat myšlenky, hodnoty, zkušenosti, přání, touhy, chování i složky tělesné stránky člověka. Jedinec je výjimečná a neopakovatelná individualita, na kterou sestra pohlíží lidským způsobem. Sestra bez citlivého přístupu k druhým a bez respektování pocitů ostatních není kompetentní vykonávat humanistickou péči. *„Nejabstraktnější charakteristikou osoby poskytující péči je, že je zodpovědná někomu jako neopakovatelné osobnosti, vnímá pocity jiného a pohlíží na lidské bytosti jako na osobité, výjimečné a neopakovatelné individuality“*(2). Kompetentnost sestry by se neměla posuzovat jen na základě dovedností, ale i na základě schopnosti komunikovat s pacientem a jeho rodinou v průběhu léčby (16).

Autorka vytvořila deset faktorů humanistické péče, které by měla sestra integrovat do ošetřovatelské péče.

1. Formování systému hodnot.

Sestra může ovlivňovat humanisticko - altruistické hodnoty tak, že rozvíjí vlastní osobnost. Zažívá pocity uspokojení z vlastní osoby a z vytváření vzájemného pochopení a vstřícnosti mezi ní a pacientem.

2. *Pocity víry, naděje, optimismu a důvěry.*

Tento faktor charakterizuje vztah mezi sestrou a jedincem, vede k osvojení zdravého chování.

3. *Pěstování citlivého postoje k sobě samým a k ostatním.*

Pokud se sestra zabývá svými pocity, dokáže je identifikovat, může vytvořit oboustranně citlivý postoj a přesvědčivou péči o pacienta.

4. *Základním předpokladem úspěšné péče je vytvoření vztahu pomoci a důvěry mezi sestrou a ošetřovaným.*

5. *Respekt k pozitivním i negativním emocionálním reakcím.*

Sestra by měla rozeznat a pochopit emocionální a intelektuální stránku situací.

6. *Smysluplný a tvořivý přístup.*

V ošetrovatelské péči by měla sestra zaujmout tvořivý a smysluplný přístup.

7. *Edukace jedince.*

Sestra poskytne adekvátní informace pacientovi tak, aby byl schopný mít zodpovědnost za své zdraví a péči o tělo, mysl a ducha.

8. *Vytvoření podporujícího, bezpečného a pozitivního duševního, tělesného a kulturně-sociálního prostředí.*

Sestra by měla mít vědomosti o vlivu vnějšího a vnitřního prostředí na jedince - působení prostředí na psychickou a duševní stránku, jeho komfort, soukromí, bezpečnost a čisté a estetické prostředí.

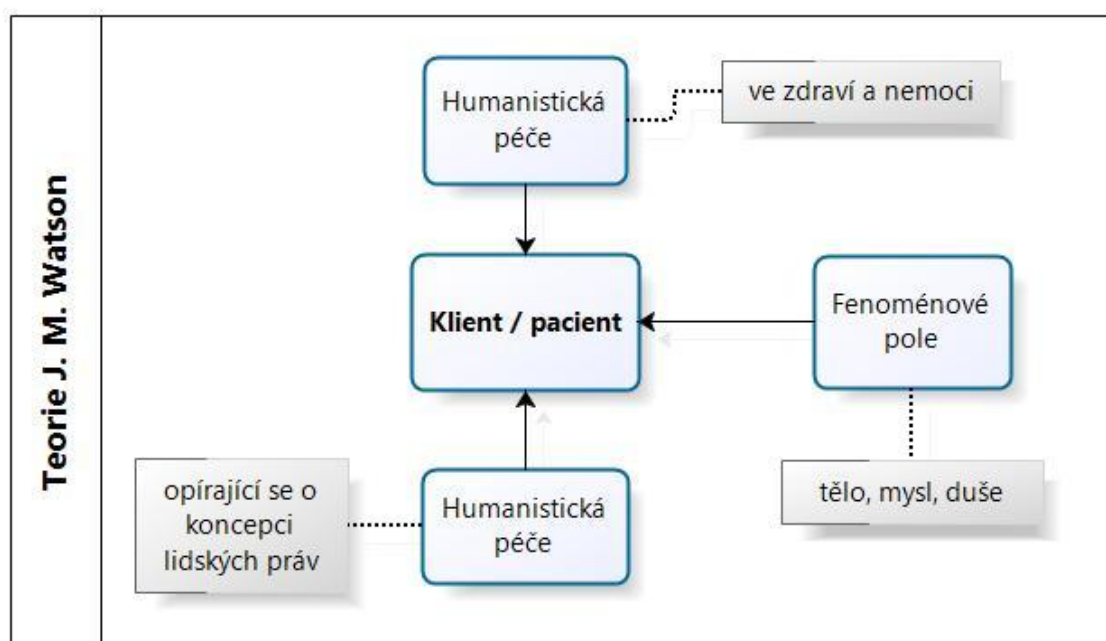
9. *Pochopení a podpora při uspokojování potřeb jedince - psychických, sociálních, tělesných a duchovních.*

10. *Citlivý přístup k existenčním, fenomenologickým a spirituálním silám (8).*

Z hlediska hlavních složek modelu se ošetrovatelský cílem rozumí vytvořit harmonii myslí, těla a duše u nemocného pacienta. Tento proces by měl probíhat bez předsudků vztahující se k minulosti, budoucnosti a přítomnosti. Klient se považuje za holistickou neopakovatelnou bytost v harmonii s vnějším a vnitřním prostředím. Role sestry spočívá v pomoci pacientovi, aby docílil harmonie myslí, těla i duše. K tomu sestra využívá 10 faktorů humanistické péče. Zdrojem potíží je nestabilita tří základních elementů – myslí, těla a duše. Způsobem zásahu jsou sesterské intervence v podobě

odborné péče, péče o lidskou mysl, terapie ve formě relaxace a meditace. Výsledkem ošetrovatelské péče je dosáhnout vnitřní harmonie a upevnit zdraví jedince (26).

Humanistický model pokládá péči za základní doménu ošetrovatelství. J. M. Watson považuje svůj model za holistický, humanistický a otevřený systém harmonie. Model humanistické péče napomáhá sestřám rozvinout filosofický a morální základ pro ošetrovatelskou praxi.



Zobrazení vychází z: **PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006**

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost sester o vybraných koncepčních modelech.
2. Zjistit, jak se sestry identifikují s hlavními složkami vybraných koncepčních modelů.

2.2 Hypotézy

1. Sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy a Marjory Gordon.
2. Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson.
3. Sestry vnímají poskytování ošetrovatelské péče jako láskyplnou a obětavou činnost.

3 Metodika a charakteristika souboru

3.1 Metodický postup

Pro zjištění informovanosti sester o vybraných koncepčních modelech a identifikaci sester s hlavními složkami vybraných koncepčních modelů byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Sběr dat v terénu byl uskutečněn formou anonymního dotazníkového šetření.

Formulář dotazníku, určený pro všeobecné sestry, je tvořen celkem 32 otázkami (viz příloha 2) a mimo jiné obsahuje i údaje o věku respondentů a délce praxe ve zdravotnictví. První část dotazníku je zaměřena na informovanost sester o vybraných koncepčních modelech. Závěrečná část zkoumá, jak respondenti vnímají sesterské povolání. 29 otázek tvoří tzv. uzavřené otázky, které nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent uvede vhodnou odpověď. Odpovědi vyjadřují nejbližší názor nebo postoj respondentů k dané problematice.

Uzavřené otázky obsahují v dotazníku několik variant odpovědí. 20 otázek má uvedené možnosti: ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne. 4 otázky jsou filtrační. 6 otázek v dotazníku jsou kontrolními otázkami a zjišťují znalost jednotlivých koncepčních modelů. Další uzavřené otázky mají 4 až 5 možností a dotazují se na věk, vzdělání a délku praxe respondenta ve zdravotnictví.

2 otázky v dotazníku jsou polozavřené a jejich cílem bylo zjistit, co bylo důvodem rozhodnutí stát se všeobecnou sestrou a jaké byly představy po vstupu do zaměstnání. Otevřená otázka se vyskytuje v dotazníku jedenkrát a zkoumá vlastnosti sester nezbytné pro vykonávání ošetrovatelských intervencí.

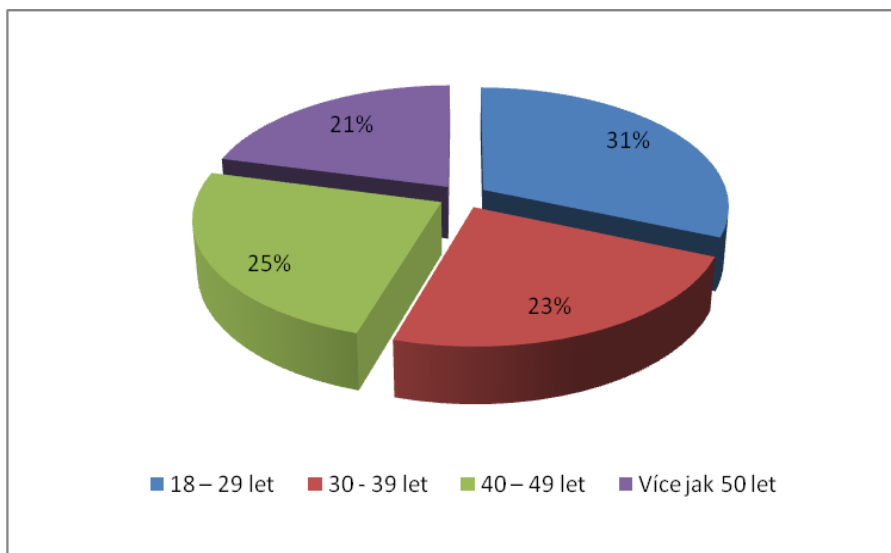
3.2 Charakteristika souboru

Ke zjištění informovanosti všeobecných sester o problematice koncepčních modelů v ošetrovatelství byly osloveny všeobecné sestry pracující na standardních lůžkových odděleních v Nemocnici v Českých Budějovicích. Dotazníkové šetření bylo prováděno v období března 2010. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků sestrám na oddělení

následné péče, ortopedickém oddělení, psychiatrickém oddělení, očním, ORL, a kožním oddělení. Z tohoto celku se vrátilo řádně vyplněných 86 dotazníků.

4 Vyhodnocení výzkumu

Graf 1 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněn věk respondentů. Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů se nachází 27 (31 %) respondentů v intervalu od 18 – 29 let. V intervalu 30 – 39 let se nachází 20 (23 %) respondentů. 21 (25 %) dotázaných je ve věkovém intervalu od 40 – 49 let. Věk nad 50 let je tvořen 18 (21 %) respondenty.

Graf 2 Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno vzdělání respondentů. Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů má středoškolské vzdělání 50 (58 %) dotázaných. 9 (10 %) respondentů dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Vysokoškolsky vzdělaných sester s bakalářským titulem bylo 17 (20 %) dotázaných. Ve výzkumu se neobjevila sestra s magisterským vysokoškolským vzděláním. Pomaturitní specializační studium má 10 (12 %) respondentů.

Tabulka 1 Délka praxe ve zdravotnictví

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
do 1 roku	8 %	0 %	10 %
1 až 5 let	27 %	35 %	25 %
6 až 10 let	11 %	18 %	10 %
11 až 15 let	13 %	12 %	13 %
více jak 16 let	41 %	35 %	42 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna délka praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů uvedlo 7 (8 %) respondentů praxi do 1 roku. V intervalu od 1 – 5 let pracuje ve zdravotnictví 23 (27 %) dotázaných. 10 (11 %) dotázaných se objevilo v intervalu od 6 – 10 let. V intervalu od 11 – 15 let pracuje ve zdravotnictví 11 (13 %). Více jak 16 let praxe ve zdravotnictví uvedlo 35 (41 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester se neobjevila žádná zdravotní sestra s praxí do 1 roku. 6 (35 %) dotázaných se objevilo v intervalu od 1 – 5 let. V intervalu od 6 – 10 let se objevili 3 (18 %) dotázaní. 2 (12 %) respondenti uvedli praxi v intervalu od 11 – 15 let. Více jak 16 let praxe se objevilo u 6 (35 %) dotázaných.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání pracuje ve zdravotnictví do 1 roku 7 (10 %) dotázaných. V intervalu od 1 – 5 let se nachází 17 (25 %) respondentů. 7 (10 %) dotázaných pracuje ve zdravotnictví v intervalu od 6 – 10 let. V intervalu od 11 – 15 let se nachází 9 (13 %) respondentů. 29 (42 %) dotázaných pracuje ve zdravotnictví více jak 16 let.

Tabulka 2 Setkání s pojmem koncepční model v ošetřovatelství při studiu

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	33 %	53 %	27 %
Spíše ano	15 %	29 %	12 %
Nevím	10 %	18 %	9 %
Spíše ne	8 %	0 %	10 %
Ne	34 %	0 %	42 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s pojmem koncepční model v ošetřovatelství při studiu. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných uvedlo 28 (33 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ odpovědělo 13 (15 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 9 (10 %) respondentů. 7 (8 %) respondentů vybralo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 29 (34 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 9 (53 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolilo 5 (29 %) dotázaných. 3 (18 %) respondenti odpověděli „Nevím“. Odpověď „Spíše ne“ a „Ne“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 19 (27 %) dotázaných odpověď „Ano“. „Spíše ano“ vybralo 8 (12 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ zvolilo 6 (9 %) dotázaných. 7 (10 %) respondentů odpovědělo „Spíše ne“. 29 (42 %) dotázaných uvedlo odpověď „Ne“.

Tabulka 3 Setkání s pojmem koncepční model v ošetřovatelství mimo studium

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	27 %	41 %	23 %
Spíše ano	16 %	23 %	15 %
Nevím	14 %	0 %	17 %
Spíše ne	12 %	18 %	10 %
Ne	31 %	18 %	35 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s pojmem koncepční model v ošetřovatelství mimo studium. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných vybralo 23 (27 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolilo 14 (16 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ zvolilo 12 (14 %) dotázaných. 10 (12 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ vybralo 27 (31 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 7 (41 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolili 4 (23 %) dotázaní. Odpověď „Nevím“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. Odpověď „Spíše ne“ vybrali 3 (18 %) dotázaní. 3 (18 %) respondenti vybrali odpověď „Ne“.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 16 (23 %) dotázaných odpověď „Ano“. „Spíše ano“ uvedlo 10 (15 %) respondentů. 12 (17 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 7 (10 %) respondentů odpovědělo „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 24 (35 %) dotázaných.

Tabulka 4 Setkání s koncepčním modelem Florence Nightingalové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	43 %	53 %	41 %
Spíše ano	21 %	29 %	19 %
Nevím	8 %	0 %	10 %
Spíše ne	8 %	18 %	6 %
Ne	20 %	0 %	24 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Florence Nightingalové. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných odpovědělo 37 (43 %) dotázaných „Ano“. „Spíše ano“ zvolilo 18 (21 %) respondentů. 7 (8 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 7 (8 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 17 (20 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 9 (53 %) dotázaných odpověď „Ano“. 5 (29 %) dotázaných zvolilo odpověď „Spíše ano“. Žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra nevybrala odpověď „Nevím“. Odpověď „Spíše ne“ vybrali 3 (18 %) dotázaní. Odpověď „Ne“ neuvedla ani jedna sestra s vysokoškolským vzděláním.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 28 (41 %) respondentů odpověď „Ano“. 13 (19 %) respondentů vybralo odpověď „Spíše ano“. 7 (10 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 4 (6 %) respondenti odpověděli „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 17 (24 %) dotázaných.

Tabulka 5 Setkání s koncepčním modelem Florence Nightingalové při studiu

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	55 %	79 %	48 %
Spíše ano	16 %	21 %	15 %
Nevím	10 %	0 %	12 %
Spíše ne	6 %	0 %	8 %
Ne	13 %	0 %	17 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Florence Nightingalové při studiu. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 4. Z celkového počtu 62 (100 %) dotázaných uvedlo 34 (55 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ odpovědělo 10 (16 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 6 (10 %) respondentů. 4 (6 %) respondenti vybrali odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 8 (13 %) respondentů.

Z celkového počtu 14 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 11 (79 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolili 3 (21 %) dotázaní. Odpověď „Nevím“, „Spíše ne“ a „Ne“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Z celkového počtu 48 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 23 (48 %) dotázaných odpověď „Ano“. „Spíše ano“ vybralo 7 (15 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ zvolilo 6 (12 %) dotázaných. 4 (8 %) respondenti odpověděli „Spíše ne“. 8 (17 %) dotázaných uvedlo odpověď „Ne“.

Tabulka 6 Znalost obsahu modelu Florence Nightingalové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	39 %	36 %	39 %
Spíše ano	26 %	29 %	25 %
Nevím	14 %	21 %	13 %
Spíše ne	10 %	0 %	13 %
Ne	11 %	14 %	10 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu Florence Nightingalové. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 4. Z celkového počtu 62 (100 %) dotázaných vybralo 24 (39 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolilo 16 (26 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ uvedlo 9 (14 %) dotázaných. 6 (10 %) respondentů zvolilo odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ vybralo 7 (11 %) respondentů.

Z celkového počtu 14 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 5 (36 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolili 4 (29 %) dotázaní. Odpověď „*Nevím*“ uvedli 3 (21 %) respondenti. Odpověď „*Spíše ne*“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. 2 (14 %) respondenti vybrali odpověď „*Ne*“.

Z celkového počtu 48 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 19 (39 %) dotázaných odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ uvedlo 12 (25 %) respondentů. 6 (13 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Nevím*“. 6 (13 %) respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 5 (10 %) dotázaných.

Tabulka 7 Setkání s koncepčním modelem Callisty Royové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	22 %	41 %	17 %
Spíše ano	16 %	23 %	15 %
Nevím	14 %	18 %	13 %
Spíše ne	9 %	18 %	7 %
Ne	39 %	0 %	48%

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Callisty Royové. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných odpovědělo 19 (22 %) dotázaných „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolilo 14 (16 %) respondentů. 12 (14 %) dotázaných uvedlo odpověď „*Nevím*“. 8 (9 %) dotázaných vybralo odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 33 (39 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 7 (41 %) dotázaných odpověď „*Ano*“. 4 (23 %) dotázaní zvolili odpověď „*Spíše ano*“. 3 (18 %) respondenti uvedli odpověď „*Nevím*“. Odpověď „*Spíše ne*“ vybrali 3 (18 %) dotázaní. Žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra nevybrala odpověď „*Ne*“.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 12 (17 %) respondentů odpověď „*Ano*“. 10 (15 %) respondentů vybralo odpověď „*Spíše ano*“. 9 (13 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Nevím*“. 5 (7 %) respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 33 (48 %) dotázaných.

Tabulka 8 Setkání s koncepčním modelem Callisty Royové při studiu

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	44 %	58 %	39 %
Spíše ano	18 %	14 %	19 %
Nevím	20 %	14 %	23 %
Spíše ne	9 %	14 %	6 %
Ne	9 %	0 %	13 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Callisty Royové při studiu. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 7. Z celkového počtu 45 (100 %) dotázaných uvedlo 20 (44 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ odpovědělo 8 (18 %) dotázaných. Odpověď „*Nevím*“ zvolilo 9 (20 %) respondentů. 4 (9 %) respondenti vybrali odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedli 4 (9 %) dotázaní.

Z celkového počtu 14 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 8 (58 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolili 2 (14 %) dotázaní. Odpověď „*Nevím*“ vybrali 2 (14 %) dotázaní. „*Spíše ne*“ odpověděli 2 (14 %) respondenti. Odpověď „*Ne*“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Z celkového počtu 31 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 12 (39 %) dotázaných odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ vybralo 6 (19 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ zvolilo 7 (23 %) dotázaných. 2 (6 %) respondenti odpověděli „*Spíše ne*“. 4 (13 %) dotázaných uvedlo odpověď „*Ne*“.

Tabulka 9 Znalost obsahu modelu Callisty Royové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	27 %	36 %	23 %
Spíše ano	18 %	14 %	19 %
Nevím	31 %	29 %	32 %
Spíše ne	13 %	0 %	19 %
Ne	11 %	21 %	7 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu Callisty Royové. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 7. Z celkového počtu 45 (100 %) dotázaných vybralo 12 (27 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolilo 8 (18 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ vybralo 14 (31 %) dotázaných. 6 (13 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ vybralo 5 (11 %) respondentů.

Z celkového počtu 14 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 5 (36 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolili 2 (14 %) dotázaní. Odpověď „Nevím“ uvedli 4 (29 %) respondenti. Odpověď „Spíše ne“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. 3 (21 %) respondenti vybrali odpověď „Ne“.

Z celkového počtu 31 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 7 (23 %) dotázaných odpověď „Ano“. „Spíše ano“ uvedlo 6 (19 %) respondentů. 10 (32 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 6 (19 %) respondentů odpovědělo „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedli 2 (7 %) dotázaní.

Tabulka 10 Setkání s koncepčním modelem Marjory Gordonové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	45 %	59 %	42 %
Spíše ano	14 %	17 %	13 %
Nevím	7 %	0 %	9 %
Spíše ne	7 %	12 %	6 %
Ne	27 %	12 %	30 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Marjory Gordonové. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných odpovědělo 39 (45 %) dotázaných „Ano“. „Spíše ano“ zvolilo 12 (14 %) respondentů. 6 (7 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 6 (7 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 23 (27 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 10 (59 %) dotázaných odpověď „Ano“. 3 (17 %) respondenti zvolili odpověď „Spíše ano“. Žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra nevybrala odpověď „Nevím“. 2 (12 %) respondenti uvedli odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ vybrali 2 (12 %) dotázaní.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 29 (42 %) respondentů odpověď „Ano“. 9 (13 %) respondentů vybralo odpověď „Spíše ano“. 6 (9 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 4 (6 %) respondenti odpověděli „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 21 (30 %) dotázaných.

Tabulka 11 Setkání s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	42 %	77 %	32 %
Spíše ano	14 %	0 %	18 %
Nevím	7 %	0 %	9 %
Spíše ne	11 %	23 %	7 %
Ne	26 %	0 %	34 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 10. Z celkového počtu 57 (100 %) dotázaných uvedlo 24 (42 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ odpovědělo 8 (14 %) dotázaných. Odpověď „*Nevím*“ zvolili 4 (7 %) respondenti. 6 (11 %) respondentů vybralo odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 15 (26 %) dotázaných.

Z celkového počtu 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 10 (77 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ a „*Nevím*“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. „*Spíše ne*“ odpověděli 3 (23 %) respondenti. Odpověď „*Ne*“ se neobjevila u žádné sestry s vysokoškolským vzděláním.

Z celkového počtu 44 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 14 (32 %) dotázaných odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ vybralo 8 (18 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ zvolili 4 (9 %) respondenti. 3 (7 %) respondenti odpověděli „*Spíše ne*“. 15 (34 %) dotázaných uvedlo odpověď „*Ne*“.

Tabulka 12 Znalost obsahu modelu Marjory Gordonové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	44 %	70 %	36 %
Spíše ano	23 %	15 %	25 %
Nevím	10 %	0 %	14 %
Spíše ne	16 %	15 %	16 %
Ne	7 %	0 %	9 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu Marjory Gordonové. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 10. Z celkového počtu 57 (100 %) dotázaných vybralo 25 (44 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolilo 13 (23 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ vybralo 6 (10 %) dotázaných. 9 (16 %) respondentů uvedlo odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ vybrali 4 (7 %) respondenti.

Z celkového počtu 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 9 (70 %) respondentů odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolili 2 (15 %) dotázaní. Odpověď „*Nevím*“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. 2 (15 %) dotázaní uvedli odpověď „*Spíše ne*“. Ani jedna sestra s vysokoškolským vzděláním nevybrala odpověď „*Ne*“.

Z celkového počtu 44 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 16 (36 %) dotázaných odpověď „*Ano*“. „*Spíše ano*“ uvedlo 11 (25 %) respondentů. 6 (14 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Nevím*“. 7 (16 %) respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedli 4 (9 %) dotázaní.

Tabulka 13 Setkání s koncepčním modelem J. M. Watsonové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	14 %	24 %	12 %
Spíše ano	12 %	29 %	7 %
Nevím	12 %	0 %	14 %
Spíše ne	15 %	18 %	14 %
Ne	47 %	29 %	53 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem J. M. Watsonové. Z celkového počtu 86 (100 %) dotázaných odpovědělo 12 (14 %) dotázaných „*Ano*“. „*Spíše ano*“ zvolilo 10 (12 %) respondentů. 10 (12 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Nevím*“. 13 (15 %) dotázaných vybralo odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 41 (47 %) respondentů.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybrali 4 (24 %) dotázaní odpověď „*Ano*“. 5 (29 %) respondentů zvolilo odpověď „*Spíše ano*“. Žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra nevybrala odpověď „*Nevím*“. 3 (18 %) respondenti uvedli odpověď „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ vybralo 5 (29 %) dotázaných.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 8 (12 %) respondentů odpověď „*Ano*“. 5 (7 %) respondentů vybralo odpověď „*Spíše ano*“. 10 (14 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Nevím*“. 10 (14 %) respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 36 (53 %) dotázaných.

Tabulka 14 Setkání s koncepčním modelem J. M. Watsonové při studiu

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	31 %	56 %	22 %
Spíše ano	19 %	44 %	9 %
Nevím	37 %	0 %	52 %
Spíše ne	0 %	0 %	0 %
Ne	13 %	0 %	17 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněno setkání respondentů s koncepčním modelem J. M. Watsonové při studiu. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 13. Z celkového počtu 32 (100 %) dotázaných uvedlo 10 (31 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ odpovědělo 6 (19 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 12 (37 %) respondentů. Nikdo z dotázaných nezvolil odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedli 4 (13 %) dotázaní.

Z celkového počtu 9 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 5 (56 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolili 4 (44 %) dotázaní. Odpověď „Nevím“, „Spíše ne“ a „Ne“ se neobjevilo u žádné sestry s vysokoškolským vzděláním.

Z celkového počtu 23 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání uvedlo 5 (22 %) dotázaných odpověď „Ano“. „Spíše ano“ vybrali 2 (9 %) respondenti. Odpověď „Nevím“ zvolilo 12 (52 %) respondentů. „Spíše ne“ se neobjevilo u žádné sestry bez vysokoškolského vzdělání. 4 (17 %) dotázaní uvedli odpověď „Ne“.

Tabulka 15 Znalost obsahu modelu J. M. Watsonové

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Ano	16 %	33 %	10 %
Spíše ano	12 %	0 %	17 %
Nevím	44 %	45 %	43 %
Spíše ne	16 %	22 %	13 %
Ne	12 %	0 %	17 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu J. M. Watsonové. Tuto skupinu zahrnují respondenti, kteří neodpověděli záporně v tabulce 13. Z celkového počtu 32 (100 %) dotázaných vybralo 5 (16 %) respondentů odpověď „Ano“. „Spíše ano“ zvolili 4 (12 %) respondenti. Odpověď „Nevím“ vybralo 14 (44 %) dotázaných. 5 (16 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ vybrali 4 (12 %) respondenti.

Z celkového počtu 9 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedli 3 (33 %) respondenti odpověď „Ano“. „Spíše ano“ nevybrala žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. Odpověď „Nevím“ uvedli 4 (45 %) respondenti. 2 (22 %) dotázaní vybrali odpověď „Spíše ne“. Ani jedna sestra s vysokoškolským vzděláním nevybrala odpověď „Ne“.

Z celkového počtu 23 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybrali 2 (10 %) dotázaní odpověď „Ano“. „Spíše ano“ uvedli 4 (17 %) respondenti. 10 (43 %) dotázaných zvolilo odpověď „Nevím“. 3 (13 %) respondenti odpověděli „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedli 4 (17 %) dotázaní.

Tabulka 16 Florence Nightingalová – 5 základních elementů

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
M. Gordonová	12 %	0 %	15 %
J. M. Watsonová	8 %	0 %	10 %
<i>F. Nightingalová</i>	39 %	65 %	33 %
Nevím	41 %	35 %	42 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu F. Nightingalové na základě takto znějící otázky: Kdo popsal ve své teorii pět základních elementů zdravého prostředí. Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů uvedlo 10 (12 %) respondentů odpověď „M. Gordonová“. 7 (8 %) respondentů vybralo odpověď „J. M. Watsonová“. Odpověď „F. Nightingalová“ zvolilo 34 (39 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ vybralo 35 (41 %) dotázaných.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester se neobjevila žádná zdravotní sestra s odpovědí „M. Gordonová“ a „J. M. Watsonová“. 11 (65 %) dotázaných uvedlo odpověď „F. Nightingalová“. Odpověď „Nevím“ vybralo 6 (35 %) respondentů.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 10 (15 %) dotázaných odpověď „M. Gordonová“. 7 (10 %) dotázaných odpovědělo „J. M. Watsonová“. Odpověď „F. Nightingalová“ zvolilo 23 (33 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ vybralo 29 (42 %) dotázaných.

Tabulka 17 Florence Nightingalová – prostředí

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
<i>Prostředí</i>	42 %	59 %	38 %
Funkční typ zdraví	10 %	18 %	9 %
Sebepéče	14 %	0 %	17 %
Nevím	34 %	23 %	36 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu F. Nightingalové na základě takto znějící otázky: Který pojem rozpracovala Florence Nightingalová ve své teorii? Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů uvedlo 36 (42 %) respondentů odpověď „*Prostředí*“. „*Funkční typ zdraví*“ uvedlo 9 (10 %) respondentů. Odpověď „*Sebepéče*“ zvolilo 12 (14 %) dotázaných. 29 (34 %) respondentů vybralo odpověď „*Nevím*“.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybralo 10 (59 %) respondentů odpověď „*Prostředí*“. 3 (18 %) dotázaní zvolili odpověď „*Funkční typ zdraví*“. Odpověď „*Sebepéče*“ nezmohla žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. „*Nevím*“ odpověděli 4 (23 %) respondenti.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 26 (38 %) dotázaných odpověď „*Prostředí*“. 6 (9 %) dotázaných odpovědělo „*Funkční typ zdraví*“. Odpověď „*Sebepéče*“ zvolilo 12 (17 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ vybralo 25 (36 %) dotázaných.

Tabulka 17 Callista Royová – rolový strom

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
Deficit sebepéče	18 %	24 %	16 %
<i>Rolový strom</i>	22 %	41 %	17 %
Dysfunkční typ zdraví	8 %	0 %	10 %
Nevím	52 %	35 %	57 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu C. Royové na základě takto znějící otázky: Který pojem se objevuje v teorii Callisty Royové? Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů uvedlo 15 (18 %) respondentů odpověď „*Deficit sebepéče*“. „*Rolový strom*“ odpovědělo 19 (22 %) dotázaných. Odpověď „*Dysfunkční typ zdraví*“ zvolilo 7 (8 %) dotázaných. 45 (52 %) dotázaných vybralo odpověď „*Nevím*“.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester vybrali 4 (24 %) respondenti odpověď „*Deficit sebepéče*“. 7 (41 %) dotázaných zvolilo odpověď „*Rolový strom*“. Odpověď „*Dysfunkční typ zdraví*“ nevolila žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra. „*Nevím*“ odpovědělo 6 (35 %) respondentů.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 11 (16 %) dotázaných odpověď „*Deficit sebepéče*“. 12 (17 %) dotázaných odpovědělo „*Rolový strom*“. Odpověď „*Dysfunkční typ zdraví*“ zvolilo 7 (10 %) respondentů. Odpověď „*Nevím*“ vybralo 39 (57 %) dotázaných.

Tabulka 18 Marjory Gordonová – funkční a dysfunkční typ zdraví

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
C. Royová	13 %	0 %	16 %
M. Gordonová	23 %	41 %	19 %
J.M.Watsonová	10 %	18 %	9 %
Nevím	54 %	41 %	56 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu M. Gordonové na základě takto znějící otázky: Kdo pracuje ve svém modelu s funkčním a dysfunkčním typem zdraví? Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů vybralo 11 (13 %) respondentů odpověď „C. Royová“. „M. Gordonová“ odpovědělo 20 (23 %) dotázaných. Odpověď „J. M. Watosonová“ zvolilo 9 (10 %) dotázaných. 46 (54 %) dotázaných vybralo odpověď „Nevím“.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester nezvolila žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra odpověď „C. Royová“. 7 (41 %) respondentů vybralo odpověď „M. Gordonová“. „J. M. Watosonová“ odpověděli 3 (18 %) respondenti. „Nevím“ vybralo 7 (41 %) respondentů.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 11 (16 %) dotázaných odpověď „C. Royová“. 13 (19 %) dotázaných odpovědělo „M. Gordonová“. Odpověď „J. M. Watosonová“ zvolilo 6 (9 %) respondentů. Odpověď „Nevím“ vybralo 39 (56 %) dotázaných.

Tabulka 19 J. M. Watsonová – humanisticko – altruistická péče

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
5 složek zdravého prostředí	12 %	0 %	15 %
Rolový strom	0 %	0 %	0 %
<i>Humanisticko – altruistická péče</i>	21 %	24 %	20 %
Nevím	67 %	76 %	65 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu J. M. Watsonové na základě takto znějící otázky: Čím se zabývala ve svém modelu J. M. Watsonová? Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů vybralo 10 (12 %) respondentů odpověď „5 složek zdravého prostředí“. „Rolový strom“ nevybral nikdo z dotázaných. Odpověď „Humanisticko – altruistická péče“ zvolilo 18 (21 %) dotázaných. 58 (67 %) dotázaných vybralo odpověď „Nevím“.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester nezvolila žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra odpověď „5 složek zdravého prostředí“ a „Rolový strom“. Odpověď „Humanisticko – altruistická péče“ vybrali 4 (24 %) respondenti. „Nevím“ vybralo 13 (76 %) respondentů.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání vybralo 10 (15 %) dotázaných odpověď „5 složek zdravého prostředí“. „Rolový strom“ nevybrala žádná sestra bez vysokoškolského vzdělání. 14 (20 %) respondentů odpovědělo „Humanisticko – altruistická péče“. Odpověď „Nevím“ vybralo 45 (65 %) dotázaných.

Tabulka 20 J. M. Watsonová – 10 faktorů humanistické péče

Možnosti	Celkem (%)	VŠ (%)	Bez VŠ (%)
7 faktorů humanistické péče	0 %	0 %	0 %
10 faktorů humanistické péče	12 %	0 %	14 %
8 faktorů humanistické péče	16 %	0 %	21 %
Nevím	72 %	100 %	65 %

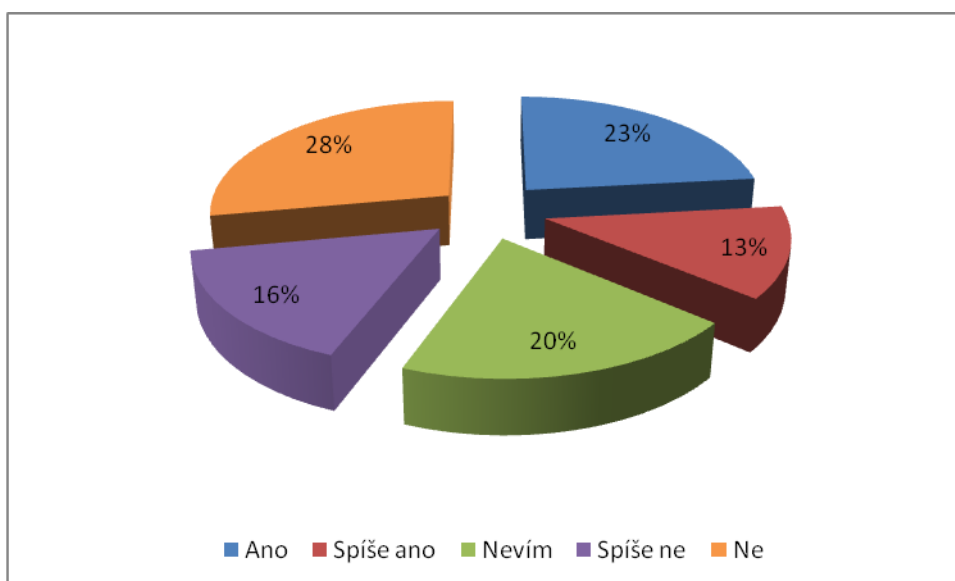
Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněna znalost obsahu modelu J. M. Watsonové na základě takto znějící otázky: Kolik faktorů humanistické péče J. M. Watsonová vytvořila? Z celkového počtu 86 (100 %) respondentů nevybral nikdo z dotázaných odpověď „7 faktorů humanistické péče“. Odpověď „10 faktorů humanistické péče“ zvolilo 10 (12 %) dotázaných. 14 (16 %) dotázaných vybralo odpověď „8 faktorů humanistické péče“. 62 (72 %) dotázaných odpovědělo „Nevím“.

Z celkového počtu 17 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester nezvolila žádná z nich odpověď „7 faktorů humanistické péče“, „10 faktorů humanistické péče“ a „8 faktorů humanistické péče“ Odpověď „Nevím“ vybralo 17 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu 69 (100 %) dotázaných bez vysokoškolského vzdělání nevybrala žádná sestra bez vysokoškolského vzdělání odpověď „7 faktorů humanistické péče“. 10 (14 %) dotázaných zvolilo odpověď „10 faktorů humanistické péče“. Odpověď „8 faktorů humanistické péče“ vybralo 14 (21 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ vybralo 45 (65 %) dotázaných.

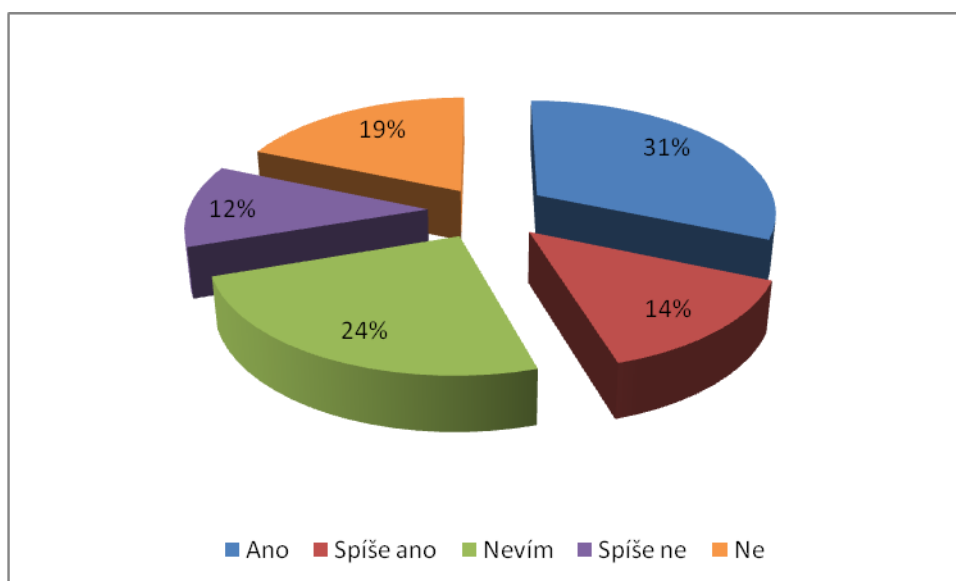
Graf 3 Používání koncepčních modelů v praxi – F. Nightingalové



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, zda zdravotní sestry uvažují o využití koncepčního modelu F. Nightingalové v praxi. Odpověď „Ano“ uvedlo 20 (23 %) respondentů. „Spíše ano“ vybralo 11 (13 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 17 (20 %) dotázaných. 14 (16 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. „Ne“ vybralo 24 (28 %) respondentů.

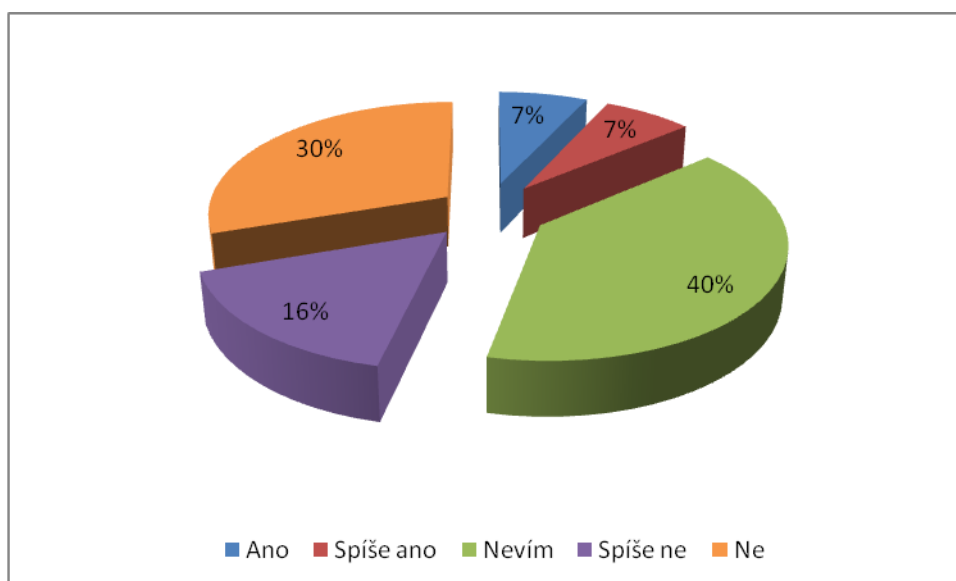
Graf 4 Používání koncepčních modelů v praxi – M. Gordonové



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, zda zdravotní sestry uvažují o využití koncepčního modelu M. Gordonové v praxi. Odpověď „Ano“ uvedlo 27 (31 %) respondentů. „Spíše ano“ vybralo 12 (14 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 21 (24 %) dotázaných. 10 (12 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. „Ne“ vybralo 16 (19 %) respondentů.

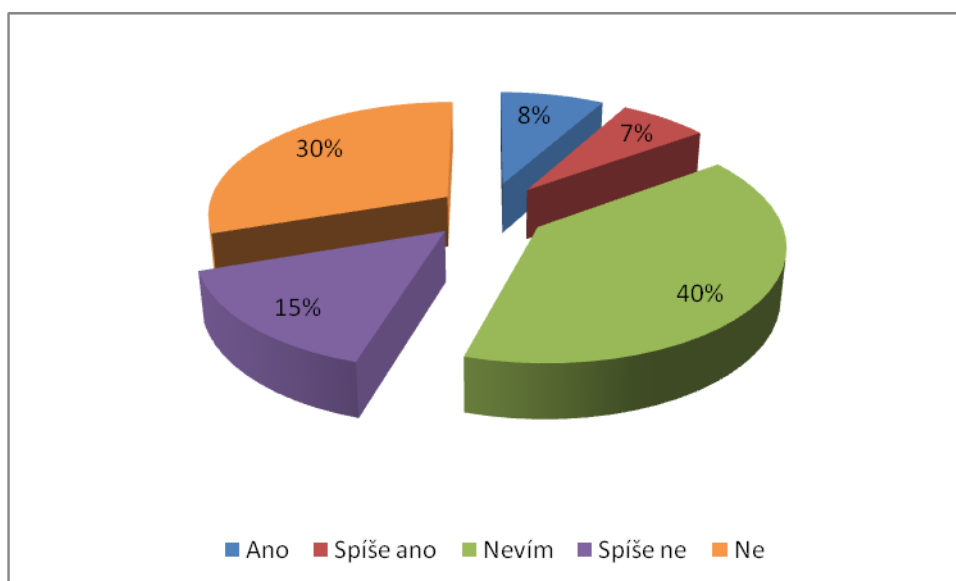
Graf 5. Používání koncepčních modelů v praxi – C. Royové



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, zda zdravotní sestry uvažují o využití koncepčního modelu C. Royové v praxi. Odpověď „Ano“ vybralo 6 (7 %) respondentů. Odpověď „Spíše ano“ odpovědělo 6 (7 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 34 (40 %) dotázaných. 14 (16 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ uvedlo 26 (30 %) respondentů.

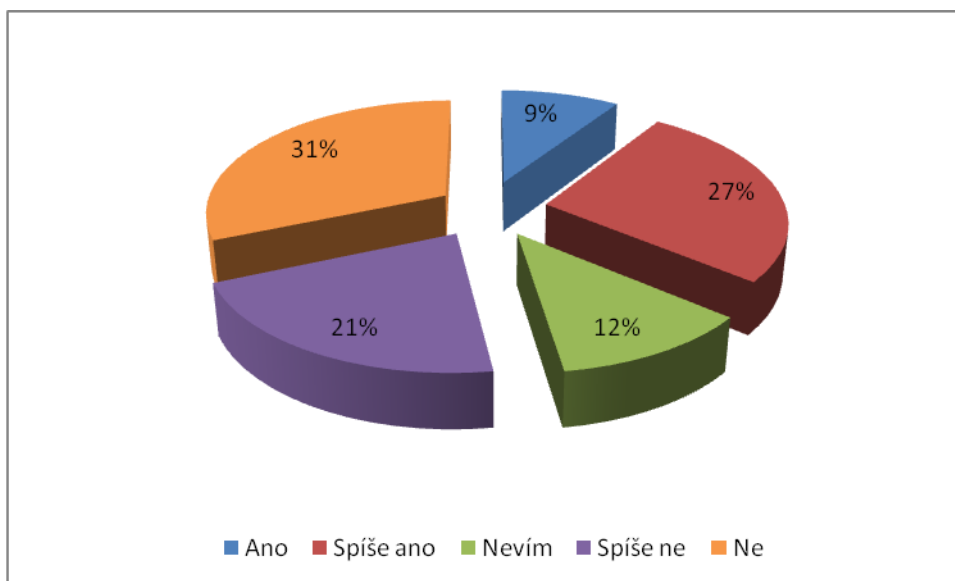
Graf 6. Používání koncepčních modelů v praxi – J. M. Watsonové



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, zda zdravotní sestry uvažují o využití koncepčního modelu J. M. Watsonové v praxi. Odpověď „Ano“ uvedlo 7 (8 %) respondentů. „Spíše ano“ vybralo 6 (7 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 34 (40 %) dotázaných. 13 (15 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. „Ne“ vybralo 26 (30 %) respondentů.

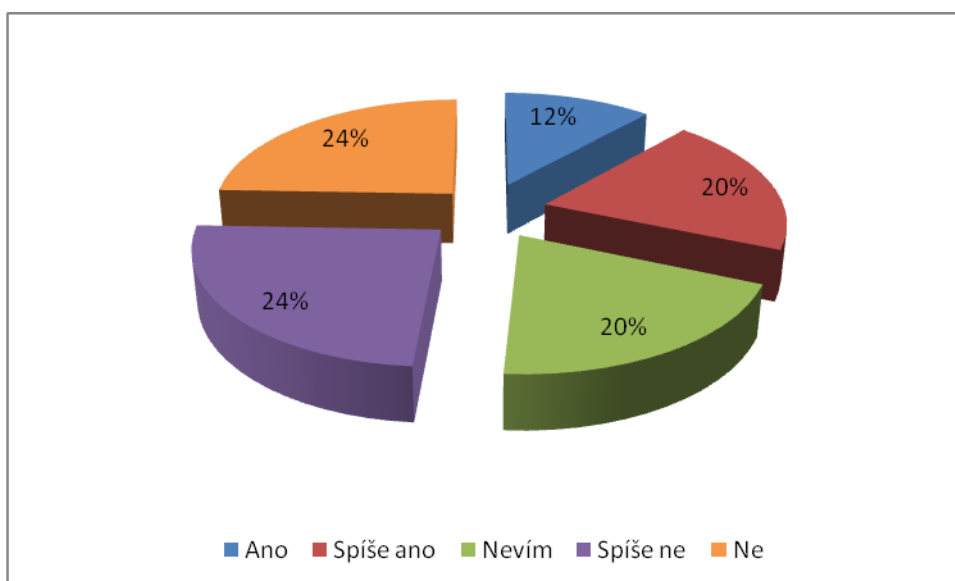
Graf 7 Informovanost o koncepčních modelech



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, zda se sestry domnívají, že mají dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství. Odpověď „Ano“ vybralo 8 (9 %) respondentů. „Spíše ano“ odpovědělo 23 (27 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ zvolilo 10 (12 %) dotázaných. 18 (21 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. „Ne“ 27 (31 %) respondentů.

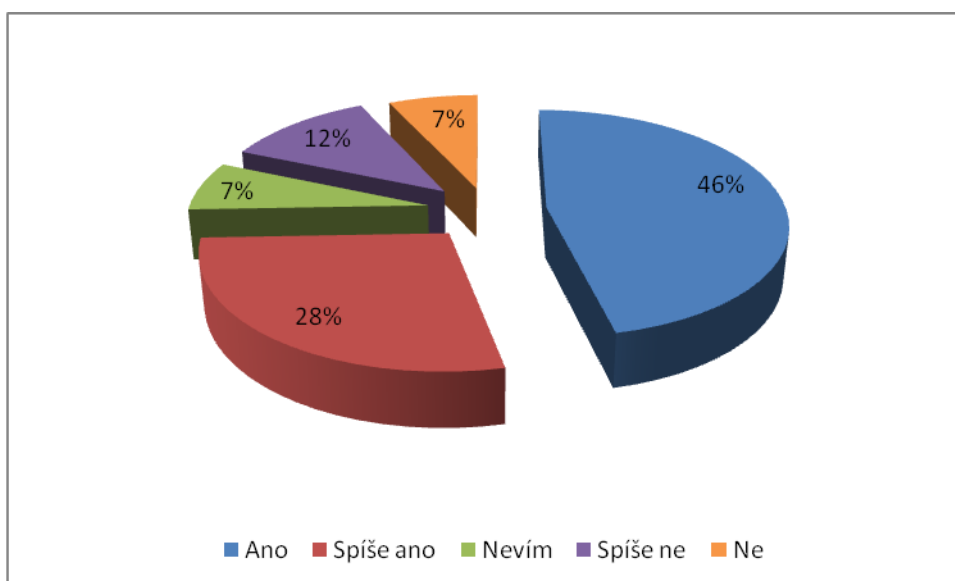
Graf 8 Celoživotní vzdělávání v oblasti koncepčních modelů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, zda by sestry uvítaly kurzy celoživotního vzdělávání v oblasti koncepčních modelů v ošetrovatelství. Odpověď „Ano“ zvolilo 10 (12 %) respondentů. „Spíše ano“ odpovědělo 17 (20 %) dotázaných. Odpověď „Nevím“ vybralo 17 (20 %) respondentů. 21 (24 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. „Ne“ zvolilo 21 (24 %) respondentů.

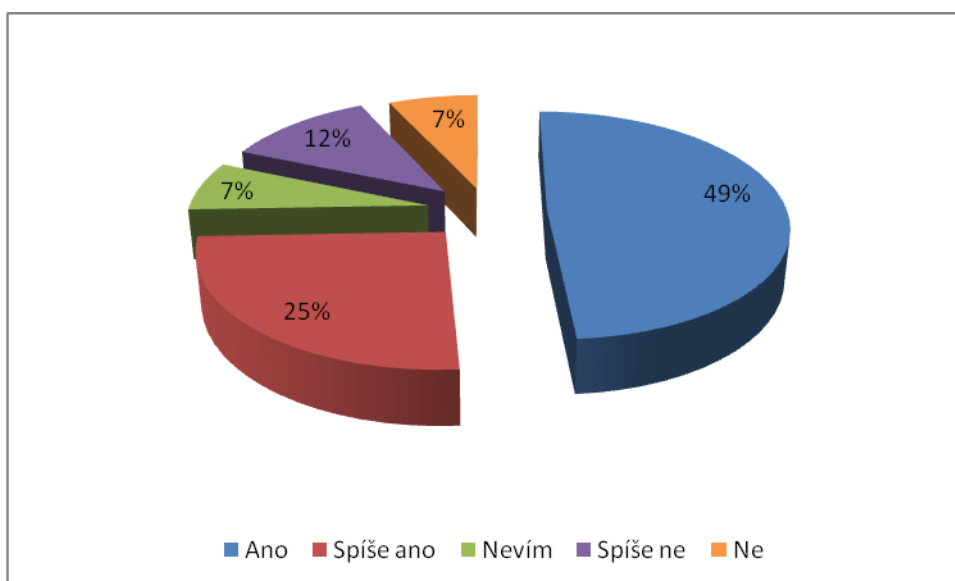
Graf 9 Povolání – láskyplná a obětavá činnost



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, zda sestry vnímají své povolání jako láskyplnou a obětavou činnost. Odpověď „Ano“ vybralo 40 (46 %) dotázaných. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo 24 (28 %) respondentů. 6 (7 %) respondentů uvedlo odpověď „Nevím“. 10 (12%) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. 6 (7 %) respondentů odpovědělo „Ne“.

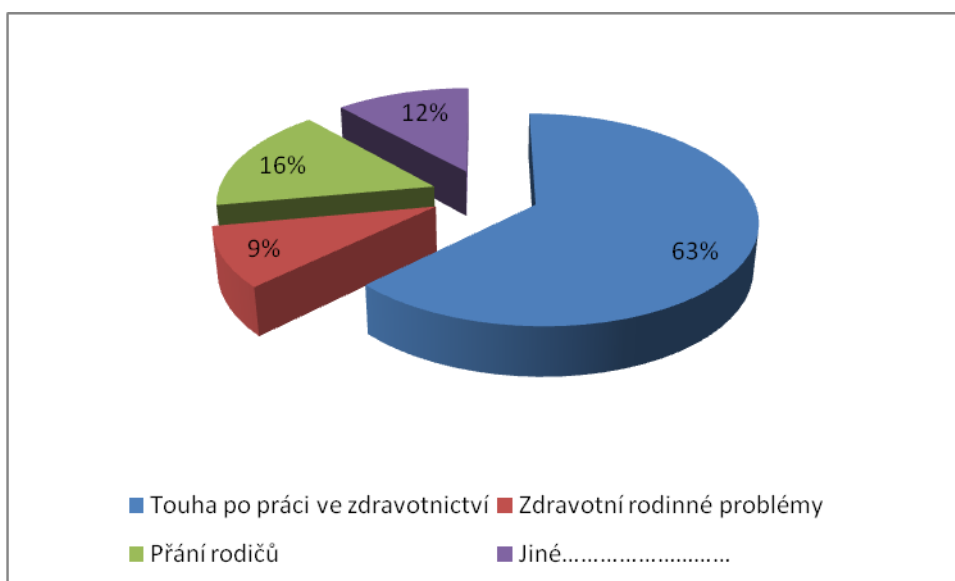
Graf 10 Povolání – poslání



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, zda sestry považují povolání sestry za poslání. Odpověď „Ano“ zvolilo 42 (49 %) dotázaných. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo 22 (25 %) respondentů. 6 (7 %) respondentů zvolilo odpověď „Nevím“. 10 (12%) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. 6 (7 %) respondentů odpovědělo „Ne“.

Graf 11 Povolání – důvod



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, co bylo důvodem výběru sesterského povolání. 54 (63 %) dotázaných uvedlo, že hlavním důvodem stát se sestrou byla „*Touha po práci ve zdravotnictví*“. „*Zdravotní rodinné problémy*“ uvedlo 8 (9 %) dotázaných. „*Přání rodičů*“ vybralo 14 (16 %) respondentů. 10 (12 %) respondentů zaškrtnulo možnost „*Jiné*“. Mezi jinými důvody se objevilo: „*Pomáhat lidem*“, „*Pracovat s dětmi*“, „*Nesedět v kanceláři*“, „*Být užitečná*“, „*Komunikovat s lidmi*“ či „*Možnost dalšího studia na vysoké škole*“.

Graf 12 Povolání – představy po vstupu do zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje představy sester po vstupu do zaměstnání. Odpověď „Dát najevo pacientovi, že jsem tu vždy pro něj“ uvedlo 40 (47 %) dotázaných. „Získat mnoho vědomostí a zkušeností“ si představovalo 27 (31 %) respondentů. 11 (13 %) dotázaných mělo „Obavy z nového prostředí“. 8 (9 %) respondentů uvedlo jiné důvody – „Ztráta iluzí“ nebo „Nic konkrétního“.

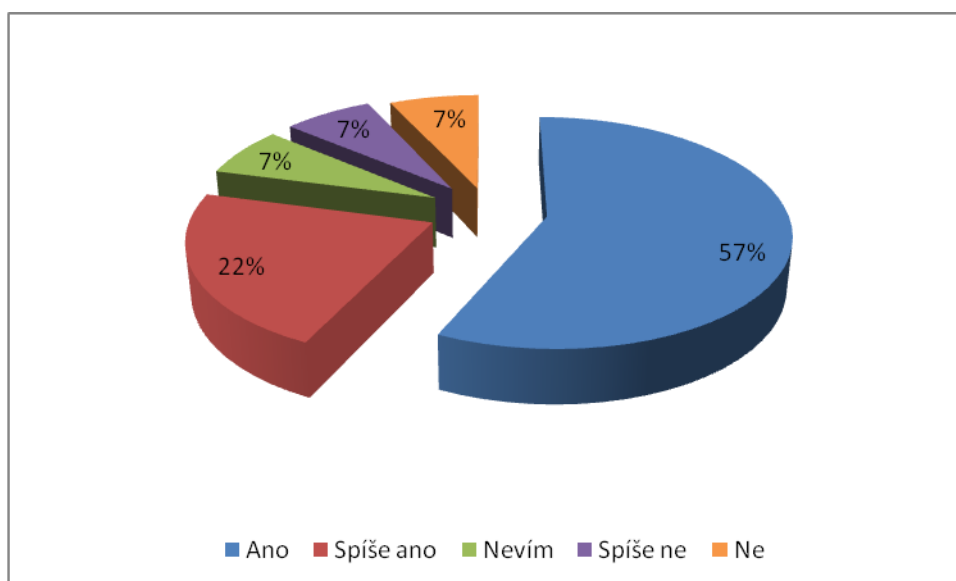
Tabulka 21 Vlastnosti nezbytné pro sestru

Vlastnosti	Celkem
Empatie	53
Trpělivost	37
Obětavost	29
Komunikativnost	21
Zodpovědnost	17
Odbornost	15
Spolehlivost	10
Pohotovost	7
Láskyplnost	6
Zručnost	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje 10 nejčastějších vlastností nezbytné pro vykonávání sesterských činností. Vlastnost „*Empatie*“ uvedlo v dotazníkovém šetření 53 respondentů. 37 dotázaných uvedlo vlastnost „*Trpělivost*“. „*Obětavost*“ se objevila u 29 dotázaných. 21 respondentů napsalo vlastnost „*Komunikativnost*“. „*Zodpovědnost*“ se objevila u 17 dotázaných. 15 dotázaných uvedlo vlastnost „*Odbornost*“. Vlastnost „*Spolehlivost*“ se objevila u 10 respondentů. 7 dotázaných uvedlo vlastnost „*Pohotovost*“. Vlastnost „*Láskyplnost*“ se vyskytla u 6 dotázaných a „*Zručnost*“ u 5 dotázaných.

Graf 13 Empatické vnímání



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, zda je přístup sester k pacientovi dle jejich názoru empatický. Odpověď „Ano“ zvolilo 49 (57 %) dotázaných. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo 19 (22 %) respondentů. 6 (7 %) respondentů zvolilo odpověď „Nevím“. 6 (7 %) dotázaných vybralo odpověď „Spíše ne“. 6 (7 %) respondentů odpovědělo „Ne“.

Tabulka 22 Znalost modelu sester s VŠ vzděláním

Modely	Znalost modelu	Kontrolní otázka č. 1	Kontrolní otázka č. 2
F. Nightingale	53 %	65 %	59 %
M. Gordon	65 %	41 %	-
C. Roy	41 %	41 %	-

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka poukazuje na znalost jednotlivých modelů u sester s vysokoškolským vzděláním a jejich úspěšnost v kontrolních otázkách. Tabulka slouží k ověření hypotézy: „*Sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon*“. Z celkového počtu 17 (100 %) sester s VŠ vzděláním jich 9 (53 %) uvádí znalost koncepčního modelu F. Nightingalové. V kontrolní otázce č. 1 „*5 základních elementů*“ správnou odpověď vybralo 11 (65 %) sester s vysokoškolským vzděláním. V druhé kontrolní otázce „*Prostředí*“ správnou odpověď uvedlo 10 (59 %) sester s VŠ vzděláním.

11 (65 %) sester s VŠ vzděláním z celkového počtu 17 (100 %) tvrdí, že zná obsah modelu M. Gordonové. Na kontrolní otázku „*Funkční a dysfunkční typ zdraví*“ odpovědělo správně 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním.

Model C. Royové zná 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním. V kontrolní otázce „*Rolový strom*“ bylo úspěšné 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním.

Tabulka 23 Znalost modelu sester bez VŠ vzdělání

Modely	Znalost modelu	Kontrolní otázka č. 1	Kontrolní otázka č. 2
F. Nightingale	45 %	33 %	38 %
M. Gordon	39 %	19 %	-
C. Roy	19 %	17 %	-
J. M. Watson	8 %	20 %	14 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka poukazuje na znalost jednotlivých modelů u sester bez vysokoškolského vzdělání a jejich úspěšnost v kontrolních otázkách. Tabulka slouží k ověření hypotézy: „*Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy, M. Gordon aj. M. Watson*“. Z celkového počtu 69 (100 %) sester bez VŠ vzdělání jich 31 (45 %) uvádí znalost koncepčního modelu F. Nightingalové. V kontrolní otázce č. 1 „*5 základních elementů*“ správnou odpověď vybralo 23 (33 %) sester bez vysokoškolského vzdělání. V druhé kontrolní otázce „*Prostředí*“ správnou odpověď uvedlo 26 (38 %) sester bez VŠ vzdělání.

27 (39 %) sester bez VŠ vzdělání z celkového počtu 69 (100 %) uvádí, že zná obsah modelu M. Gordonové. Na kontrolní otázku „*Funkční a dysfunkční typ zdraví*“ odpovědělo správně 13 (19 %) sester bez VŠ vzdělání.

Model C. Royové zná 13 (19 %) sester bez VŠ vzdělání. V kontrolní otázce „*Rolový strom*“ bylo úspěšné 12 (17 %) sester bez VŠ vzdělání.

Model J. M. Watsonové zná 6 (8 %) sester bez VŠ vzdělání. V první kontrolní otázce „*Humanisticko-altruistická péče*“ bylo úspěšných 14 (20 %) sester bez VŠ vzdělání. Správnou odpověď na kontrolní otázku „*10 faktorů humanistické péče*“ uvedlo 10 (14 %) sester bez VŠ vzdělání.

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění informovanosti sester o vybraných koncepčních modelech a způsobu identifikace sester s jejich hlavními složkami. Výsledky kvantitativního výzkumu byly získané na základě dotazníkového šetření určeného pro všeobecné sestry.

Na začátku výzkumu náš zajímalo *dosažené vzdělání respondentů*, viz graf 2. Z 86 (100 %) respondentů bylo nejčastěji dosažené vzdělání středoškolské v počtu 50 (58 %) dotázaných, vysokoškolsky vzdělané sestry s bakalářským titulem byly zastoupeny počtem 17 (20 %) respondentů, sestry s pomaturitním specializačním vzděláním byly zastoupeny počtem 10 (12 %) dotázaných a sester s vyšším odborným vzděláním se výzkumu zúčastnilo 9 (10 %). Magisterské vzdělání neměla žádná všeobecná sestra. Podle mého názoru je příčinou daného rozložení velký počet 35 (40 %) vyplněných dotazníků na oddělení následné péče. Pro bakalářsky a magistersky vzdělané sestry nemusí být toto oddělení považováno za atraktivní. K porovnání nám slouží rozvržení dle dosaženého vzdělání, které uvádí Bártová ve své diplomové práci. Z 228 dotazovaných sester má středoškolské vzdělání 165 (72 %) respondentů, vyšší odborné vzdělání 38 (17 %) respondentů, bakalářského titulu dosáhlo 22 (10 %) sester a s magisterským titulem byli 3 (1 %) dotázaní (5).

Předmětem našeho zkoumání bylo, zda se *respondenti setkali s koncepčním modelem v ošetrovatelství při studiu*, výsledky jsou uvedené v tabulce 2. 41 (48 %) uvedlo kladnou odpověď, z nichž 14 (82 % z celkového počtu VŠ) bylo vysokoškolsky vzdělaných. 36 (52 %) dotázaných, kteří uvedli zápornou odpověď, byly sestry bez vysokoškolského vzdělání. Ani jedna vysokoškolsky vzdělaná sestra neuvedla zápornou odpověď. Zde je na místě říci, že všechny vysokoškolsky vzdělané sestry mají v náplni bakalářského studia v oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity předmět: „*Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*“, což koreluje s výsledky v tomto šetření.

Setkání s koncepčním modelem v ošetrovatelství mimo studium je vyhodnoceno v tabulce 3. 37 (43 %) respondentů uvedlo kladnou odpověď, z nichž 11 (64 %

z celkového počtu VŠ) bylo sester vysokoškolsky vzdělaných. Důvodem kladných odpovědí je dle mého názoru používání ošetřovatelské anamnézy podle M. Gordonové v nemocnici v Českých Budějovicích. Ošetřovatelská anamnéza je součástí záznamu ošetřovatelské péče dle koncepce českého ošetřovatelství. Slouží ke stanovování ošetřovatelských diagnóz a vytvoření individuálního plánu ošetřovatelské péče (27). Ve výzkumu Plzeňské bylo zjištěno, že z celkového počtu 25 sester 12 z nich nezná ošetřovatelské modely, 9 respondentů je poznalo při studiu, 1 sestra na praxi a 3 v odborném časopise (19).

Část našeho výzkumu byla zaměřena na *konceptní model Florence Nightingalové*. V tabulce číslo 4 uvádí 55 (64 %) dotázaných, že se *setkalo s konceptním modelem F. Nightingalové*. 24 (28 %) se rozhodlo pro zápornou odpověď. 3 záporné odpovědi (18 % z celkového počtu VŠ) patřily sestrám s vysokoškolským vzděláním. Zápornou odpověď mohly zaškrtnout sestry, které znají F. Nightingalovou, ale neuvědomují si, že její myšlenky a názory se považují za konceptní model. Myšlenky F. Nightingalové jsou součástí studijního plánu v oboru zdravotnický asistent již na středních zdravotnických školách. Hlubší seznámení o životě, myšlenkách a názorech s jednou z nejvýznamnějších žen v ošetřovatelství je na vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách v oborech všeobecná sestra bakalářského a magisterského studia.

Dále jsme zjišťovali, zda se *všeobecné sestry setkaly s konceptním modelem F. Nightingalové při studiu*, odpovídalo pouze 62 respondentů, znázorňujeme v tabulce 5. Více jak polovina těchto dotázaných 44 (71 %) uvádí, že se setkala s konceptním modelem F. Nightingalové při studiu. Kladnou odpověď vybraly všechny vysokoškolsky vzdělané sestry, tj. 14 (100 % z celkového počtu VŠ).

V tabulce číslo 6 *sestry hodnotily svoji znalost konceptního modelu F. Nightingalové* (zahrnuje opět celkem 62 respondentů). Toto tvrzení se ověřovalo pomocí dvou kontrolních otázek v dotazníkovém šetření. První kontrolní otázka byla zaměřena na *pět základních elementů zdravého prostředí ovlivňující proces zdraví a proces uzdravování - čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace*. Tyto složky jsou základním předpokladem pro udržení zdraví a léčby

nemocí. Významnou úlohu má v procesu ošetřování u Florence Nightingalové *prostředí*, které se objevuje ve druhé kontrolní otázce (18). Ze 48 (100 %) sester bez VŠ, jich 31 (tj. 64 % z celkového počtu bez VŠ) tvrdí, že ví, co je obsahem daného modelu, pouze 18 z nich tuto svou znalost potvrdilo správnou odpovědí na obě kontrolní otázky. 2 z těchto 31 sester odpovědělo správně pouze na jednu kontrolní otázku a 11 dotázaných z tohoto počtu uvedlo obě špatné odpovědi.

11 respondentů bez VŠ uvedlo v dotazníkovém šetření, že nezná obsah koncepčního modelu F. Nightingalové, mezi nimiž byla i jedna sestra, která poté správně odpověděla na obě kontrolní otázky. Další 4 sestry bez VŠ, které uvedly, že se s modelem F. Nightingalové nikdy neselekaly, byly přesto úspěšné v kontrolních otázkách.

Kontrolní otázky v dotazníkovém výzkumu poukazují, že všeobecné sestry bez vysokoškolského vzdělání neznají obsah koncepčního modelu F. Nightingalové. Tato skutečnost se jeví být v souladu se zněním hypotézy: *Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson*“. Správnou odpověď na otázku „*Kdo popsal ve své teorii pět základních elementů zdravého prostředí - čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo, funkční kanalizace?*“ mělo pouze 23 (33 %) z 69 sester bez VŠ. 26 (38 %) sester bez VŠ vybralo správnou odpověď u otázky „*Který pojem rozpracovala Florence Nightingalová ve své teorii?*“ viz tabulka 16, 17.

Z celkového počtu 14 (100 %) sester s vysokoškolským vzděláním 9 (65 %) sester s VŠ vzděláním tvrdí, že ví, co je obsahem daného modelu. Obě správné odpovědi na kontrolní otázky dokázalo odpovědět 7 dotázaných. 3 respondenti označili odpověď „*Nevím*“, ale v kontrolních odpovědích byli úspěšní.

11 sester s VŠ vzděláním označilo v kontrolní otázce „*Kdo popsal ve své teorii pět základních elementů zdravého prostředí - čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo, funkční kanalizace*“, správnou odpověď, což je 65 % z celkového počtu 17 (100 % všech VŠ sester). 10 (59 %) sester s VŠ vzděláním vybralo správnou odpověď na otázku: „*Který pojem rozpracovala Florence Nightingalová ve své teorii*“ Vysokoškolsky vzdělané sestry znají obsah koncepčního modelu F.

Nightingalové, viz tabulka 16, 17. Tato oblast výzkumu potvrzuje naši první hypotézu: „*Sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon*“.

V dotazníkovém šetření jsme zkoumali *informovanost sester o koncepčním modelu C. Royové*. V tabulce 7 prezentuje výsledky *setkání sester s koncepčním modelem Callisty Royové*. Pouze 33 (38 %) dotázaných tvrdí, že se s modelem C. Royové setkali. 41 (48 %) uvedlo zápornou odpověď. 3 (18 % z celkového počtu VŠ) záporné odpovědi patřily sestrám s vysokoškolským vzděláním i přesto, že model C. Royové je zařazen do studijního plánu oboru všeobecná sestra. S koncepčním modelem Callisty Royové se studenti na středních zdravotnických školách většinou nesetkají, což se projevilo ve výsledku. Problematikou koncepčního modelu C. Royové a jeho zavedení do praxe se podrobněji zabývá práce Staskové (20). V rozhovoru s 8 sestrami pouze 2 uvádí, že mají nějaké povědomí o daném modelu. Tyto sestry měly ukončené vysokoškolské vzdělání.

Zda se všeobecné sestry setkaly s koncepčním modelem C. Royové při studiu znázorňujeme v tabulce 8. Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů více jak polovina z nich 28 (62 %) tvrdí, že se setkala s koncepčním modelem C. Royové při studiu. Ze 14 (100%) vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 10 (72 %) kladnou odpověď.

V tabulce 9 uvádíme výsledky, jak *sestry hodnotily svoji znalost koncepčního modelu C. Royové* (zahrnuje opět celkem 45 respondentů). Toto tvrzení se ověřovalo pomocí kontrolní otázky v dotazníkovém šetření. Callista Royová ve své teorii představuje několik rolí, které jedinec plní během svého života (primární, sekundární a terciární). Tyto role vytváří tzv. *rolový strom*, který se objevuje v kontrolní otázce (28). Při rozhovorech s 25 sestrami Plzenská uvádí, že 17 z nich daný model nezná, 6 sester částečně, pouze 2 sestry tento model znaly (19).

Ze 31 (100 %) sester bez VŠ vzdělání uvádí 13 (42 %), že zná obsah koncepčního modelu C. Royové. 9 z nich potvrdilo svoje tvrzení a odpovědělo na kontrolní otázku správně. Zbylí 4 respondenti odpověděli špatně.

3 respondenti bez VŠ, kteří tvrdili, že se koncepčním modelem C. Royové nesetkali, odpověděli na kontrolní otázku správně.

Na kontrolní otázku „*Který pojem se objevuje v teorii Callisty Royové*“ dokázalo správně odpovědět pouze 12 (17 %) sester bez VŠ, viz tabulka 17. Z výsledku vyplývá, že sestry bez vysokoškolského vzdělání neznají obsah modelu C. Royové, což koresponduje s druhou hypotézou: „*Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson*“.

Ze 14 sester s VŠ tvrdí 7 (50 %) z nich, že ví, co je obsahem daného modelu. 5 dotázaných své tvrzení potvrdilo – vybralo správnou odpověď. 2 respondenti v kontrolní otázce uspěli a domnívali se, že model C. Royové neznají.

V kontrolní otázce „*Který pojem se objevuje v teorii Callisty Royové*“ uspělo 7 sester s vysokoškolským vzděláním. Jelikož se jedná pouze o 41 % úspěšnost, nedají se vysokoškolsky vzdělaní respondenti považovat za znalé koncepčního modelu C. Royové. Toto zjištění nepotvrzuje první hypotézu: „*Sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon*“.

Předmětem našeho zkoumání se stala i informovanost sester ohledně koncepčního modelu M. Gordonové. *Setkání s koncepčním modelem M. Gordonové* prezentujeme v tabulce 10. Z výzkumu vyplývá, že 51 (59 %) respondentů se setkali s koncepčním modelem M. Gordonové. Je překvapující, že 29 (34 %) z nich uvedlo zápornou odpověď, neboť koncepční model M. Gordonové se využívá při stanovování ošetrovatelské anamnézy v nemocnici Českých Budějovicích. První zmínky o daném koncepčním modelu se objevují již na středních zdravotnických školách. Koncepční model M. Gordonové se často využívá i při tvoření kazuistik pacientů na vyšších odborných školách zdravotnických a na vysokých školách.

32 (56 %) respondentů z celkového počtu 57 (100 %) tvrdí, že se *s koncepčním modelem M. Gordonové setkali při studiu*, výsledky jsou uvedené v tabulce 11. Z 13 (100 %) vysokoškolských vzdělaných sester uvedlo kladnou odpověď jen 10 (77 %), i přesto, že obsah koncepčního modelu M. Gordonové je součástí studijního plánu na VŠ.

Ve výzkumu nás také zajímalo, jak *sestry hodnotí své znalosti ohledně koncepčního modelu M. Gordonové*, výsledky prezentuje v tabulce 12 (zahrnuje opět 57

respondentů). Toto tvrzení se ověřovalo pomocí kontrolní otázky, která je zaměřena na *funkční a dysfunkční typ zdraví*, který se stanovuje u každého pacienta (18).

Ze 44 (100 %) sester bez VŠ uvádí 27 (61 %) respondentů, že zná obsah koncepčního modelu M. Gordonové. Z tohoto počtu vybralo správnou odpověď na kontrolní otázku jen 13 respondentů. Ostatní sestry odpověděly špatně.

Pouze 13 (19 %) sester bez VŠ odpovědělo správně na otázku „*Kdo pracuje ve svém modelu s funkčním a dysfunkčním typem zdraví?*“, viz tabulka 18, proto lze tvrdit, že sestry bez vysokoškolského vzdělání neznají obsah koncepčního modelu M. Gordonové. Tato skutečnost vede k potvrzení druhé hypotézy: „*Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson*“.

11 (85 %) sester s VŠ z celkového počtu 13 (100 %) tvrdí, že ví, co je obsahem daného modelu. 6 dotázaných své tvrzení potvrdilo – vybralo správnou odpověď. 1 respondent uvedl, že tento model nezná, ale v kontrolní otázce uspěl.

V kontrolní otázce „*Kdo pracuje ve svém modelu s funkčním a dysfunkčním typem zdraví?*“ uspělo 7 sester s vysokoškolským vzděláním. Jelikož se jedná pouze o 41 % úspěšnost, nedají se vysokoškolsky vzdělaní respondenti považovat za znalé koncepčního modelu M. Gordonové. První hypotéza „*Sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon*“ nelze potvrdit.

Poslední koncepční model našeho výzkumu byl model *J. M. Watsonové*. V tabulce číslo 13 jsou zaznamenány výsledky na otázku, *zda se sestry setkaly s koncepčním modelem J. M. Watsonové*. Zjistili jsme, že 22 (26 %) respondentů se setkalo s koncepčním modelem J. M. Watsonové. Koncepční model J. M. Watsonové se nevyučuje na středních školách, ani není v osnovách bakalářského studia, proto 54 (62 %) sester uvedlo zápornou odpověď.

Setkání s koncepčním modelem J. M. Watsonové při studiu představuje tabulka číslo 14 (zahrnuje 32 (100 %) respondentů). 16 (50 %) respondentů uvedlo, že se s koncepčním modelem J. M. Watsonové setkali při studiu. Všechny vysokoškolsky vzdělané sestry odpověděly kladně, tj. 9 (100 % VŠ vzdělaných sester).

V tabulce 15 uvádíme, *jak sestry hodnotí své znalosti o koncepčním modelu J. M. Watsonové* (obsahuje 32 (100 %) dotázaných). Toto tvrzení se ověřovalo pomocí dvou kontrolních otázek. První otázka se dotazuje na podstatu koncepčního modelu J. M. Watsonové. *Humanisticko – altruistická péče* vytváří základní koncepci při naplňování ošetrovatelských intervencí. J. M. Watsonová vytvořila *10 faktorů humanistické péče*, které by měla sestra využívat během ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelské péče směřuje v tomto modelu k dosažení harmonie mysli, těla a duše u nemocného pacienta (26).

Ze 23 (100 %) sester bez VŠ se 6 (27 %) dotázaných domnívá, že zná obsah koncepčního modelu J. M. Watsonové. Obě správné odpovědi měly z tohoto celku pouze 2 sestry. Odpověď „*Spíše ne*“ v této otázce zvolili 3 respondenti, z nichž 1 odpověděl na obě otázky správně.

Zajímavé bylo, že z 10 sester, které uvedly, že „*Neví*“, co je obsahem daného modelu, jich 8 odpovědělo správně na jednu kontrolní otázku.

10 dotázaných uvedlo, že se s koncepčním modelem nesešlo, ale odpovědělo na jednu kontrolní otázku úspěšně.

Na kontrolní otázku „*Čím se zabývala ve svém modelu J. M. Watsonová?*“ viz tabulka 19., odpovědělo správně 14 (20 %) sester bez VŠ vzdělání. V otázce „*Kolik faktorů humanistické péče J. M. Watsonová vytvořila?*“ uspělo 10 (14 %) sester bez VŠ, viz tabulka 20. Z výsledku vyplývá, že sestry bez vysokoškolského vzdělání neznají obsah koncepčního modelu J. M. Watsonové, což koreluje s druhou hypotézou: „*Sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson*“.

Z 9 (100 %) sester s VŠ vzděláním 3 (33 %) tvrdí, že znají obsah daného modelu. Ani jedna z nich nedokázala odpovědět na obě otázky správně. Všechny tři sestry byly úspěšné jen u jedné kontrolní otázky.

V kontrolní otázce „*Čím se zabývala ve svém modelu J. M. Watsonová?*“ uspěly 4 (24 %) sestry s VŠ vzděláním. V otázce „*Kolik faktorů humanistické péče J. M. Watsonová vytvořila?*“ vybraly všechny sestry možnost „*Nevím*“. Proto je zřejmé, že sestry s VŠ vzděláním neznají obsah koncepčního modelu J. M. Watsonové.

První hypotéza tvrdí, že „sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon“. Výsledky prezentujeme v tabulce č. 22. Tuto hypotézu nelze podle výsledků potvrdit. 9 (53 %) sester s VŠ vzděláním ze 17 (100 %) se domnívá, že zná obsah koncepčního modelu F. Nightingalové. Kontrolní otázky ukázaly, že více jak polovina sester s VŠ vzděláním opravdu zná obsah vybraného modelu. Na první kontrolní otázku odpovědělo správně 11 (65 %) sester s VŠ vzděláním. V druhé otázce bylo úspěšných 10 (59 %) sester s VŠ vzděláním. Obsah koncepčního modelu C. Royové podle svého mínění zná 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním ze 17 (100 %) sester. Kontrolní otázka prozradila, že pouze 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním zná obsah modelu C. Royové. 11 (65 %) sester s VŠ vzděláním uvádí, že zná obsah modelu M. Gordonové. Správnou odpověď v kontrolní otázce uvedlo pouze 7 (41 %) sester s VŠ vzděláním. Výzkum poukázal, že sestry s vysokoškolským vzděláním podle dotazníkového šetření znají pouze obsah modelu F. Nightingalové, v ostatních dvou nedokázala správně odpovědět na kontrolní otázky ani polovina dotázaných.

Druhá hypotéza říká, že „sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: Florence Nightingale, Callista Roy, Marjory Gordon a J. M. Watson“. Výsledky jsou uvedené v tabulce č. 23. Tuto hypotézu lze potvrdit. 31 (45 %) sester bez VŠ vzdělání z 69 se domnívá, že zná obsah koncepčního modelu F. Nightingalové. Kontrolní otázky ukázaly, že méně než polovina sester nezná obsah vybraného modelu. Na první kontrolní otázku odpovědělo správně 22 (33 %) sester bez VŠ vzdělání. V druhé otázce bylo úspěšných 26 (38 %) sester bez VŠ vzdělání. Obsah koncepčního modelu C. Royové podle svého mínění zná 13 (19 %) sester bez VŠ vzdělání ze 69 (100 %) sester. Kontrolní otázka prozradila, že pouze 12 (17 %) sester bez VŠ vzdělání zná obsah modelu C. Royové. 27 (39 %) sester bez VŠ vzdělání uvádí, že zná obsah modelu M. Gordonové. Správnou odpověď v kontrolní otázce uvedlo pouze 13 (19 %) sester bez VŠ vzdělání. Obsah koncepčního modelu J. M. Watsonové zná podle svého mínění 6 (8 %) sester bez VŠ vzdělání z celkového počtu 69 sester. V kontrolních otázkách byla úspěšná méně než polovina dotázaných. Na první kontrolní otázku správně odpovědělo 14 (20 %) sester bez VŠ vzdělání. V druhé

kontrolní otázce vybralo správnou odpověď 10 (14 %) sester bez VŠ vzdělání. Sestry bez vysokoškolského vzdělání v našem výzkumu nebyly znalé ani jednoho ze čtyř koncepčních modelů, proto s jistotou můžeme danou hypotézu potvrdit.

Dále nás v našem výzkumu zajímalo, *zda by sestry chtěly využívat tyto koncepční modely v praxi*, výsledky prezentujeme v grafech 3,4,5 a 6. Nejvíce respondentů 39 (45 %) by chtělo využívat v praxi koncepční model M. Gordonové. Tato odpověď není překvapivá, protože sestry s tímto modelem mají v nemocnici v Českých Budějovicích zkušenosti. Nejvíce záporných odpovědí 40 (46 %) se objevilo u koncepčního modelu C. Royové. Plzenská prezentuje ve své práci také převážně záporné odpovědi ohledně užívání ošetrovatelské dokumentace v praxi dle C. Royové. Z 25 respondentů je 17 sester se zápornou odpovědí a jen 4 respondenti odpověděli kladně (19). Vyhodnocení tohoto bodu v našem výzkumu zůstává diskutabilní, neboť respondenti podle mého názoru neprojevili dostatečnou znalost všech koncepčních modelů a nejsou pro fundovanou odpověď dostatečně erudovaní.

Pouze 31 (36 %) respondentů uvádí, že má *dostatek informací ohledně koncepčních modelů*, viz graf 7. Více než polovina 45 (52 %) tvrdí, že nemá dostatek informací. Další vzdělání v této problematice, prezentujeme v grafu 8, by uvítalo pouze 27 (32 %) dotázaných. Podle mého názoru je nízký zájem o danou problematiku proto, že většina sester si nedokáže přestavit jejich využití v praxi. S tím souvisí další důvod – povrchní znalost o této problematice. Z vlastní zkušenosti s anamnézou M. Gordonové mohou pokládat sestry koncepční modely pouze za administrativní záležitosti. V neposlední řadě může i nedostatek času během pracovní doby některé sestry odradit od zavedení koncepčních modelů do praxe.

Třetí hypotéza „*Sestry vnímají poskytování ošetrovatelské péče jako láskyplnou a obětavou činnost*“ byla předmětem poslední části dotazníkového šetření.

Graf 9 nám ukazuje, *zda sestry vnímají své povolání láskyplně a obětavě*. 64 (74 %) sester odpovědělo kladně. *Sesterské povolání jako poslání*, které prezentujeme v grafu 10, vnímá stejný počet respondentů, jak je uvedeno v předchozím grafu (64, tj. 74 %). Už Florence Nightingalová přichází s novým pohledem na sesterské povolání.

Považuje je jako umění, které v sobě zahrnuje profesionálnost, ale především i laskavost a upřímnost srdce (28).

Vlastnosti jako *empatie, trpělivost a obětavost* jsou nejčastěji uváděnými vlastnostmi nezbytné pro sestru, viz tabulka 21. Potvrzení hypotézy dokazuje i fakt, že 68 (79 %) dotázaných přistupuje *k pacientovi empaticky při poskytování ošetrovatelské péče*.

Poskytování láskyplné a obětavé péče je jedním z hlavních pilířů koncepčního modelu J. M. Watsonové. Ošetrovatelské péče je postavena na humanistickém přístupu, projevující se zájmem o druhé osoby a emocionálním přístupem (8). I přesto, že sestry neznají tento model, využívají některé jeho myšlenky v praxi.

6 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaké mají sestry informace o ošetrovatelských koncepčních modelech: Florence Nightingale, M. Gordon, C. Roy a J. M. Watson a také, jak se identifikují s hlavními složkami těchto modelů. Zajímaly nás i jejich názory a postoje k této problematice. V posledních letech se koncepční modely stávají stále aktuálnějšími tématy, neboť přinášejí do ošetrovatelského procesu odlišný pohled na pacienta. V současné době se u sester klade důraz nejen na správný způsob ošetrovatelských dovedností, ale do popředí se dostává i celkový přístup sester k pacientovi.

Pro naplnění cíle byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, ve kterém byly vytvořeny tři hypotézy. První hypotézou jsme chtěli potvrdit fakt, že sestry s vysokoškolským vzděláním znají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy a M. Gordon. Výzkum tuto hypotézu nepotvrdil. Více než polovina respondentů s vysokoškolským vzděláním nezná obsah koncepčního modelu C. Royové a M. Gordonové.

Dál jsme zkoumali verifikaci druhé hypotézy poukazující na to, že sestry s jiným než s vysokoškolským vzděláním neznají obsah vybraných koncepčních modelů: F. Nightingale, C. Roy, M. Gordon a J. M. Watson. Výzkum tuto hypotézu potvrdil.

Třetí hypotéza – sestry vnímají poskytování ošetrovatelské jako láskyplnou a obětavou činnost byla také potvrzena – 74 % respondentů považuje své povolání jako láskyplnou a obětavou činnost. Cíle, které jsme si stanovili, byly splněny.

Výzkum poukázal na nízkou úroveň znalostí problematiky koncepčních modelů. Jedna z možností, jak dosáhnout vyšší úrovně vzdělanosti v této oblasti, jsou kurzy celoživotního vzdělávání v oblasti koncepčních modelů či zdůraznění koncepčních modelů v osnovách studijního oboru všeobecná sestra. Praktičtější zaměření výuky by také mohlo vést ke srozumitelnějšímu vnímání a pozitivnějšímu přijímání modelů.

Další možností, jak se sestry mohou seznámit s modely, představuje edukační materiál uvedený v příloze.

7 Klíčová slova

Filosofie

Koncepční model

Florence Nightingale

Marjory Gordon

Callista Roy

J. M. Watson

8 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMOVÁ, L. *Základy filosofie, etiky – Základy společenských věd*. 4.vyd. Praha: Fortuna, 2004. 168 s. ISBN 80-7168-905-X.
2. ARCHALAUISOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. ARCHALAUISOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1.vyd. Hradec králové: Nucleus, 2005. 107 s. ISBN 80-247-1211-3.
4. ARCHALAUISOVÁ, A. *Ošetrovatelský model Callisty Roy v ošetrovatelském procesu a jeho realizace do ošetrovatelské praxe*. In *Nové trendy v ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV. Jihočeské ošetrovatelské dny, 29. - 30. září 2005. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. ISBN 80-7040-791-3.
5. BÁRTOVÁ, M. *Důvody fluktuace sester z nemocnic*. České Budějovice, 2010. 110 s. Diplomová práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na zdravotně sociální fakultě. Vedoucí diplomové práce Sylva Bartlová.
6. BLECHA, I. *Filosofická čítanka*. 1.vyd. Olomouc: Olomouc. 2000. 550 s. ISBN 80-7182-112-8.
7. DUROZOI, G., ROUSSEL, A. *Filosofický slovník*. 1.vyd. Praha: EWA, 1999. 352 s. ISBN 80-85764-07-5.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. HANZLÍKOVÁ, A. *Humanistický model ošetrovatel'skej starostlivosti*. In *Nové trendy v ošetrovatelství V. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. Jihočeské ošetrovatelské dny, 19. - 20. září 2006. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. ISBN 80-7040-884-7.
10. IGNER, M. *Holistická medicína* [online] 18.8.2006 [cit. 2009-11-15]. Dostupné z: <http://www.volny.cz./homeopatie/holistickamedicina.htm>.

11. IGNER, M. *Holistická medicína* [online] 18.8. 2006 [cit. 2009-11-15].
Dostupné z: <http://www.volny.cz/homeopatie/holismus.htm>.
12. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2002. 75 s. ISBN 80-7042-339-0.
13. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
14. KOLEKTIV AUTORU. *Encyklopedie diderot* [online]. 2000 [cit. 2009-11-14].
Dostupné z: <http://literatura.kvalitne.cz/filosof.htm>.
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
16. PAGE, A. *Jean Watson – Philosophy and Science of Caring*. [online].
Vystaveno 12.6.2006 [cit. 2009-11-14]. Dostupné z:
http://www.nipissingu.ca/faculty/arohap/aphome/NURS3006/Resources/Jean_Watson.ppt.
17. PAGE, A. *Jean Watson – A Living legend*. [online]. Vystaveno 11.6.2008 [cit. 2009-11-14]. Dostupné z:
http://www.nipissingu.ca/faculty/arohap/aphome/NURS3006/Resources/Jean_Watson_Presentation.ppt.
18. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
19. PLZENSKÁ, D. *Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského modelu C. Royové* [online] .Vystaveno 4. 9. 2007 [cit. 2009 - 11-15].
Dostupné z:http://theses.cz/id/kq0d7q/downloadPraceContent_adipIdno_7361.
20. STASKOVÁ, V. *Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny*. České Budějovice, 2009. 142 s. Rigorózní práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na zdravotně sociální fakultě.

21. STÖRING, J. H. *Malé dějiny filosofie*. 8.vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství. 2007. 456 s. ISBN 978-80-7195-206-0.
22. SRŠŇOVÁ, R. *Ošetrovatelský proces*. [online]. [cit. 2009-11-14]. Dostupné z: http://www.karim-vfn.cz/userfiles/image/download-arip/prednaska_arip_srsnova.pdf.
23. ŠEFČÍKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V. *Humanismus a filantropie v ošetrovatelství*. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny, 20. - 21. září 2007. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. ISBN 987-80-7040-992-3.
24. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*. Dostupné z WWW: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm.
25. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely ošetrovatelství*. In *Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Jihočeské ošetrovatelské dny, 28. - 29. listopadu 2002. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. ISBN 80-7040-578-324.
26. TÓTHOVÁ, V., SCHOLZ, P. *Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
27. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
28. ŽIAKOVÁ, K. A KOL. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.
29. ŽIAKOVÁ, K. A KOL. *Ošetrovat'elstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8363-131-X.

9 Přílohy

Příloha č. 1 - Kategorizace koncepčních modelů

Příloha č. 2 - Dotazník

Příloha č. 3 - Edukační materiál pro sestry

Příloha č. 1 Kategorizace koncepčních modelů

Koncepční modely se klasifikují podle různých kritérií, nejčastěji podle přístupu k pacientovi. Každý model má svá specifika - různé cíle, odlišnou roli sestry, poukazuje na konkrétní jevy. Klasické třídění - užší kategorizace rozděluje modely na humanistické (J. M. Watson, F. Nightingale, D. Orem, atd.), modely interpersonálních vztahů (J. Travelbee, M. Gordon, I. D. Orlando, aj.), systémové modely (C. Roy, I. King, B. Neuman, aj.) a modely energetických polí (M. Levien, M. Rogers, M. Newman) (19).

Širší kategorizace rozděluje modely do 12 skupin:

1. *Vývojové modely a teorie* se zaměřují na proces vývoje individua. V průběhu vývoje dochází k reálným nebo potencionálním problémům. Cílem každého jedince je neustálý posun, pokrok, zrání do určitého konečného stavu (D. Orem, N. Roper).
2. *Modely a teorie systémů* definují systémy jako celky, které se mohou rozložit na dílčí části. Vyhledává opět existující či potencionální problémy ve funkci systému. Zkoumá všechny vzájemné vztahy mezi jednotlivými částmi celku, jejich organizovanost a interakci (C. Roy, I. King).
3. *Interakční modely a teorie* se zabývají sociální problematikou. Tvrdí, že v mezilidských vztazích mohou nastat problémy nebo už se objevují. Tyto modely se snaží najít takové postupy vedoucí ke zlepšení procesu socializace (H. Peplau, I. J. Orlando).
4. *Modely a teorie potřeb* pohlíží na jedince pouze z pohledu uspokojování potřeb. Pokud si klient nedokáže zajistit své potřeby sám, sestra vykoná takové intervence a zásahy, aby došlo k naplnění těchto potřeb (V. Henderson, F. Abdellah).
5. *Modely a teorie výsledků* považují za nejvýznamnější atributy výsledky ošetrovatelské péče. Sestra hodnotí dosažení potřeb v průběhu ošetrovatelského procesu (B. Neuman, I. King).

6. *Humanistické modely a teorie* zdůrazňují princip humanizmu. Osobnost vnímají jako svobodného jedince s vlastními právy. Humanistické modely vyzdvihují empatii, soucit a úctu k člověku (F. Nightingale, C. Roy, J. M. Watson, M. Gordon).
7. *Modely a teorie energetických polí* uznávají energetický faktor ovlivňující ošetrovatelských proces (M. Rogers, M. Levine).
8. *Modely intervence* je zaměřen na ošetrovatelský zásah. Setra vytváří odborná rozhodnutí a intervence k dosažení vytčených cílů (M. Gordon, I. King).
9. *Modely a teorie substituce* nahrazují ztracené schopnosti pacienta, nebo takové schopnosti, které nelze aktivizovat. Pacient rozhoduje o nejvhodnější substituci s uplatněním vůle a fyzické kontroly (D. Orem, H. Peplau).
10. *Modely a teorie konzervace* se soustřeďují na uchování existujících schopností klienta. Cílem je neztratit současnou příznivou situaci klienta, který je ohrožen onemocněním (N. Roper, M. Levine).
11. *Modely teorie podpory* jsou založeny na podpoře nemocného pacienta. Podstatou modelu jsou intervence sestry vedoucí k vyrovnání pacienta s danou nemocí (M. Levine, V. Henderson).
12. *Modely a teorie posílení* zlepšují kvalitu života jedince pomocí posilovacích mechanismů (N. Roper, D. Johnson) (18,28).

Příloha č. 2 Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Hana Káplová a navštěvuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor všeobecná sestra. Jedním z cílů mé bakalářské práce, jejímž tématem je „Sestra z filosofického pohledu autorek vybraných ošetrovatelských koncepčních modelů“, je zjištění účinnosti teoretické přípravy školského systému v dané oblasti. Prosím Vás o pomoc vyplněním krátkého dotazníku.

V každé otázce označte prosím jednu odpověď. Dotazník je zcela anonymní a je určen všeobecným sestřám.

1. Kolik Vám je let?
 - 18 – 29 let
 - 30 - 39 let
 - 40 – 49 let
 - Více jak 50 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné vzdělání
 - Vysokoškolské vzdělání – Bc.
 - Vysokoškolské vzdělání – Mgr.
 - Pomaturitní specializační studium

3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
 - do 1 roku
 - 1 až 5 let
 - 6 až 10 let
 - 11 až 15 let
 - více jak 16 let.

4. Setkal/a jste se s pojmem koncepční model v ošetrovatelství při studiu?
 - Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne

5. Setkal/a jste se s pojmem koncepční model v ošetrovatelství mimo studium?
 - Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne

6. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Florence Nightingalové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla záporně, pokračujte na otázku č. 9.

7. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Florence Nightingalové při studiu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

8. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Florence Nightingalové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

9. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Callisty Royové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla záporně, pokračujte na otázku č. 12.

10. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Callisty Royové při studiu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

11. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Callisty Royové?

- Ano
- Spíše ano

- Nevím
- Spíše ne
- Ne

12. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla záporně, pokračujte na otázku č. 15.

13. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

14. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Marjory Gordonové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

15. Setkal/a jste se s koncepčním modelem J.M. Watsonové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla záporně, pokračujte na otázku č. 18.

16. Setkal/a jste se s koncepčním modelem J.M. Watsonové při studiu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

17. Víte, co je obsahem koncepčního modelu J.M. Watsonové?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Následující otázky jsou zaměřené na zjištění účinnosti teoretické přípravy školského systému v dané oblasti a jedním z cílů je zmapování znalostí dané problematiky. **Nepovažujte jej, prosím, za zkoušení.**

18. Kdo popsal ve své teorii pět základních elementů zdravého prostředí (čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo, funkční kanalizace)?

- M. Gordonová
- J. M. Watsonová
- F. Nightingalová
- Nevím

19. Který pojem rozpracovala Florence Nightingalová ve své teorii?

- Prostředí
- Funkční typ zdraví
- Sebepéče
- Nevím

20. Který pojem se objevuje v teorii Callisty Royové?

- Deficit sebepéče
- Rolový strom
- Dysfunkční typ zdraví
- Nevím

21. Kdo pracuje ve svém modelu s funkčním a dysfunkčním typem zdraví?

- C. Royová
- M. Gordonová
- J.M. Watsonová
- Nevím

22. Čím se zabývala ve svém modelu J.M. Watsonová?

- 5 složek zdravého prostředí
- Rolový strom
- Humanisticko-altruistická péče
- Nevím

23. Kolik faktorů humanistické péče J.M. Watsonová vytvořila?

- 7 faktorů humanistické péče
- 10 faktorů humanistické péče
- 8 faktorů humanistické péče
- Nevím

24. Uvažujete o tom, že byste používal/a koncepční modely ošetřovatelství v praxi?

Florence Nightingalová

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Marjory Gordonová

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Callista Royová

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

J.M.Watsonová

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

25. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetřovatelství?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

26. Uvítal/a byste kurzy celoživotního vzdělávání v oblasti koncepčních modelů v ošetrovatelství?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

27. Vnímáte své povolání jako láskyplnou a obětavou činnost?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

28. Považujete povolání sestry za poslání?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

29. Hlavním důvodem Vašeho rozhodnutí stát se sestrou, bylo? (vyberte pouze jednu odpověď)

- Touha po práci ve zdravotnictví
- Zdravotní rodinné problémy
- Přání rodičů
- Jiné.....

30. Jaké jste měl/a představy po vstupu do zaměstnání? (vyberte pouze jednu odpověď)

- Dát najevo pacientovi, že jsem tu vždy pro něj.
- Získat mnoho nových vědomostí a dovedností
- Obavy z nového prostředí
- Jiné.....

31. Které vlastnosti jsou podle Vás pro sestru nezbytné?

.....

32. Myslíte si, že k pacientovi přistupujete empaticky při poskytování ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Příloha č. 3 Edukační materiál pro sestry

Edukační materiál pro všeobecné sestry

Téma: Koncepční ošetrovatelské modely

Ošetrovatelské modely obohacují teoretickou část ošetrovatelství a zároveň zkvalitňují sesterskou praxi. Jedná se o spojení poznatků, názorů a pohledů na hlavní oblasti ošetrovatelství, tj. osobu, prostředí a vzájemný vztah těchto složek.

V praxi modely napomáhají plánovat ošetrovatelskou péči, pochopit problémy, zkvalitňovat ošetrovatelské dovednosti či zlepšovat komunikaci. Pochopení koncepčních modelů v ošetrovatelství pomáhá sestram vytvářet odlišný pohled na pacienta, na sebe i na svět.

Setkání sester s koncepčními modely u vybraných autorek

Modely	Sestry s vysokoškolským vzděláním		Sestry bez vysokoškolského vzdělání	
	Setkání s modelem	Znalost modelu	Setkání s modelem	Znalost modelu
F. Nightingale	82 %	53 %	60 %	45 %
M. Gordon	76 %	65 %	55 %	39 %
C. Roy	64 %	41 %	32 %	19 %
J. M. Watson	53 %	17 %	19 %	8 %

Výzkumu se zúčastnilo 86 sester, z nichž 69 (100 %) bylo sester bez vysokoškolského vzdělání a 17 (100%) sester bylo s vysokoškolským vzděláním.

Základní charakteristika modelů – Florence Nightingale, Marjory Gordon, Callista Roy
a J. M. Watson.

Modely	Základní charakteristika
F. Nightingale	<ul style="list-style-type: none"> • Nejvýznamnější osobnost ošetrovatelství - „dáma s lampou“ • Definuje pět základních složek prostředí: čerstvý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace • Rozděluje prostředí: fyzické (nejdůležitější), emocionální a sociální • Ošetrovatelství staví na profesionální úroveň • Důraz na vzdělávání sester
M. Gordon	<ul style="list-style-type: none"> • Klasifikace ošetrovatelských diagnóz – NANDA • Funkční a dysfunkční typ zdraví • 13 vzorců funkčního zdraví: vnímání zdraví, výživa, vylučování, aktivita (odpočinek), vnímání (poznávání), vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, vnímání zátěže, životní principy, bezpečnost, komfort, růst a vývoj • Humanistický a holistický (celostní) přístup
C. Roy	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptační teorie – neustála adaptace jedince na měnící se prostředí • Charakteristika pojmu - stres • Pozitivní a negativní adaptace • Teorie „rolového stromu“ (primární, sekundární, terciární role) • Holistický a humanistický přístup
J. M. Watson	<ul style="list-style-type: none"> • Humanistický model - city, zájem a postoje, ale i hodnoty, vůli, oddanost ošetrovatelské péče, vědomosti a dovednosti • Charakteristika pojmu – péče • Vytvořila 10 faktorů humanistické péče • Cíl: harmonie mysli, těla a duše • Holistický přístup

Doporučení

V současné době se u sester klade důraz nejen na správné vykonávání ošetrovatelských dovedností, ale do popředí se dostává i celkový přístup sester k pacientovi. Různé cesty přístupu k nemocnému nabízejí právě koncepční ošetrovatelské modely.

Během ošetrovatelských intervencí je důležité, aby sestra přistupovala k pacientovi jako k individualitě zahrnující bio-psycho-sociální a spirituální aspekty. Jedinec se považuje za komplexní systém, ve kterém jsou všechny složky ve vzájemné interakci (holistické pojetí).

Výzkum poukázal na nízkou úroveň znalostí problematiky vybraných koncepčních modelů. Bylo zjištěno, že sestry bez vysokoškolského vzdělání znají modely méně, než sestry s vysokoškolským vzděláním. Znalost vybraných koncepčních modelů však nebyla přesvědčivá ani u vysokoškolsky vzdělaných sester. Větší důraz na téma koncepčních modelů v osnovách studijního oboru všeobecná sestra může být jedním ze způsobů, jak povědomí o jejich kladných dopadech na ošetrovatelství zvýšit. Praktičtější zaměření výuky by také mohlo vést ke srozumitelnějšímu vnímání a pozitivnějšímu přijímání modelů.

Doporučili bychom zároveň kurzy celoživotního vzdělávání v této oblasti.