



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vývoj konceptuálních ošetrovateľských modelů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Martina Sušická

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Vývoj konceptuálních ošetrovatelských modelů jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 7. 2018

.....

Martina Sušická

Poděkování

Poděkování patří hlavně vedoucí předkládané práce, PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi poskytovala během zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

Vývoj konceptuálních ošetrovateľských modelů

Abstrakt

Bakalářská práce „Vývoj konceptuálních ošetrovateľských modelů“ má teoretický charakter a cílem analyzovat pojetí konceptuálních modelů od jejich samotného počátku do současnosti. Práce je koncipována jako analytická studie s následným vypracováním interpretativního textu. Pro analýzu textu a následnou interpretaci byla využita metoda textové hermeneutiky. Získané dokumenty byly nejprve shromážděny, poté analyzovány a následně interpretovány. V souvislosti s analýzou textu byla položena otázka: Jak docházelo v průběhu času k vývoji konceptuálních ošetrovateľských modelů? Vývoj ošetrovateľských modelů lze sledovat od počátků profesionálního ošetrovatelství, což je datováno přibližně do poloviny 19. století a za zakladatelku je považována Florence Nightingalová, jejíž pojetí nebylo nejdříve bráno jako model, nicméně její vytvořená koncepce je považována za počátek rozvoje ošetrovateľských modelů. Vývoj modelů probíhal po celou dobu až do současnosti, kdy nejvýznamnější pro rozvoj byla 60. léta 20. století. Vývoj ovlivňovaly také právě se dějící události ve světě, rozvoj medicíny a v neposlední řadě rozvoj vzdělávání sester a možnost vysokoškolského vzdělání v oboru ošetrovatelství.

Správné využívání konceptuálních modelů je důležité jak pro sestry, tak i pro pacienty. Péče sester není díky modelům poskytována jen dle biomedicínského modelu, jako tomu bylo v dřívějších dobách, ale naopak jsou zde snahy o využití modelů odrážejících celostní přístup a humanismus.

Z textu vyplývá, že inspirací pro ošetrovatelství je změna přístupu sester k pacientům a naopak, pacientů k sestrám, dále je kladen důraz na uspokojování všech potřeb, jak pacientů, tak i sester. Výsledky práce by měly posloužit k hlubšímu pochopení významu ošetrovateľských modelů sestrám pracujícím v klinické praxi, ale i studentkám připravujícím se na povolání sestry.

Klíčová slova

Ošetrovatelství, konceptuální model, pojetí, historie, vývoj

The development of conceptual nursing models

Abstract

The bachelor thesis "The Development of Conceptual Nursing Models" has a theoretical character and its aim is to analyse the approach to conceptual models from their very beginning to the present. The thesis is conceived as an analytical study followed by the elaboration of an interpretative text. The method of textual hermeneutics was used for text analysis and subsequent interpretation. The documents obtained were first collected, then analysed and subsequently interpreted.

In connection with the analysis of the text, the question was asked: How have the conceptual nursing models been developed over time? The development of nursing models can be traced from the beginning of the professional nursing, dating back to the mid-19th century. Florence Nightingale is considered to be the founder of professional nursing, and although her concept was not taken as a model at first, it is believed it represents the beginning of the development of nursing models. The development of the models has been going on all the time up to the present, and the most important development took place in the 1960s. The development was also affected by the events which occurred at that time in the world, the development of medicine and last but not least, the development of nursing education and the possibility of higher education in the field of nursing.

Proper use of conceptual models is important for both nurses and patients. Thanks to the models, nursing is not provided only in accordance with the biomedical model as it used to be in earlier times, but on the contrary there are efforts to use models reflecting holistic approach and humanism.

The text shows that the inspiration for nursing comes from the attitude change of nurses to patients and vice versa patients to nurses, as well as the emphasis on meeting the needs of both patients and nurses. The results of the thesis should lead to deeper understanding of the importance of nursing models for nurses working in clinical practice, as well as for students preparing for the nursing profession.

Keywords

Nursing, conceptual model, concept, history, development

Obsah

Úvod	8
Cíl.....	9
Metodika	10
1 Exkurz do historie ošetrovatelství.....	11
2 Počátek konstituce konceptuálních modelů	13
2.1 Doba Florence Nightingalové.....	13
3 20. století	18
3.1 První polovina 20. století.....	20
3.2 Příspěvky některých teoretiček pro vývoj ošetrovatelských modelů v 60. letech 20. století.....	24
3.2.1 Hildegard Elizabeth Peplau	24
3.2.2 Virginie Hendersonová.....	26
3.2.3 Faye Glenn Abdellahová	29
3.2.4 Ida Jean Orlandová.....	29
3.2.5 Lydia Eloise Hallová	31
3.2.6 Ernestine Wiedenbachová.....	31
3.2.7 Joyce E. Travelbeeová.....	32
3.2.8 Myra Estrin Levineová	32
3.2.9 Dorothy Marie Johnsonová.....	33
3.2.10 Dorothea Elisabeth Oremová	34
3.2.11 Martha Elizabeth Rogersová.....	36
3.2.12 Imogene Martina Kingová	38
3.2.13 Betty Neumannová	40
3.2.14 Callista Royová	42
3.2.15 Nancy Roperová.....	43
3.2.16 Margareta Jean Watsonová	44

3.2.17 Madeleine Leiningerová	46
3.2.18 Marjory Gordonová	48
3.3 Shrnutí	50
3.3 Součásti ošetřovatelských modelů	54
3.4 Kategorie ošetřovatelských modelů	56
4 Pojetí konceptuálních modelů – přelom 20. – 21. století	58
4.1 Paradigma ošetřovatelství	61
4.2 Ošetřovatelské modely a teorie	61
5 Závěr	63
6 Seznam literatury	65

Úvod

Současná ošetrovatelská praxe, teorie, i obor představují rozvoj stávajících ošetrovatelských teorií a koncepcí. Konceptuální ošetrovatelský model představuje jakýsi rámec, který ukazuje, čeho si všímat, co pozorovat, jak se dívat na svět, o čem přemýšlet a tím pomáhá sestrám zkvalitnit jejich práci. Avšak k samotnému pochopení a následnému uplatnění konceptuálních ošetrovatelských modelů širokou ošetrovatelskou veřejností, zejména pak na úrovni ošetrovatelské praxe, je potřeba vrátit se zpět v čase a hledat odpovědi na otázky týkající se vývoje samotných ošetrovatelských modelů v době svého vzniku.

Konceptuální modely jsou kombinací pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa a dávají jasný směr praxi, vzdělávání i výzkumu. Jedná se o abstraktní náčrt vztahů mezi jednotlivými pojmy a s odlišným pohledem na jednotlivé koncepty ošetrovatelského metaparadigmatu. Každý model se soustřeďuje na ty oblasti, které autor považuje za důležité. Poskytují sestrám systematickou strukturu a zdůvodnění činností, ukazují směr hledání a řešení praktických problémů, poskytují všeobecná kritéria pro uvědomění si, že problém byl vyřešen. V neposlední řadě modely ulehčují komunikaci mezi sestrami. Největšího rozvoje dosáhly modely v 60. letech 20. století, na základě výzkumných prací sester, které byly dále rozpracovávány, vyhodnoceny a použity v praxi.

Předkládaná bakalářská práce má teoretický charakter se snahou poukázat na počátek a následný vývoj konceptuálních modelů. Je potřeba upozornit, že ošetrovatelské modely se vyvíjely zároveň s teoriemi a také jsou s nimi mnohdy často zaměňovány. Nicméně konstatování, zda se jedná o model či teorii je na každém autorovi a jeho úhlu pohledu na ošetrovatelství. Bakalářskou práci na téma „Vývoj konceptuálních ošetrovatelských modelů“ jsem si vybrala, jelikož mi toto téma přijde mimořádně zajímavé a hlavní motivací bylo rozšíření znalostí ohledně historie tohoto tématu.

Cíl

Cílem této bakalářské práce je analyzovat vývoj konceptuálních modelů od samého počátku až po současnost. V této souvislosti byla položena otázka: Jak v průběhu času docházelo ke konstituci pojetí ošetrovatelských modelů?

Metodika

Předkládaná práce má teoretický charakter a je koncipována jako analytická studie s vypracováním interpretativního textu. Pro analýzu textu a následnou interpretaci byla využita metoda textové hermeneutiky. Za účelem získání zdrojů byla provedena bibliografická rešerše prostřednictvím katalogů knihoven, databází a volného internetu. Rešerše byla provedena v období prosinec 2017 – leden 2018. Získané dokumenty byly nejprve shromážděny, poté analyzovány a následně interpretovány.

1 Exkurz do historie ošetřovatelství

Znalost a pochopení historie je důležitým faktorem pro pochopení a rozvoj moderního ošetřovatelství, konceptuální modely nevyjímaje. Vývoj ošetřovatelství se lišil v jednotlivých zemích. Záleželo na specifických náboženských, kulturních, sociálních, ekonomických a politických faktorech, kdy nezastupitelnou roli sehrály války, vědecké objevy a významné osobnosti.

V nejstarších dobách byla péče o člověka instinktivní. Všechny přírodní jevy (blesk, oheň, smrt, vznik choroby) přisuzovali lidé nadpřirozeným silám, které se snažili zahánět nejrůznějšími amulety, rituály, zaříkáváním. Hlavním úkolem bylo vyhnat zlého ducha z těla nemocného. V těchto dobách se začalo uplatňovat léčitelství, kdy používali nejvíce rostlinné přípravky, například byliny, kořínky, krev, vnitřnosti nebo tuk. V pozdějších dobách pak léčitelství přešlo do chrámů, kam docházeli nemocní a kněží se za ně modlili. V domácnostech byla laická péče poskytována rodinnými příslušníky, a to na základě tradic, které si rodinní příslušníci předávali z generace na generaci (Porter, 2013). Velký vliv na rozvoj ošetřovatelství měl i vývoj medicíny, přesněji starořecká medicína. Mezi nejvýznamnější představitele patří Aclépios, považovaný za boha řeckého lékařství. Od něj pochází znak medicíny, hůl omotaná hadem. Za nejslavnějšího lékaře je považován Hippokratés, nazýván otcem medicíny. Vycházel z klinického pozorování pacientů a kladl důraz na individuální přístup. Byl prvním lékařem, jenž zavrhoval nadpřirozené síly, které byly považovány za vznik choroby (Porter, 2013).

Laická péče, nazývána také jako sebeb péče, je neprofesionální péče, kterou si nemocný poskytoval sám nebo mu byla poskytována jeho nejbližším okolím, například rodinou, léčiteli, porodní bábou. Tato linie patří k nejdelším a trvala až do příchodu křesťanství (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Charitativní péče se vyvinula z křesťanství s cílem pečovat o specifickou skupinu lidí (chudí, mentálně postižení) a byla poskytována církevními řády a opatrování se provádělo v charitativních domech, klášterech, špitálech nebo u nemocného doma. Ošetřování bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku (Kutnohorská, 2010).

Charitativní ošetřovatelství a zakládání ošetřovatelských řádů bylo typickým pro středověk. Léčba nemocných byla svěřena do rukou Božích. Vznikaly mužské i ženské kláštery, kde byly nemocným uspokojovány jejich základní potřeby. Rozdíl

byl v jednotlivých církvích, kdy katolická církev poskytovala péči hlavně ve špitálech a kláštorech, kdežto církev protestanská se zaměřila na péči v rodině a komunitě pomocí diakonek. Přestože křesťanská církev měla velký vliv na rozvoj ošetrovatelské péče, tak byla proti všem zájmům o zkoumání pochodů v lidském těle a hledání příčin nemocí (Pospíšilová, Tóthová, 2014). S charitativní péčí je možno se setkat i v dnešní době.

Počátky profesionálního ošetrovatelství lze sledovat od poloviny 19. století. Rozvoj zásadně ovlivnily válečné konflikty. Profesionální ošetrovatelství je blízce spjaté s rozvojem medicíny a se zakládáním prvních ošetrovatelských škol (Kutnohorská, 2010). Války měly snad největší vliv na rozvoj medicíny i ošetrovatelství. Velké množství raněných, infekce a špatné hygienické podmínky a neznalost ošetrovatelského personálu si vyžádalo spoustu životů, čímž vznikla potřeba tuto skutečnost změnit. V dobách starého Říma se o nemocné starali převážně otroci v dobře organizovaných lazaretech. Křížácké výpravy mezi Evropany a muslimy vedly k vytvoření dobře organizovaných vojenských ošetrovatelských řádů. Tyto vojenské ošetrovatelské řády daly základ některým ošetrovatelským tradicím, například přísná morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetrovacích jednotek (Plevová, 2011). Nejvýraznějším zlomem bylo období Krymské války (1853 – 1856). S touto dobou je spojeno několik nejvýznamnějších osobností, zasluhující se o rozvoj profesionálního ošetrovatelství, Florence Nightingalová, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Henry Dunant (Kelarová, 2015). Henry Dunant, švýcarský kupec, se v době bitvy u Solferina v roce 1859 snažil pomoci trpícím raněným. Díky této zkušenosti později založil mezinárodní humanitární organizaci, a to Mezinárodní červený kříž (r. 1864) v Ženevě. Dodnes se tato organizace podílí na pomoci obětem válek či katastrof (Kutnohorská, 2010). Nikolaj Ivanovič Pirogov, byl významným ruským chirurgem a pedagogem. V roce 1854 odjel s třiceti dobrovolnicemi do Sevastopolu, kde probíhala Krymská válka a společně pečovali o raněné v lazaretech a na bojištích. Kladl důraz na dodržování hygienických zásad, zavedl i stejnokroj pro ošetrovatelky, čímž dal základ dnešním sesterským uniformám. Zavedl použití sádrového obvazu, šetrnější amputaci nohy a zasloužil se tak o vznik ženského ošetrovatelství (Kelarová, 2015). Za zakladatelku moderního ošetrovatelství považujeme Florence Nightingalovou. Byla ošetrovatelka z bohaté anglické rodiny, a i přes nepodporu rodiny k této profesi, se jí věnovala celý život. Nejdříve docházela k nemocným domů a po získání zkušeností se rozhodla odcestovat spolu se skupinou ošetrovatelek do Krymské války.

Dbala na pravidla, hygiena, čistá voda, čistý vzduch, kanalizace, osvětlení, strava a pravidelné kontroly nemocných, což přispělo k významnému poklesu úmrtnosti vojáků. Po návratu z války založila ošetrovatelskou školu v Londýně a díky tomu se pak zakládaly školy po celé Evropě. Své poznatky k péči o nemocné publikovala v několika knihách, mezi ty nejvýznamnější patří *Zápisky o ošetrovatelství* (Kutnohorská, 2010).

2 Počátek konstituce konceptuálních modelů

Toto období lze charakterizovat jako počátek profesionálního ošetrovatelství. Na profesionalizaci ošetrovatelství se podílely tři významné osobnosti, jež motivovali hlavně zranění vojáci na bojištích. K rozvoji konceptuálních modelů implicitně přispěla F. Nightingalová. Vzhledem k její významnosti pro toto téma se v následující kapitole budeme věnovat právě jí.

2.1 Doba Florence Nightingalové

Máme-li sledovat vývoj ošetrovatelských modelů, pak je potřeba začít v době, kdy bylo ošetrovatelství pojímáno jako profese. Historie profesionálního ošetrovatelství začíná s dobou F. Nightingalové (Hawkins, 1987). Dle A. M. Tomey (2006) to byla právě ona, kdo představil sestry jako skupinu vzdělaných žen v době, kdy ženy nebyly ani vzdělané ani nepracovaly ve veřejných službách. V návaznosti na léta služby v organizování a ošetrování raněných ve Scutari během krymské války, její vize a zřízení ošetrovatelské školy v nemocnici Svatého Thomase v Londýně znamenala zrození moderního ošetrovatelství. Její průkopnické činnosti v ošetrovatelské praxi a její následné spisy o ošetrovatelství sloužily jako návod (vodítko) pro zřízení ošetrovatelských škol ve Spojených státech amerických na začátku 20. století. Z pohledu F. Nightingalové je zřejmé, že položila základ ošetrovatelské profesi, ale také nadčasově i počátek teoretického modelu v praxi. Ve své publikaci *Notes of Nursing (Poznámky o ošetrovatelství)* adresovala hlavní pojmy: osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelství. Také odlišila ošetrovatelství od medicíny a popsala vztah mezi nimi (Hawkins, 1987). Připomeňme, že ošetrovatelská péče byla v této době poskytována skrze charitativní péči nebo v tehdejších nemocničních zařízeních. Charitativní péče byla poskytována v kláštorech a církevních špitálech. V nemocniční péči byla práce sestry zaměřena hlavně na asistenci lékaři. S vývojem medicíny však vznikala i větší potřeba odborného asistenta lékaři, který zvládne plnit

jeho ordinace, asistovat a dohlížet na pacienta i v jeho nepřítomnosti. Právě tato potřeba odborného pracovníka přiměla lékaře k tomu, aby proškolovali ošetřovatele (Kutnohorská, 2010).

Ale vraťme se k F. Nightingalové, která se narodila 12. 5. 1820 ve Florencii. Její rodina byla velice vzdělaná, a tak měla F. Nightingalová dobré základy, které jí pomohly v rozhodování se, názorech a postojích. V sedmnácti letech se rozhodla jít cestou ošetřovatelství a pomáhat lidem (Farkašová, 2010). Dobře vzdělaná a se silnou vůlí šla vytrvale za svým přesvědčením a posláním. Sledovala knihy a zprávy o nemocnicích, veřejném zdravotnictví a hygienických zařízeních. Od mládí byla velmi systematická, vedla si poznámky o organizaci práce, o hygieně, upořádání nemocnic i práci lékařů (Kutnohorská, 2010).

V roce 1851 začala studovat ošetřovatelství. Během tří měsíců měla zakončený kurz, který definitivně rozhodl o její profesní volbě. Tento kurz byl pod vedením pastora Flidnera, v Kaiserworthu v Německu. Ještě před absolvováním kurzu pobývala v nemocnici sv. Vincenta v Paříži, kde se naučila vyhlášeným technikám ošetřování ran (Kutnohorská, 2010). Tato příprava, zároveň s jejími vědomostmi získanými od rodičů, jí velice pomohly v rozvoji jejího povolání, v ošetřovatelské péči, vzdělávání a správě nemocnic. Po skončení praxe v Paříži se vrátila do Londýna, kde se stala vedoucí Ústavu pro ošetřování nemocných dam a provedla mnohé změny, prospěšné jak pro nemocné ženy, ale i ve prospěch ošetřujícího personálu. Stala se odbornicí pro nemocnice a veřejné zdravotnictví (Farkašová, 2010).

Nutno však upozornit, že v době F. Nightingalové práce sester nebyla považována za nijak důležitou. O nemocné se většinou starali příbuzní a lékaři k nim docházeli. S rozvojem medicíny lékaři začali pozorovat, že by ke své práci potřebovali dalšího pracovníka, a tak se postupně začala vyvíjet role sestry. Z textů F. Nightingalové je zřejmé, že se postupně začala konstituovat profese budoucího nelékařského profesionála – sestry.

Na přelomu 18. a 19. století bylo hlavním problémem v poskytované oblasti zdravotní péče poskytování hygienické péče. F. Nightingalová získávala poznatky a zkušenosti během svých cest po Evropě. Udržovala kontakty s nemocnicemi v Anglii, Francii a Německu. Tyto poznatky pak využila při práci v Ústavu pro ošetřování nemocných dam, kde například poprvé použila signalizační zařízení, nechala rozvést teplou vodu na každé patro a oddělení tohoto ústavu. Z jejích počínů je zřejmé, že velkou výzvou pro ni byla krymská válka. Po jejím vypuknutí chtěla naplnit své

poslání, a proto nabídla vládě, že povede sestry ve vojenské nemocnici. Spolu s 38 sestrami odešla do Scutari, kde pravděpodobně vyšla ze svých poznatků a navrhovala tak mnohé změny týkající se hlavně hygienických opatření, pravidelné stravy, prádelny a ošetrovatelské péče. Bojovala za práva nemocných, pro rekonvalescenty zřídila odpočinkovou místnost a čítárnu. Vedla si záznamy o počtu ošetřovaných vojáků i o úmrtích. Ošetřovatelky zprovoznily pod jejím vedením kuchyň, a vojáci tak měli co jíst, dále vybudovaly toalety, prádelnu. Překvapivě se ukázalo, že se zasloužila o pokles úmrtnosti ze 42 % na 2,2 % (Pavlíková, 2008). V souvislosti s účastí sester v krymské válce je potřeba připomenout, že se sestrám – ošetřovatelkám po příchodu do Scutari nedostávalo ocenění a díky od lékařů, kteří zde pracovali, ale velmi chladného a odmítavého chování. Během prvního týdne však nastaly změny, díky kterým se vojákům začal zlepšovat jejich zdravotní stav, a začalo tak docházet k postupnému uznání práce ošetřovatelek.

Nutno připomenout, že během svého života se F. Nightingalová věnovala sociálním a zdravotním otázkám, reformě hygieny v armádě, fungování vojenských nemocnic a zdravotní péči o chudé v Anglii.

Po skončení války se zasloužila o založení školy ošetřovatelek při nemocnici sv. Tomáše v Londýně (Farkašová, 2006) a vydala svoji první publikaci *Poznámky o ošetrovatelství* (*Notes of Nursing, 1860*), kterou napsala na základě svých znalostí a zkušeností. Tato kniha byla určena nejen pro sestry, ale všem, kteří pečují o nemocné. V knize popsala čtyři základní elementy zdravého prostředí: čistý vzduch, kanalizaci, čistou vodu, čistotu prostředí, světlo a snažila se prosadit své představy o vzdělávání sester. Zaměřila se také na výstavbu nemocnic a hygienické podmínky. Skrze tuto publikaci, která sloužila jako rámec pro nové projekty nemocnic, mohly být prováděny změny, díky kterým se snížila mortalita pacientů (Plevová, 2011). Další z jejích publikací byly například: *Zápisky o armádě a nemocnicích* (1858), *Zápisky o šestinedělí v nemocnici* (1871), *Poznámky o vlivech na zdraví, efektivita, nemocniční péče v britské armádě* (1858), *Poznámky o stavu hygieny v indické armádě* (1871), *Život a smrt v Indii* (1874). Pravděpodobně díky počínům F. Nightingalové a publikaci *Poznámky o ošetrovatelství* (*Notes of Nursing*) docházelo k postupné profesionalizaci ošetrovatelství a postupné konstituci ošetrovatelského modelu. Za další počín F. Nightingalové lze považovat založení fondu, v roce 1860, do kterého přispívali jak bývalí pacienti, tak i vojáci. Část těchto peněz použila na založení ošetrovatelské školy při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Nezaložila sice první

ošetřovatelskou školu na světě, ale její pojetí bylo diametrálně odlišné od tehdejších škol. Byla to první necírkevní ošetřovatelská škola, kde se například teoretická výuka střídala s praktickou, studentky během praktické výuky nosily uniformy, navržené právě F. Nightingalovou. Byla také první, kdo rozdělil pokoje pacientů – muže, ženy a děti. Také se snažila oddělit duševně zdravé od psychicky nemocných (Pavlíková, 2008). V nemocnicích zavedla evidování chorob a operací, což bylo velice důležité pro zlepšování veřejného zdraví (Plevová, 2011). Díky založení této školy lze usuzovat, že tím byly podpořeny první vzdělávací programy pro ošetřovatelky, které se projevily později.

I přesto, že je F. Nightingalová považována za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství a současně za první teoretičku ošetřovatelství, v její době nebyly teorie a modely ošetřovatelství ještě koncipovány. Patricia Winstead-Fry (1993) v recenzi z roku 1992 k pamětnímu vydání *Poznámek o ošetřovatelství* F. Nightingalové uvádí: "Vzhledem k tomu, že teorie je vzájemný vztah pojmů, které tvoří systém výroků, které mohou být otestovány a používány pro předpovídání praxe, Nightingalová nebyla teoretikem. Žádný z jejích hlavních životopisců ji neprezentoval jako teoretičku. Byla vynikajícím politikem a reformátorem zdravotní péče" (Parker, 2010). Z díla F. Nightingalové lze sledovat postupnou konstituci ošetřovatelského modelu, i když v té době nebyl tento pojem explicitně využíván.

Nahlédneme-li na díla a počiny F. Nightingalové, zjistíme, že nikdy neusilovala o vytvoření teorie či modelu. Snažila se především řešit problém – co je a co není ošetřovatelství. V pojetí F. Nightingalové není ošetřovatelství vymezováno ani formulováno lékařským rozhodnutím. Podařilo se jí oddělit ošetřovatelské znalosti od lékařských a vymezila sestru jako odborníka ne zcela závislého na lékaři. Její vize v povolání sestry byly samostatnost, vzdělanost a tvořivost (Jarošová, 2006). Dle Pavlíkové (2008) se však teoretici ošetřovatelství shodují, že se zasloužila o vytvoření prvního modelu ošetřovatelství založeného na vztahu jedinec – prostředí. F. Nightingalová si dobře uvědomovala rozdíl mezi medicínou a ošetřovatelstvím a usilovala o to, aby se ošetřovatelství stalo samostatnou vědní disciplínou, i přesto, že se výchova a práce sester dlouho podřizovala potřebám nemocnice a lékařů. F. Nightingalové se tak podařilo vytvořit z ošetřovatelství důstojné zaměstnání pro ženy středních vrstev. Nutno upozornit, že popularizovala myšlenku systematického vzdělávání sester, zavedla funkci hlavní sestry, jako hlavy ošetřovatelského personálu (Jarošová, 2006).

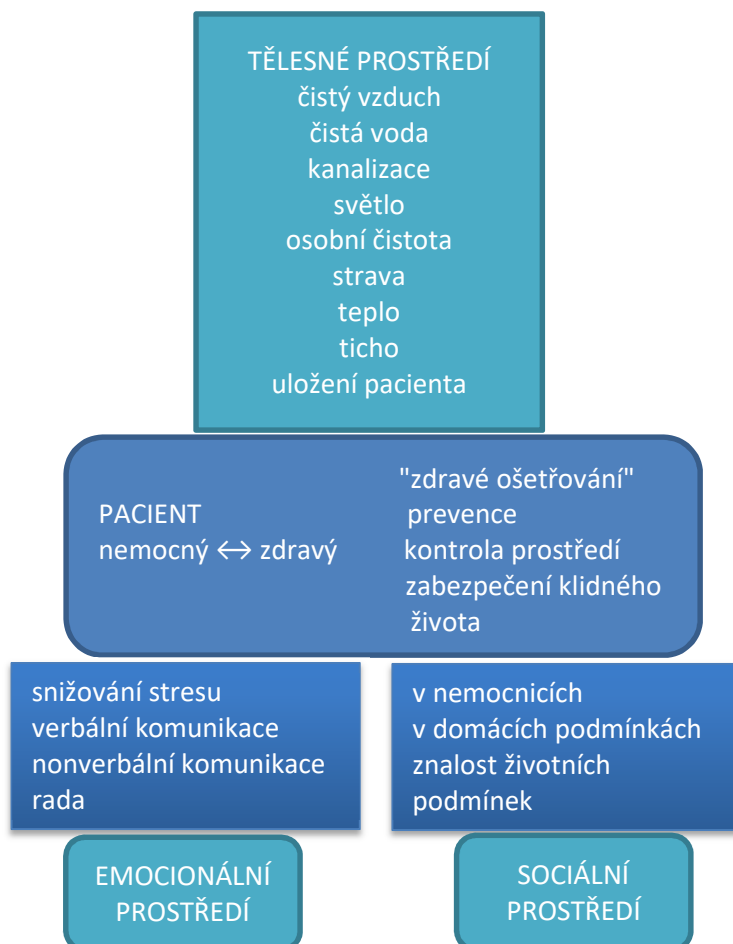
Z jejího díla je dále zřejmé, že se v péči o nemocné zaměřila na prostředí, kdy popsala způsob větrání, zajištění tepla, světla, čistoty a odstranění hluku. Prostoru chápala ze všech aspektů – tělesného, sociálního i emočního. Zaměřovala se na zdravé prostředí v nemocnicích, domácí prostředí pacienta a životní podmínky chudých. Podle F. Nightingalové je zdravé prostředí nevyhnutelnou podmínkou účinné léčby. Dbala na to, aby sestry udržovaly čerstvý vzduch větráním, aby se pacientům dostávalo přímého světla zvenku, za důležité považovala i čistotu jak pacientů, tak i sester (Farkašová, 2005). Pojetí zdravého prostředí podle F. Nightingalové je dýchání, teplo, hluk, zápach a světlo. Primární je dýchání především čerstvého vzduchu, sekundární je sluneční světlo. Teplo, hluk a zápach jsou oblasti pro zajištění pozitivního okolí (Jarošová, 2006). Za zmínku stojí, že do ošetřovatelství přispěla také doplněním tzv. managementových maličkostí, které mají pacienta chránit před tělesným a duševním poškozením (Farkašová, 2005). Výsledkem jejího pojetí ošetřovatelské péče je aktivní asistující pacient. Pokud ale není schopen své potřeby plnit, musí pomoci ošetřovatelská péče. V oblasti sociálního prostředí se zaměřila na životní podmínky nemocného, ať už byl doma nebo v nemocnici, zaměřila se na vztahy s rodinou, komunitu, předcházení nemocem a také na komunikaci s pacientem. Ve složce emočního prostředí se zaměřila na citové prožívání vlivů prostředí, aktivity stimulující psychiku a komunikaci.

Od roku 1857 se stala invalidní, o čtyřicet let později už byla úplně upoutána na lůžko. V roce 1907 ji král Edward VII. předal vyznamenání za zásluhy. Díky Florence došlo k velkému rozvoji ošetřovatelství, jako vědy, včetně publikací a výzkumu. Cílem ošetřovatelství podle ní bylo přispívat ke schopnosti člověka dosáhnout zdraví přímo či nepřímo tím, že sestra upravuje jeho prostředí. Zasloužila se i o to, že z ošetřovatelství udělala důstojné civilní povolání pro ženy středních vrstev (Plevová, 2011). Z jejích počinů lze vysledovat postupný vývoj ošetřovatelských teorií a modelů. Zemřela v roce 1910 ve věku devadesáti let.

Pokud tedy shrneme pojetí ošetřovatelství F. Nightingalové (obr. 1), lze hovořit o humanistickém modelu, jehož základní pojmy jsou osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelství. Ošetřovatelské principy Florence jsou platné dodnes. I když žijeme ve společnosti na vyšší ekonomické a sociální úrovni, prostředí je problémovou součástí zdraví i dnes. Sestra tak musí působit nejen v ošetřovatelské oblasti, ale je třeba, aby se angažovala i na sociálně-politickém poli a při zajišťování zdravého prostředí.

Florence se zasloužila i o rozvoj ošetrovatelského výzkumu, kdy byla první sestrou, která shromažďovala údaje, analyzovala je a vytvářela grafy (Pavlíková, 2008).

Obr. 1 - Grafické znázornění pojetí ošetrovatelského modelu F. Nightingale



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3 20. století

Počátek 20. století v Evropě byl významně poznamenán především 1. světovou válkou a později hospodářskou krizí, která byla jednou z hlavních příčin 2. světové války a následně nástupem fašismu.

Období od konce 19. století až do konce 2. světové války, lze popsat jako prudký rozvoj zakládání nových nemocnic. Zakládaly se v souvislosti s počtem zraněných a nemocných během války a také díky rozvoji medicíny a ošetrovatelství, ke kterému také docházelo během těchto nepokojů. Lékaři i sestry se setkávali s různými úrazy,

nemocemi a mohli tak přicházet na nové poznatky týkající se léčby a ošetřování. Současně s nemocnicemi se zakládaly i ošetrovatelské školy, které vznikaly při nemocnicích a byly na nich hmotně závislé. Závislost byla i z druhé strany, kdy nemocnice potřebovaly pomocné ruce absolventek těchto škol (Farkašová, 2005).

Na našem území byla jediná ošetrovatelská škola, která byla založena v roce 1874, a to v Praze. Do roku 1914 se na péči o nemocné podílely i ženy bez odborné kvalifikace. Důvodem byl nízký počet vyškolených ošetrovatelek. Počátkem 20. století se o založení ošetrovatelských škol zasloužily mimo nemocnice a různé spolky i vládní úřady. V roce 1914 byl vydán nařízením ministerstva vnitra nový Zákon o ošetřování nemocných z povolání provozovaném. Na to byla v roce 1916 otevřena druhá ošetrovatelská škola na našem území, a to při Všeobecné nemocnici v Praze. O rok později, tedy v roce 1917, byla otevřena další ošetrovatelská škola v Chomutově. Řídily ji Milosrdné sestry a vyučovacím jazykem byl německý jazyk. Dále pak docházelo k zakládání škol i v jiných městech, například v Opavě, Bratislavě, Košicích. Na školách se vyučovalo dle dané osnovy, která postupem času byla podrobnější a rozšířena o několik dalších vyučovaných předmětů. Během druhé světové války však byla většina škol zavřených. Po druhé světové válce se školy opět otvíraly a v roce 1947 už jich na našem území bylo čtyřicet (Zelinka, 2014).

Ale vraťme se k první ošetrovatelské škole, jejíž absolventky založily v roce 1921 Spolek Absolventek ošetrovatelské školy. V roce 1928 byl spolek přejmenován na Spolek diplomovaných sester. V té době se začaly budovat ubytovny pro sestry, byly upraveny pracovní podmínky, pracovní doba i dovolená. Díky spolku se sestry mohly účastnit přednášek, různých kurzů a v neposlední řadě se spolek podílel i na zakládání nových škol. Spolek spolupracoval i se zahraničními sesterskými organizacemi. V roce 1933 byl Spolek přijat do Mezinárodní rady sester (*International Council of Nurses*) a o čtyři roky později už vydával svůj vlastní časopis *Diplomovaná sestra*. Díky spolku se relativně rychle zlepšovala úroveň ošetrovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester (Jarošová, 2000). Cílem spolku bylo hájit zájmy sester a usilovat o jejich odborný růst prostřednictvím přednášek a kurzů (Kutnohorská, 2010). Mějme na paměti, že v 18. století mělo evropské ošetrovatelství náskok před americkým, kdežto o několik desítek let později se toto tvrzení úplně obrátilo a ve Spojených státech amerických probíhalo ošetrovatelské vzdělání na vysokoškolské úrovni. K tomu se v Evropě, konkrétně v Československu dostalo až v roce 1960.

V době rozvoje ošetrovatelského vzdělávání v naší zemi, bylo ve Spojených státech amerických zahajováno vzdělávání na vysokých školách. Po založení bakalářského programu na Minnesotské univerzitě v roce 1909 zaznamenalo ošetrovatelské vzdělávání filosofický posun směrem k více teoreticky a akademicky orientovaným programům. Po druhé světové válce se počet univerzitních škol ve Spojených státech amerických dramaticky zvýšil. Do roku 1951 bylo zapsáno 9184 žen do 195 ošetrovatelských škol s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, které vedly k získání titulu bakaláře. V tomto období můžeme vypožorovat, jak už postupně docházelo k postupné konstituci konceptuálního modelu (Kutnohorská, 2010).

Nutno upozornit, že po éře F. Nightingalové nastala úplná pauza v rozvoji teorie ošetrovatelství, toto období trvalo až do druhé světové války. Řada ošetrovatelských učebnic se začala objevovat na konci 19. století, ale jejich obsah byl omezen na postupy pro ošetrovatelskou péči a vyvinuly se v texty založené na lékařském modelu. Avšak pozdní 19. a 20. století nebylo zcela ochuzeno o teoretiky ošetrovatelství, kteří se podíleli na vývoji ošetrovatelských modelů. S otevíráním univerzitních ošetrovatelských škol souvisí i rozmach publikační činnosti sester, které budou popsány dále v textu.

Zlomem ve vývoji ošetrovatelství byl pro Spojené státy americké krach na Newyorské burze, v r. 1929, čímž nastala velká hospodářská krize, která se odrazila i na ošetrovatelské praxi i teorii. Po roce 1929 si lidé nemohli už platit soukromé sestry a o svá místa se začaly bát i sestry v nemocnicích. Díky válce a této krizi docházelo k malému vývoji ošetrovatelství a medicíny. Lékařské pokroky byly zaměřeny na epidemiologii, očkování, využití penicilinu a sulfonamidů pro kontrolu infekcí. Část tohoto rozvoje byla však významná i pro sestry, kdy byly propracovávány vzdělávací standardy a podporovány ošetrovatelské organizace, díky kterým mohlo být ošetrovatelství realizováno jako profese (Judd, Sitzman, Davis, 2010).

3.1 První polovina 20. století

Představení modelu ošetrovatelství lze shledat v díle Clary Weeks-Shawové, autorky prvního ošetrovatelského textu, *Kniha o ošetrovatelství (Textbook of Nursing)*, vydaného v roce 1888 (Thibodeau, 1983). Jediné texty, napsané před vydáním *Knihy o ošetrovatelství*, týkající se této profese byly dva manuály, vytvořené školami ošetrovatelství a spoluautory zde byli lékaři a sestry, avšak byly navrženy pro

již vyškoleného odborníka, nikoli pro laika. Konceptualizace C. Weeks-Shawové je podobná té od F. Nightingalové. Podobnost lze shledat ve vztahu sestra – pacient, funkcí ošetrovatelství udržujících pacienta v příznivém stavu. Oproti F. Nightingalové, C. Weeks-Shawová definovala zdraví jako perfektní cirkulaci čisté krve ve zdravém organismu a chorobu jako jakýkoli odklon od tohoto stavu (Hawkins, 1987).

Další teoretičkou byla Isabel Hampton Robbová, jejíž dílo *Ošetrovatelství: Jeho zásady a praxe* (*Nursing: Its Principles and Practice*, 1983), bylo použito jako učební materiál pro budoucí sestry. Ve své publikaci zdůraznila prostředí, kde je nejdůležitější čerstvý vzduch, teplota a stav prádla. Upozornila na skutečnost, že pozornost, kterou sestry věnují pacientovi, záleží na samotném stavu pacienta (Hawkins, 1987). Ve své další knize *Vzdělávací standardy pro zdravotní sestry* (*Educational Standards for Nurses*, 1907) uvádí, že je třeba mít na paměti, že povinnosti zdravotní sestry v žádném případě nezaniknou, když krize choroby pomine (Thibodeau, 1983). Tím chtěla pravděpodobně upozornit, že nedílnou součástí péče o nemocné je následná péče a edukační činnost sestry.

K ošetrovatelskému vzdělávání přispěla i Bertha Harmerová, jež je autorkou knihy *Kniha zásad a praxe ošetrovatelství* (*Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 1922). V této knize pojala ošetrovatelství jako umění, jako základ vědy a principů s možností vytvořit tak i vztah ošetrovatelské teorie s praxí a odlišit zásady a techniky ošetrovatelství a poukázat na jejich vzájemný, avšak odlišný vztah. V roce 1926 napsala první studijní materiál pro sestry, *Metody a zásady učení zásad ošetrovatelské praxe* (*Methods and Principles of Teaching the Principles and Practice of Nursing*), v němž popsala trojúhelník, kdy jeden úhel bylo ošetrovatelství, další medicína a věda. V této knize B. Harmerová popisuje ošetrovatelskou péči jako soucitnou, inteligentní a kvalifikovanou (Hawkins, 1987). B. Harmerová zde jako první popsala využití systematické metody v ošetrovatelství, předchůdce tzv. metody ošetrovatelského procesu. I přesto, že se jednalo o učebnice pro sestry, lze počiny výše uvedených teoretiček sledovat jako postupný rozvoj modelu pro ošetrovatelskou praxi.

V roce 1920 bylo vydáno dílo Lavinie Dockové a Isabely Stewartové, ve kterém představily svůj model ošetrovatelství. Model zachytily ve dvourozměrném obrázku, který zahrnoval tři prvky ošetrovatelství: vědu, ducha a umění. Také popsaly čtyři role pro ošetrovatelství: preventivní, vzdělávací, hojivou a zmírňující a v neposlední řadě

definovaly příjemce ošetrovatelské péče jako jedince, rodinu a komunitu (Hawkins, 1987).

Rámec F. Nightingalové, který je považován za předchůdce ošetrovatelského modelu, rozšířily Hester Fredericková a Ethel Northamová v roce 1938, kdy v knize *Knih ošetrovatelské praxe (Book of Nursing Practice)* do rámce F. Nightingalové zahrnuly i rodiny pacientů a příjemce ošetrovatelské péče popsaly jako agenty péče, kterému je propagována ošetrovatelská aktivita. „Ošetrovatelství je umění a má svůj základ v duchu služby. Vyžaduje vysoké ideály, liberální vzdělání a kulturní zázemí, aby mohlo reagovat na měnící se situace“. V popisu ošetrovatelství pak pokračovaly jako o provádění odborné zdravotní péče nemocným, pomoc pacientům přizpůsobit se situacím, vyučování pacientů a dalších, kteří se o sebe mají starat, pomoc vyhnout se nemoci a pomoc pacientům využívat dostupné zdroje (Hawkins, 1987).

Rychlý vývoj techniky a pokrok v medicíně, ovlivňující ošetrovatelskou praxi v poválečném období, vedly často k potlačení základní funkce oboru, a to péče o potřeby druhých. Ošetrovatelství stále více reagovalo na potřeby lékařů a sestry přebíraly úkony, jež dříve nebyly v jejich kompetenci. Rozvoj byl tedy hlavně instrumentálním směrem. Ošetrovatelství se tak začalo více orientovat na jednotlivé výkony, než na člověka. Rozvoj po teoretické stránce byl pomalý a nové poznatky nebyly do praxe převáděny a nevyužívaly se. To vedlo v mnoha zemích k naléhavé potřebě přeměnit stávající zdravotnické systémy, které byly zaměřeny především na léčbu onemocnění než na podporu a udržení zdraví. Tento systém se měl přeměnit v humánní systém, v jehož střetu zájmů bude stát člověk se svými potřebami a od toho se pak bude odvíjet veškerá zdravotní péče. Takovou změnu bylo ale třeba důkladně naplánovat a uspořádat (Tóthová, 2009).

Na počátku 50. let Brown (in Riehl, 1974) uvedl, že cílem ošetrovatelství je "udržet pacienty v pohodě a šťastné" a Price ukázal, že cílem ošetrovatelství je pomoci pacientovi "znovu získat nebo udržet normální stav těla a mysli". V roce 1971 Smith, Germain a Gips uvedli, že ošetrovatelská péče zahrnuje: 1. prevenci, změnu, snížení nebo odstranění stresorů; 2. podporu adaptivních procesů, které pacient používá při pokusu o vytvoření nového stavu rovnováhy; 3. uznání, že věnování se stresorům je nezbytnou součástí procesu léčby a že v mírném množství je stres nezbytný pro život. Kromě zájmu o proces a cíle ošetrovatelství zaměřili autoři svou pozornost na pacienta, příjemce ošetrovatelské péče. V předchozích textech byl pacient obecně považován za nemocného, někoho s nemocí. V 50. a 60. letech však došlo ke změně

struktury obsahu učebnice, která z pouhého výčtu jednotlivých onemocnění přešla na diskusi o patologii celého tělesného systému.

Obrovský rozvoj zaznamenalo ošetrovatelství v 60. letech 20. století, kdy se několik teoretických ošetrovatelství, hlavně ze Spojených států amerických, snažily rozpracovat své názory na ošetrovatelství (Stasková, 2015).

Na základě právě se dějících událostí – sociálních, technologických i kulturních, popsaných v předešlé kapitole, byly v roce 1960 poprvé popsány a definovány ošetrovatelské modely. Rok 1960 byl obdobím ohromného technologického rozvoje, přičemž za ten největší je považován vesmírný program Apollo. Některé z těchto objevů se přelila i do zdravotnictví, a docházelo tak i v tomto oboru k obrovskému rozvoji. Vedle těchto technologických pokroků nastalo hnutí za občanská práva ve Spojených státech amerických, jehož součástí bylo hlavně hnutí za ženská práva. Důsledkem tohoto hnutí bylo, umožnit ženám – tedy i sestrám, vysokoškolské vzdělávání. V podvědomí vysokoškolsky vzdělaných sester byl i plán a touha k vytvoření ošetrovatelství jako samostatného povolání a jeho oddělení od medicíny (Murphy, 2010).

V letech následujících po válce se způsob ošetrovatelského vzdělávání změnil. Tento trend začal směřovat k tomu, aby se sestry vzdělávaly spíše na vysoké škole nebo na univerzitě, než v nemocnici. Tato změna nakonec určila, kdo bude vyučovat, obsah kurzu a použitou metodiku. Pedagogové ošetrovatelství převzali postoje, které předtím drželi lékaři; větší pozornost byla věnována překrývajícím se myšlenkám koncepce ošetrovatelství, cílům ošetrovatelství a příjemcům ošetrovatelské péče. Prvními známkami této skutečnosti bylo to, že ošetrovatelské zákroky byly považovány za mezilidský proces. To je doloženo skutečností, že sestry byly vždy povzbuzovány k tomu, aby byly laskavé a uklidňující při plnění potřeb svých pacientů. Nicméně, tyto ošetrovatelské postoje byly teoreticky analyzovány až později (Riehl, 1974).

V té době byl touto myšlenkou ovlivněn Freidson (1988), který věřil, že jedním z charakteristických znaků pro toto povolání je držení jednoznačné faktografie. Sestry teoreticky brzy poznaly, že tato faktografie je třeba proto, aby bylo možné prokázat dostatečné množství specifických znalostí pro ošetrovatelství, a tak se modely staly jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout (Murphy, 2010).

Z historického hlediska, jak teorie, tak i praxe ošetrovatelství byly silně ovlivněny medicínou. Lze usuzovat, že se pracovalo dle tzv. lékařského modelu. Ten

byl zaměřen na diagnostiku, léčbu a vyléčení nemoci. Mezi sestrami vyvolával tento model jisté obavy, a došlo tak k impulzu pro vytvoření ošetrovatelského modelu. Předpokládalo se, že by ošetrovatelské modely mohly zachytit a formulovat konkrétní obavy a účel ošetrovatelství, čímž by došlo k rozvoji všech důležitých znalostí, charakteristických pro tento obor. Nicméně zde bylo několik nedostatků, v neposlední řadě chyběly definice k oboru ošetrovatelství jako takovému. To přimělo V. Hendersonovou k vytvoření definice ošetrovatelství, která se stala základní pro tento obor v té době. Z její definice je zjevný návrat k F. Nightingalové. Ve snaze identifikovat a vytvořit znalosti jedinečné pro ošetrovatelství byly s teoretickými výrazně ovlivněny vědou obecně. Používaly vědecké techniky a společně sdílely cíle, kterými se snažily o rozvoj teoretické základny ošetrovatelství a zároveň využívaly technik pro výzkum. Zde lze vyzkoušet zájem o systematický popis a analýzu klíčových pojmů, které jsou v ošetrovatelské praxi považovány za důležité a tyto klíčové pojmy můžeme sledovat v dílech u M. Leiningerové a M. J. Watsonové (Murphy, 2010).

3.2 Příspěvky některých teoretiček pro vývoj ošetrovatelských modelů v 60. letech 20. století

Jednotlivé teoretičky ošetrovatelství jsou řazeny chronologicky v čase tak, jak přispěly k vývoji ošetrovatelských modelů a teorií.

3.2.1 Hildegard Elizabeth Peplau

Mezi rané představitele ošetrovatelské teorie vstupující do popředí z období po druhé světové válce, v roce 1952, patří H. E. Peplau. Ve svém díle *Mezilidské vztahy v ošetrovatelství (Interpersonal Relations in Nursing)* se pokusila definovat ošetrovatelství pomocí teorií mezilidských vztahů. Popisovala fáze vztahů mezi sestrami a pacienty a různé role, které sestra mohla předpokládat ve vztahu k pacientům. Využila vývojovou teorii k posuzování interakčních procesů z pohledu vývojových úkolů (Thibodeau, 1983). Role sestry, které H. E. Peplau definovala, se liší v různých fázích. Při prvním setkání s pacientem, kdy dochází k úvodní etapě terapeutického vztahu, je role neznámé osoby. Pokud sestra klade pacientovi konkrétní otázky a nabízí mu pomoc při řešení problému, vysvětluje mu a pomáhá pochopit příčiny jeho stavu a podstaty léčby, je sestra v roli pomocnice. K roli vůdce se sestra dopracuje tehdy, kdy v celém procesu vede sestra nemocného ke splnění

všech povinností s jeho aktivní účastí. Role zástupce je závislá na míře závislosti nemocného. Nejvýznamnější rolí, zejména v psychiatrickém ošetrovatelství je role poradce, kdy sestra reaguje na potřebu podpory pacienta. Kombinace všech rolí je role učitelky, kdy sestra vychází z toho, co pacient ví a učí ho to, co neví a o co má zájem (Pavlíková, 2008). V roce 1952 provedla první pokus o analýzu ošetrovatelské činnosti s využitím mezilidského teoretického rámce ve své knize *Mezilidské vztahy v ošetrovatelství* (*Interpersonal Relations in Nursing*). H. E. Peplau definovala ošetrovatelství jako významný terapeutický interpersonální proces, který spolupracuje s jinými lidskými procesy, což umožňuje zdraví jednotlivce v komunitách. Identifikovala čtyři fáze vztahů mezi sestrami a pacienty. Také poukázala na tyto role sestry: zdrojová osoba, poradkyně, náhradní matka a otec, sourozenec, cizinec, učitel a vůdce. H. E. Peplau ukázala, jak stres a frustrace způsobují napětí, které vyústí v jednání čelící problému pomocí normálních obranných dynamismů k jeho vyřešení, nebo vede k akci, která se vyhne problému, což vede k použití patologických obranných dynamismů a nemoci. Navíc H. E. Peplau analyzovala interakce mezi sestrami a pacienty z hlediska psychologických úkolů. Podle ní se jednalo o to, poznat svojí vlastní identitu, dále jak vycházet s ostatními, přičemž přístup byl vývojový (Riehl, 1974). H. E. Peplau také tvrdila, že lidské chování je kromě návyků a zkušeností také motivováno dvěma základními hnacími silami: snahou uspokojit potřeby a snahou pro bezpečí. Pokud není jedna z nich, či dokonce obě uspokojené, dochází tak ke vzniku stavu tzv. tenze. V interpersonálním vztahu sestra – pacient, popsala čtyři podstatné fáze role sestry. Orientace, ke které dochází při prvním setkání a sestra si tak vytvoří určitý terapeutický vztah. Identifikace je vzájemné ujasnění očekávání a představ, identifikace problémů a rozhodování o jejich řešení. Využití – pacient využívá těch služeb, které mu umožňují jeho potřeby a možnosti, kdy při těchto službách ho sestra podporuje s cílem maximálního zapojení nemocného do péče. Poslední fází dle H. E. Peplau je fáze ukončení, kdy dojde k odstranění vzniklé tenze a zaměření se na nové cíle. Pokud k odstranění tenze nedojde, péče pokračuje (Pavlíková, 2008). Zatímco H. E. Peplau definovala ošetrovatelství jako interpersonální proces, sestry ve Spojených státech amerických se začaly zabývat výzkumnou činností, kterou můžeme vysledovat vydáním prvního čísla časopisu *Nursing Research* v roce 1952 (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3.2.2 Virginie Hendersonová

Koncepce ošetrovatelství V. Hendersonové, z roku 1955 je také založena na teoriích mezilidských vztahů. Jejím hlavním příspěvkem pro ošetrovatelství je stručná definice ošetrovatelství a zavedení pojmů *základní ošetrovatelská péče* a *nezávislá ošetrovatelská praxe*. Konceptualizuje pacienta jako prostředníka zdravotní péče a ošetrovatelství jako doplnění pacienta tím, že dodá to, co potřebuje. Jedinou funkcí sestry je pomáhat jedinci, nemocnému nebo zdravému, při výkonu těchto činností, které přispívají ke zdraví nebo k jeho znovuzískání (nebo k pokojné smrti), které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti - a vykonávat to takovým způsobem, který by mu pomohl získat co nejrychleji nezávislost. Popisuje sestru jako právně nezávislého lékaře. Zdraví je definováno jako úplnost - celistvost mysli a těla. Práce V. Hendersonové poskytuje základ pro pozdější vývoj koncepce péče o sebe D. E. Oremové (Thibodeau, 1983). Model V. Hendersonové je založen na aktivitách sestry, které pomáhají jedinci při uspokojování jeho čtrnácti základních potřeb (těchto 14 potřeb bude uvedeno v grafickém znázornění, obr. 2). Sestra je podle ní asistent, který může za pacienta jednat a rozhodovat pouze v případě jeho úplné závislosti. V. Hendersonová definovala tři fáze poskytování základní ošetrovatelské péče. V první fázi sestra zjistí oblast potřeb pacienta, plánuje zásahy a realizuje. Ve druhé fázi po poskytnutí pomoci, která se projevuje zlepšením stavu i soběstačnosti, promítá tyto změny do plánu péče a ve třetí fázi, tedy poslední, sestra edukuje pacienta i jeho rodinu (Pavlíková, 2008).

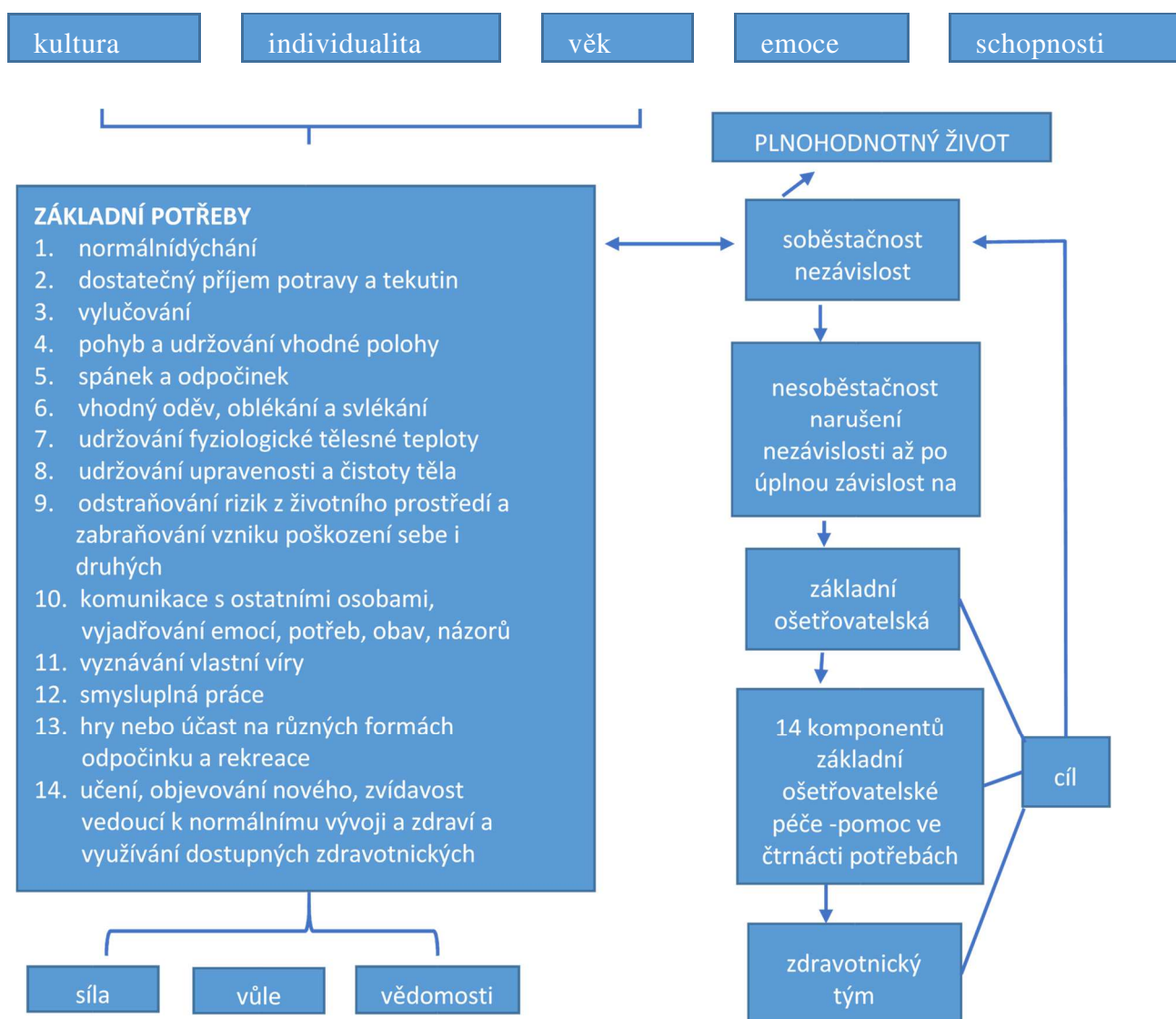
V V. Hendersonové (1955) přepracovaném vydání B. Harmerové *Kniha zásad a praxe ošetrovatelství (Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 1939)* bylo ošetrovatelství definováno jako primární pomoc jednotlivci (nemocnému nebo zdravému) při výkonu takových činností, které přispívají ke zdraví nebo k jeho znovunabytí (případně k pokojné smrti), které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Je to také jedinečný příspěvek ošetrovatelství k tomu, aby byl člověk co možná nejrychleji nezávislý na takové pomoci. Tento koncept byl dále rozpracován V. Hendersonovou v její knize *Povaha ošetrovatelství (The Nature of Nursing, 1964)* (Riehl, 1974).

Model V. Hendersonové základní ošetrovatelské péče patří mezi humanistické modely. Každý jedinec má 14 základních potřeb, které je nutno uspokojit. Pokud jedinec přestává být schopen soběstačný v uspokojování potřeb, je na sestře, aby tyto neuspokojené potřeby identifikovala a následně plánovala základní ošetrovatelskou

péči. Při tomto poskytování vznikají vztahy (sestra-nemocný; sestra-lékař; sestra-zdr. tým). Cílem ošetřovatelství je co nejdříve obnovit pacientovu soběstačnost tak, aby byl nezávislý na svém okolí. Není-li to možné, doprovází ho sestra ke klidné smrti. Lze uvést, že model je v současné klinické praxi aktuální, jelikož i ošetřovatelství ve 21. století je založeno na vyhledávání neuspokojených potřeb nemocného a plánování základní ošetřovatelské péče je součástí ošetřovatelského procesu (Pavlíková, 2008).

Ve čtvrtém vydání Učebnice o principech a praxi ošetřovatelství (*Textbooks on the Principles and Practice of Nursing*) vydané B. Harmerovou a V. Hendersonovou, autorky popisují ošetřovatelství jako takovou službu pro jednotlivce, která mu pomáhá dosáhnout nebo udržovat zdravý stav mysli nebo těla tam, kde návrat ke zdraví není možný, úlevu od bolesti a nepohodlí. Dále uvádí, že základem zdravotního stavu je životní prostředí. Prostor pro ošetřovatelství zahrnuje nemocniční pokoj, nemocnici, kliniku, školy a domov. Zdraví je definováno jako absence choroby, hranice duševní a fyzické síly, která člověku umožňuje pracovat nejefektivněji a dosahovat nejvyšší úrovně spokojenosti, které je schopen (Thibodeau, 1983).

Obr. 2 - Grafické znázornění modelu V. Hendersonové



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.3 Faye Glenn Abdellahová

Práce F. G. Abdellahové v teorii ošetrovatelství pochází z roku 1960, kdy popsala ošetrovatelství a jeho součásti ve snaze podpořit komplexní ošetrovatelskou péči, která byla zaměřena na klienta. Existují rozdíly mezi tím, co F. G. Abdellahová řekla a udělala. Nicméně její příspěvek byl významný. Stevens (in Thibodeau, 1983) tvrdí, že F. G. Abdellahová měla pravděpodobně větší vliv na vývoj učebních osnov než kterýkoli jiný teoretik ošetrovatelství.

3.2.4 Ida Jean Orlandová

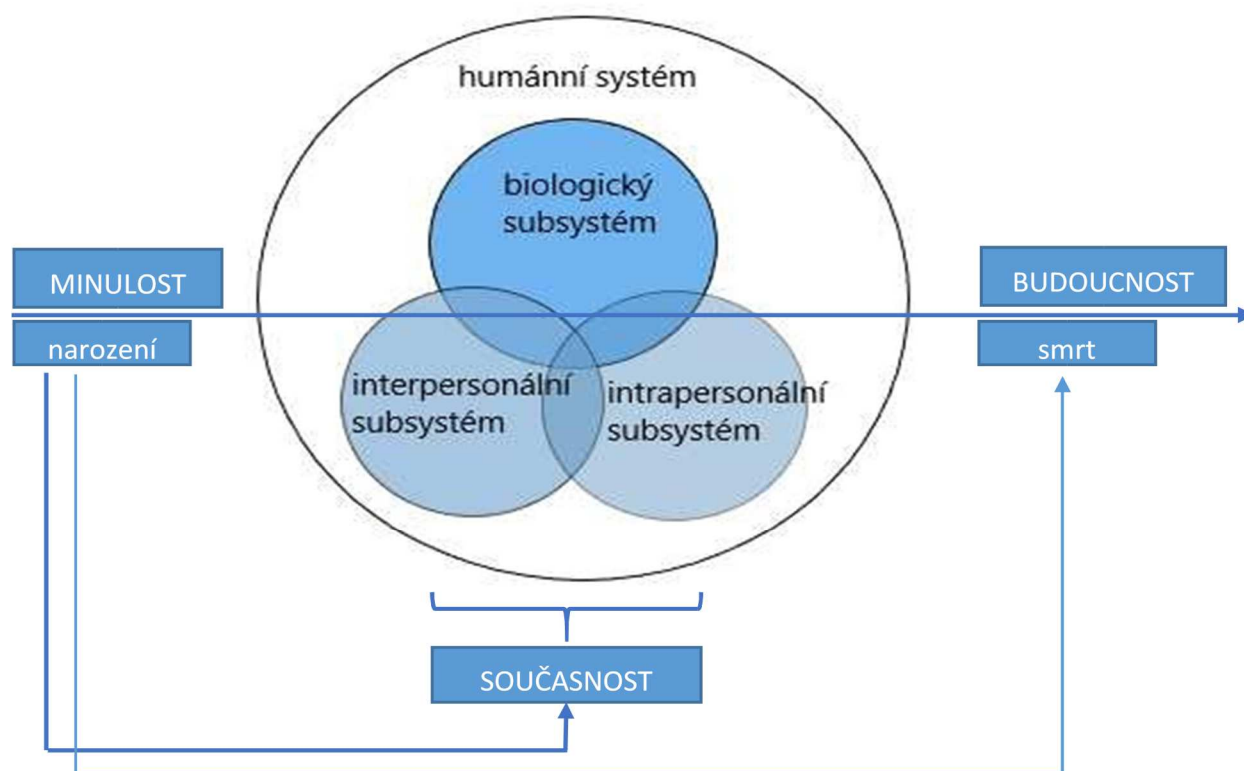
I. J. Orlandová přispěla do ošetrovatelství svojí knihou *Dynamický vztah sestra – pacient* (*The Dynamic Nurse – Patient Relationship, 1961*), ve které popisuje praktiky, které považuje za základní pro ošetrovatelství: pozorování, hlášení, záznam a akce prováděné s pacientem nebo pro pacienta. Popisuje vztah mezi sestrou a pacientem, účel ošetrovatelských aktivit, role, které pacienti předpokládají a zdravotní opatření. Rovněž identifikuje potřebu koncepčního rámce pro definici účelu a praxe profesionálního ošetrovatelství. Podle I. J. Orlandové je ošetrovatelský proces jedinečný, a to co sestra používá v ošetrovatelském procesu, jsou její smysly, vnímání pacientova chování, myšlenek, pocitů a jeho jednání (Orlando, 1974). Sestra vnímá, myslí si, cítí a jedná podle toho, jak zažívá svou vlastní účast v situaci sestra-pacient (Thibodeau, 1983).

I. J. Orlandová považuje sestru za osobu, která nabízí pomoc, kterou může pacient potřebovat pro splnění svých potřeb, tj. aby jeho fyzická a duševní pohoda byla zajištěna co nejvíce, zatímco prochází nějakou formou léčby nebo dohledu (Riehl, 1974). Nabízí se uvést, že mimo vytvoření modelu je i průkopnicí teorie ošetrovatelského procesu. Definovala jedince, který je otevřené prostředí a neustále podléhá vývoji a změnám, a to od narození až po stáří a smrt. Humánní systém jedince je tvořen třemi subsystémy: biologickým, interpersonálním a intrapersonálním. Vývoj jedince zahrnuje všechny subsystémy, které spolu navzájem souvisejí a společně ovlivňují zdraví. Informace uchované z minulosti se promítají do přítomnosti a ovlivňují jednání jedince v budoucnosti. I přesto, že L. E. Hallová definovala v roce 1955 termín „ošetrovatelský proces“, I. J. Orlandová ho nezávisle na Hallové používala též (Tóthová, 2009). Podle I. J. Orlandové sestra zhodnotí s pacientem všechny své informace, myšlenky a pocity, ubezpečí se, že jsou odrazem jeho nenaplněné pomoci, následně provede analýzu procesu stresu a stanoví

ošetřovatelskou diagnózu, následně stanoví cíle a společně pak zvolí ošetřovatelské intervence potřebné pro uspokojení těchto potřeb. Poté provede realizaci a hodnocení účinností stanovených ošetřovatelských intervencí (Pavlíková, 2008).

Model I. J. Orlandové (obr. 3), z roku 1961, je zařazen mezi modely interpersonálních vztahů, které člověka pojímají jako humánní systém, jenž je složen ze tří subsystémů (biologický, interpersonální a intrapersonální). Pokud tyto subsystémy nejsou v rovnováze, vyvolává to u člověka stres a úzkost. Člověk tak trpí, pokud si nedokáže uspokojit sám své potřeby a dostává se do stresu, kdy je nutná ošetřovatelská pomoc. Ošetřování může probíhat jako automatické ošetřovatelské činnosti, kdy lze hovořit o pasivní ošetřovatelské péči nebo probíhá jako vědomá ošetřovatelská činnost, kdy naopak lze hovořit o aktivní ošetřovatelské péči, což je označováno jako ošetřovatelský proces. Ošetřovatelský proces je i ve 21. století základní ošetřovatelskou metodou a normou danou Konceptí ošetřovatelství v ČR.

Obr. 3 - Grafické znázornění modelu I. J. Orlando



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.5 Lydia Eloise Hallová

L. E. Hallová realizovala své myšlenky o modelu ošetrovatelství v roce 1964 v Loebově středisku pro ošetrovatelství a rehabilitaci v nemocnici Monefiore a zdravotním centru v Bronxu. Představila tři aspekty osoby jako pacienta: osoba, tělo a nemoc. Konceptualizovala ošetrovatelství z pohledu tří aspektů: jádro (založené na společenských vědách, terapeutické užití sebe); péče (založená na přírodních a biologických vědách, intimní aspekty péče o tělo); a léčení (založené na patologických léčebných vědách, prohlížení pacienta a rodiny prostřednictvím lékařské péče). L. E. Hallová vyšla při tvorbě modelu z několika teoretiků včetně Harryho Stacka Sullivana, Johna Deweye, Hanse Selyee a Carla R. Rogerse. Rehabilitaci považovala za umožnění pacientovi, aby dosáhl a žil v maximálním potenciálu. Ošetrovatelství dle L. E. Hallové pomáhá pacientovi prozkoumat kdo je, kde je, kam chce jít a zda přijme nebo odmítne pomoc v tom, aby se tam dostal. Zároveň uznává pocity přinejmenším stejně důležité jako znalosti. Síla léčení spočívá v osobě, pomáhá využít této síly. Diagram jejího modelu jsou tři překrývající se kruhy (Thibodeau, 1983).

3.2.6 Ernestine Wiedenbachová

Další ranou teoretičkou ošetrovatelství byla E. Wiedenbachová (1964), jejíž práce definovala jak úlohy sestry, tak úlohy příjemců péče, kteří se podíleli na překonávání překážek a prožívali potřebu pomoci. E. Wiedenbachová spatřila jedince jako funkční bytosti s vlastní schopností vypořádání se. Ošetrovatelství definovala jako záměrné prolínání myšlenek, pocitů a zjevných činů, které má čtyři složky: filozofii, účel, praxi a umění. Čtyři prvky umění pomoci jsou: identifikace, péče, validace a koordinace. Její spisy obsahují diagramy jejího modelu a spíše implicitní než explicitní definice zdraví a nemoci. E. Wiedenbachová také popsala klinické učení a jeho model, který nazvala předpis (preskripce) (Thibodeau, 1983). Nabízí se uvést, že E. Wiedenbachová je teoretičkou a zakladatelkou modelu umění pomoci, upozornila, že ošetrovatelská praxe je zaměřena na zjišťování potřeb pomoci pacientovi, kdy sestra identifikuje potřebu pomoci, stanoví si cíl, zakládá plán ošetrovatelské péče a medicínské léčby, který harmonizuje s ústředním cílem a následně poskytuje potřebnou péči včetně pomoci a potvrdí její účinnost (Pavlíková, 2008).

3.2.7 Joyce E. Travelbeeová

V roce 1966 představila J. E. Travelbeeová (neworleanská psychiatrická sestra, vzdělavatelka, inovátorka a teoretička ošetrovatelství) svůj teoretický model ošetrovatelství. J. E. Travelbeeová využila některé myšlenky od H. E. Peplauové a V. Frankla ve vývoji jejího modelu (Thibodeau, 1983). V souvislosti se zkušenostmi v péči o duševně nemocné popisuje roli sestry, přesvědčení o zdraví, příjemce ošetření a ošetrovatelském prostředí. Ošetrovatelství definovala jako koncepci vztahu mezi dvěma lidmi, kterou představila ve své publikaci z roku 1966 *Mezilidské aspekty ošetrovatelství (Interpersonal Aspects of Nursing)*. Publikace měla sloužit sestřám s cílem poukázat na význam ošetrovatelství a mezilidské vztahy v ošetrovatelské praxi. Představila v ní jednak stěžejní koncepty pro ošetrovatelství včetně definice a pojetí ošetrovatelství, ale i vztah sestra – pacient, který později pojala jako vztah mezi lidmi, a to člověk – člověk (Stasková, 2015).

3.2.8 Myra Estrin Levineová

V roce 1965 představila M. E. Levineová na konferenci regionální Americké ošetrovatelské asociace příspěvek, ve kterém popsala svůj model ošetrovatelství. Při rozvíjení svého modelu využívala deduktivní přístup syntetizací teorií z věd a humanitních věd (Thibodeau, 1983). Podnětem pro práci na vývoji ošetrovatelského modelu byla pro autorku činnost v organizačních strukturách ošetrovatelství a vzdělávání. Sama získala magisterský titul v oboru ošetrovatelství a dále pokračovala v akademické kariéře. Působila i jako hostující profesorka na mnoha významných univerzitách a za svoji práci získala několik ocenění. Svůj model čtyř konzervačních principů, uveřejnila v knize *Čtyři konzervační principy v ošetrovatelství: princip zachování energie, princip zachování strukturální integrity, princip zachování osobní integrity a princip zachování sociální integrity*. Během své praxe na modelu pracovala a dále ji rozpracovávala a blíže specifikovala. Při práci na svém modelu vycházela hlavně z holistické teorie. K pochopení významu celistvosti ji dopomohly poznatky z biologie, fyziologie, fyziky, sociálních a duchovních věd, jež získala během svého studia (Machová, 2009). V jejím modelu, který představila v roce 1967, je pacient považován za nemocného. Popisuje význam individualizace pacienta a jeho péče. Ošetrovatelství musí být založeno na zásadách, nikoliv na pravidlech nebo postupech. Skrze ošetrovatelský proces lze hodnotit zákrok, který může být terapeutický nebo podpůrný (Thibodeau, 1983). V jejím modelu sestra identifikuje problémové oblasti,

následně plánuje a realizuje ošetrovateľské intervence, ktoré vycházejú práve z týchto štyr princípů (Pavlíková, 2008). Tento model není přesným návodem na poskytování ošetrovateľské péče, nabízí však specifický pohled na nemocného a řešení jeho problému. Dle autorky je ošetrovateľství hlavně lidská interakce a profesionální ošetrovateľskou péčí by měly poskytovat jen sestry profesionálky, protože ošetrovateľská praxe je založena práve na jedinečných znalostech. Povinností každé sestry je vnést základní část vědeckých principů, do přesných situací, na nichž se podílí sestra a pacient. Citlivé pozorování a výběr vhodných údajů tvoří základ pro její odhad ošetrovateľských požadavků pacienta. Sestra se aktivně účastní pacientových činností a většinou svých výkonů podporuje pacienta k přizpůsobení se v boji se svou nemocí (Machová, 2009).

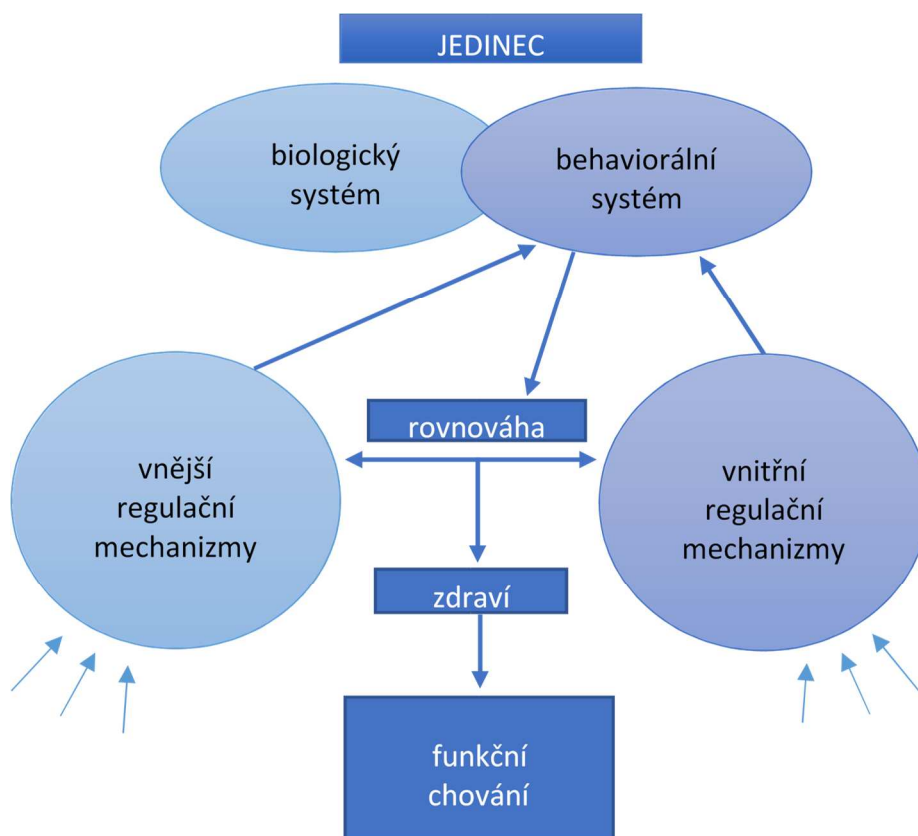
3.2.9 Dorothy Marie Johnsonová

Z historického hlediska byl rok 1968 mezníkem ve vývoji teorie ošetrovateľství a modelů ošetrovateľské praxe. V tomto roce představila D. M. Johnsonová na Univerzitě Vanderbilt svoji teorii o konceptuálním modelu pro praxi; a Dickoffova a Jamesova poziční práce o teorii ošetrovateľství byla publikována v *Nursing Research (Ošetrovateľský výzkum)*. Navíc počet studií o ošetrovateľském procesu a lidském chování vzrostl z 12 % z let 1952 až 1968 na 36 % od roku 1968 (Thibodeau, 1983).

V roce 1980 definovala D. M. Johnsonová ošetrovateľství jako „vnější sílu působící na zachování organizace a integrace pacientova chování na optimální úrovni pro péči o tělesné anebo duševní zdraví nebo v průběhu nemoci“ (Farkašová, 2009, s. 94). Botíková (2009) tvrdí, že D. M. Johnsonová vytvořila systémově – behaviorální model, ve kterém představila jedince jako medicínsko – behaviorální systém, s cílem podpořit u něho účelné chování, a to v době nemoci a prevence. Podle modelu D. M. Johnsonové, označeného též jako model behaviorálních systémů (obr. 4), se lidské bytosti skládají z několika podsystémů: úspěch, vztah, agresivita, ochrana, závislost, eliminace, přijímání (potravy), obnovení a pohlaví. Cíle jsou nastaveny v rámci každého subsystému a cílem ošetrovateľství je zasáhnout pomocí jednoho ze čtyř režimů, aby se snáze dosáhlo cílů prostřednictvím uspořádání chování pacienta. Tyto čtyři režimy jsou: omezování, obrana, potlačování nebo usnadňování chování. Ošetrovateľskou péčí zaměřila na potřeby jídla, tekutiny, odpočinku, cvičení, tepla, přístřeší, souhlasu, úcty, lásky a náklonnosti. Nabádá teoretičky ošetrovateľství

k práci na vývoji konceptuálních modelů pro praxi a důkladné vyhodnocení již navrhovaných modelů (Thibodeau, 1983).

Obr. 4 - Grafické znázornění modelu D. M. Johnson



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.10 Dorothea Elisabeth Oremová

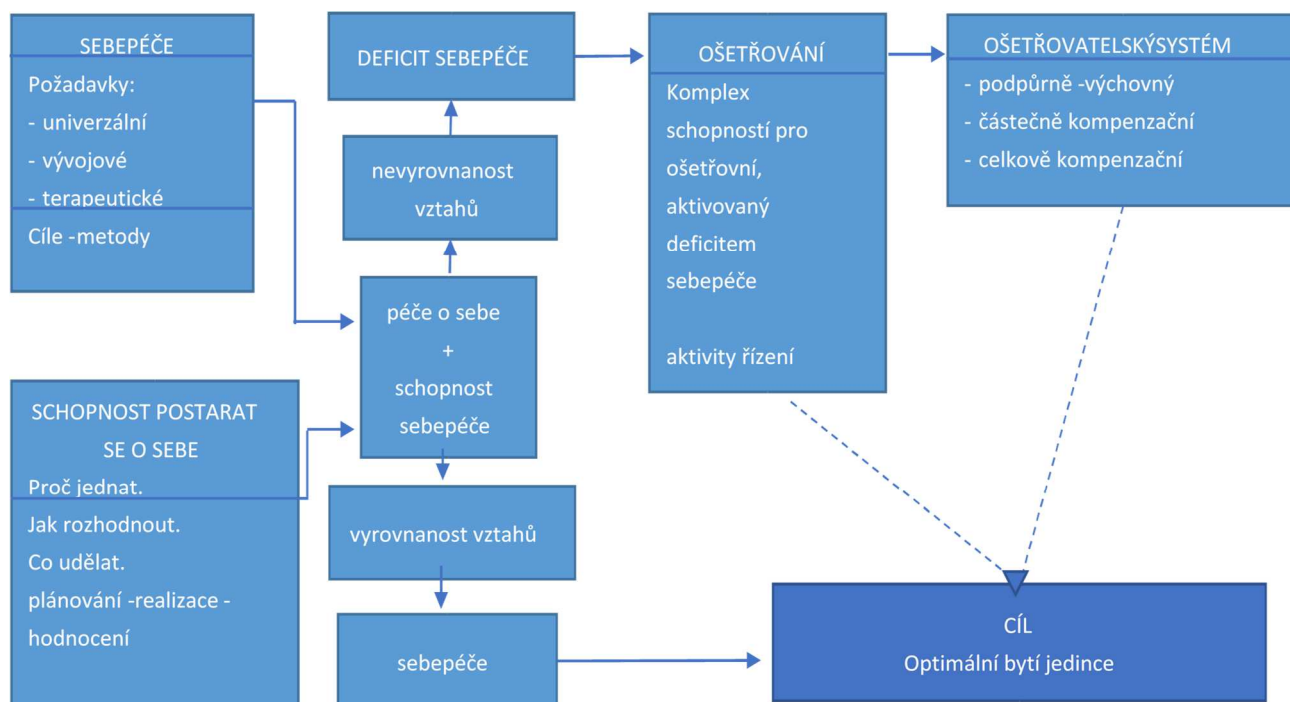
D. E. Oremová je další z teoretiček a autorka modelu deficitu sebedpěče. D. E. Oremová byla americká sestra, která v roce 1939 dosáhla bakalářského titulu. Během své kariéry pracovala jako sestra na oddělení, i jako lektorka a věnovala se i administrativní činnosti. V roce 1976 získala titul doktora věd a v roce 1980 jí byla udělena cena za ošetrovatelské teorie – Alumni Achievement Award for Nursing Theory na Catholic University v Americe. Její myšlenka na vytvoření ošetrovatelského modelu pochází z 50. let, kdy sestry začínaly zjišťovat specifickou podstatu mezi ošetřováním a vědomostmi k této činnosti. Model objasňuje péči o sebe

sama při naplňování lidských potřeb a zároveň poukazuje na to, že specifickým zájmem ošetrovatelství je zachování zdraví a života, ochrany před onemocněním a zraněním nebo zotavováním se z onemocnění nebo poranění (Farkašová, 2006). Model D. E. Oremové vznikl na základě poznatku, že lidé, kteří vyžadují péči lékařskou, nemusí současně vyžadovat i ošetrovatelskou péči. Tuto péči potřebují ti, kteří nejsou schopni se o sebe postarat v takové míře a kvalitě, jakou si žádá jejich aktuální stav. V této souvislosti D. E. Oremová koncipovala vlastní model (obr. 5), ve kterém se zaměřila na rozšíření koncepce ošetrovatelské péče se zaměřením na rozvoj aktivit sebepéče a v roce 1973 ji uvedla do praxe (Hrstková, 2010). Z jejího modelu vyplývá, že ošetrovatelská péče je aktivizována deficitem sebepéče, tu D. E. Oremová popsala jako lidskou, řízenou funkci, kterou sama osoba vědomě vykonává, aby zajistila a udržela stav materiálních věcí a podmínek, které vedou k zachování vlastního života (Hrstková, 2010). Při výběru vhodných činností, potřebných k eliminaci deficitu, jsou sestře nápomocná znalost tří ošetrovatelských systémů, a to: podpůrně výchovného, částečně kompenzačního a plně kompenzačního. D. E. Oremová stanovila pět způsobů pomoci pacientům (budou dále vysvětleny v textu), kteří trpí deficitem sebepéče (Pavlíková, 2008). Pět způsobů může sestra používat ať už jednotlivě, či je může různě kombinovat. Prvním způsobem je zastoupení nebo jednání klienta, druhý je usměrňování nemocného nebo jednání za něj, dalším je fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta. Čtvrtým způsobem je zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj schopností pacienta a posledním je edukace pacienta (Pavlíková, 2008). První vydání knihy D. E. Oremové, vydané v roce 1971, popisuje vývoj jejího modelu, který pochází z roku 1958. Model rozvíjí a rozšiřuje dřívější díla V. Hendersonové, A. Frederickové, Northamové a E. Wiedenbachové, které pohlížely na lidské bytosti jako na prostředníky zdravotní péče (Thibodeau, 1983). Předpokladem modelu je vrozená schopnost člověka se o sebe postarat a zůstat nezávislým. V životě člověka mohou nastat situace, kdy se nároky na péči zvyšují. Zájmem ošetrovatelství je uspokojit potřeby pacienta tím, že bude motivován a podporován v sebepéči. Ošetrovatelství pak poskytne profesionální péči jedincům, kteří nejsou schopni své potřeby uspokojit sami nebo v nich nejsou soběstační. Ošetrovatelská péče je tedy logická tehdy, pokud existuje nedostatek nebo vzniká – li stav, kdy jedinec není schopen se o sebe postarat (Hrstková, 2010).

Model D. E. Oremové je kategorizován jako humanistický model, je založen na vrozené schopnosti jedince se o sebe postarat. Pokud však nastane situace, kdy není

tohoto schopen, vzniká tak deficit sebepéče a pak je potřeba poskytnout ošetrovatelskou péči, jejímž cílem je obnovení a udržení maximální možné úrovně sebepéče a zdraví nemocného. Současné ošetrovatelství je rovněž založeno na principu, aby byl nemocný co nejdříve soběstačný, můžeme tedy říci, že cílem ošetrovatelství je podpora soběstačnosti nemocného (Pavlíková, 2008).

Obr. 5 - Grafické znázornění modelu D. E. Oremové



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

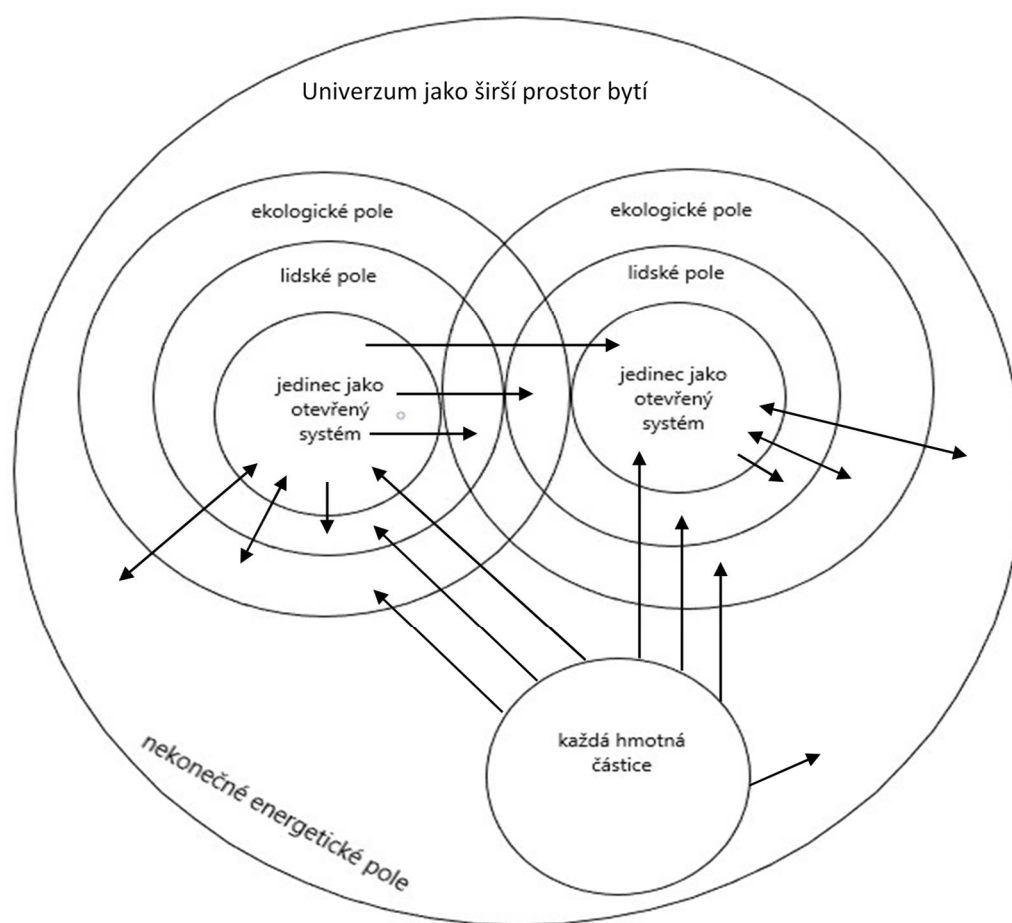
3.2.11 Martha Elizabeth Rogersová

V roce 1970 bylo publikováno pojednání M. E. Rogersové o teoretickém základu ošetrovatelství, kde pojala lidské bytosti jako sjednocené celky a otevřené systémy - myšlenkové bytosti se vzorem a organizací. Dle M. E. Rogersové je ošetrovatelství zaměřeno na udržování a podporu lidského zdraví. Ošetrovatelská péče spočívá v hodnocení, terapii a rehabilitaci (Thibodeau, 1983). Rogersové model (obr. 6) definuje jedince jako jednotný celek, otevřený systém s energetickým polem, který existuje v prostředí, které má též své energetické pole. Jedinec i prostředí jsou ve stálé interakci a vyměňují si hmotu, energii a informace. Dochází tak k neustálým změnám jednotlivých struktur. Jedinci mají schopnost vědomě se zúčastnit procesu změny.

Jedince je nutno vnímat jako celek, jehož vývoj je závislý na okolnostech a situacích formulujících jeho povahu a charakter a tím i jeho projevy vůči okolí. Výměnou energie a hmoty s prostředím dochází k ireverzibilním změnám. Vývoj jedince je možný jen směrem vpřed, ve spirále a je neoddělitelný od prostředí. V ošetrovatelství se prostředí a pole pacienta prolíná s prostředím a polem sestry během ošetrovatelského procesu. Aby sestra dokázala využít tento model, musí být v souladu s pacientem, respektovat vzájemné vztahy i prostředí v procesu ošetrování, ve kterém má být pacient jeho aktivní složkou (Pavlíková, 2008).

Je potřeba upozornit, že model M. E. Rogersové je velmi abstraktní, řazen do kategorie modelů energetických polí a patří k nejlépe propracovaným holistickým přístupům v ošetrovatelské praxi. M. E. Rogersová je díky tomuto modelu označována svými kolegy za neoriginálnějšího myslitele ošetrovatelství. V pojetí energetických polí má každý člověk svá dvě energetická pole (personální a ekologické) a prostředí, ve kterém existuje. Tyto tři subsystémy jsou v neustálé interakci a vyměňují si mezi sebou hmotu a energii. Při výměně energie dochází k ireverzibilním nevratným změnám, vývoj jedince je možný jen směrem vpřed a životní proces se vyvíjí od minulosti, přes současnost do budoucnosti.

Obr. 6 - Grafické znázornění modelu M. E. Rogersové



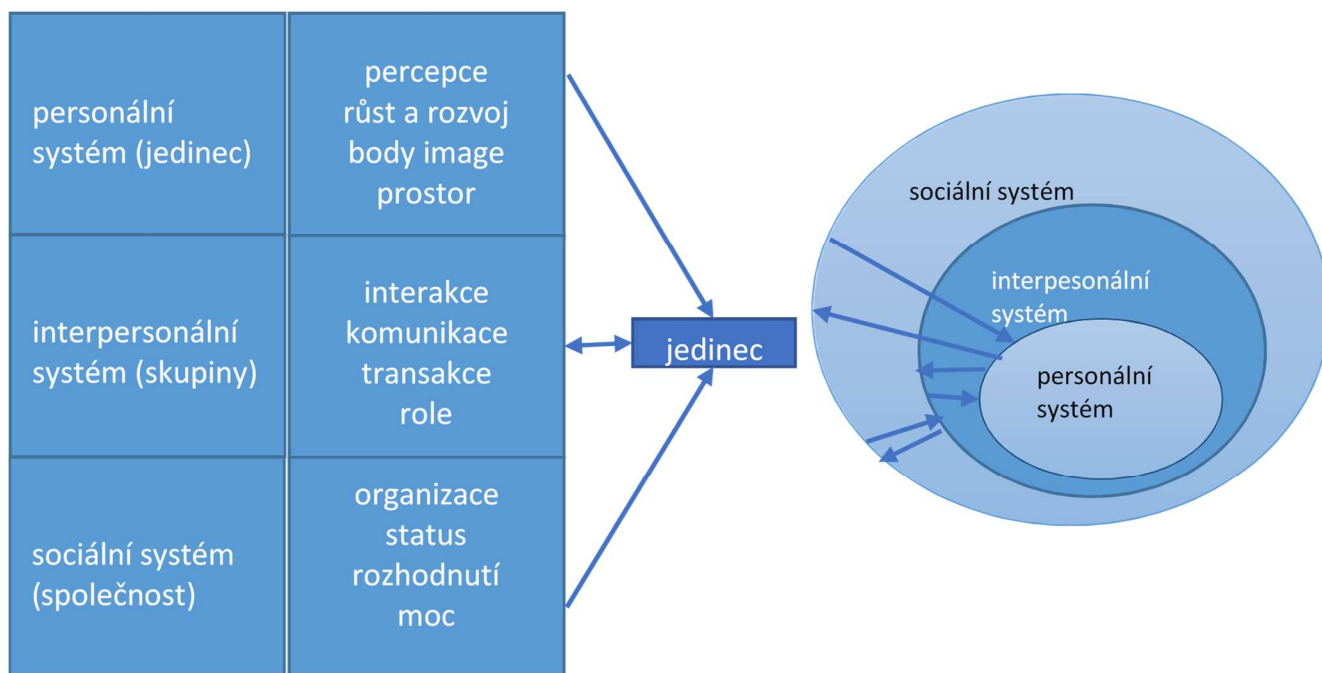
Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.12 Imogene Martina Kingová

V polovině 60. let minulého století docházelo mezi teoretičkami ošetrovatelství k výměně názorů mezi teorií a praxí, což bylo pravděpodobně důvodem, že I. M. Kingová koncipovala vlastní model. Dbala na interakci mezi sestrou a nemocným z pohledu dvou různých prostředí (domácí a institucionální), a to od přijetí do propuštění. Cílem jejího modelu je dosáhnout, obnovit, udržet či navrátit zdraví jedinci a naplnit jeho společenské role (Mášová, 2009). V roce 1971 publikovala I. M. Kingová knihu o ošetrovatelském modelu. Jedná se o systémový model, model otevřených systémů (obr. 7), ve kterém definovala lidi, životní prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Lidé jsou středem jejího rámce - fungují v sociálních systémech prostřednictvím mezilidských vztahů. Lidé reagují, orientují se v čase a jsou společenskými bytostmi. Zdraví dynamicky ovlivňuje životní cyklus člověka; je třeba

optimálně využít zdroje, aby se usnadnilo přizpůsobení vnitřním i vnějším stresovým faktorům tak, aby bylo dosaženo dobrého zdraví. Ošetřovatelství označila za akci, reakci, interakci a transakci, které jsou zaměřené na pomoc jednotlivcům při naplňování základních potřeb a na pomoc při řešení problémů spojených se zdravím a nemocemi (Thibodeau, 1983). To spočívá v interpersonálním systému, který vytváří sestra a pacient pomocí vzájemné interakce. Tento proces umožňuje dosažení cíle, tvoří základ ošetřovatelské péče i ošetřovatelského procesu. V průběhu procesu interakce dochází prostřednictvím komunikace k ovlivňování jedné osoby druhou. Komunikace umožňuje oběma stranám vyměňovat si informace, vytýčit si cíle a dohodnout postupy a prostředky k jejich dosažení (Pavlíková, 2008).

Obr. 7 - Grafické znázornění modelu I. M. Kingové



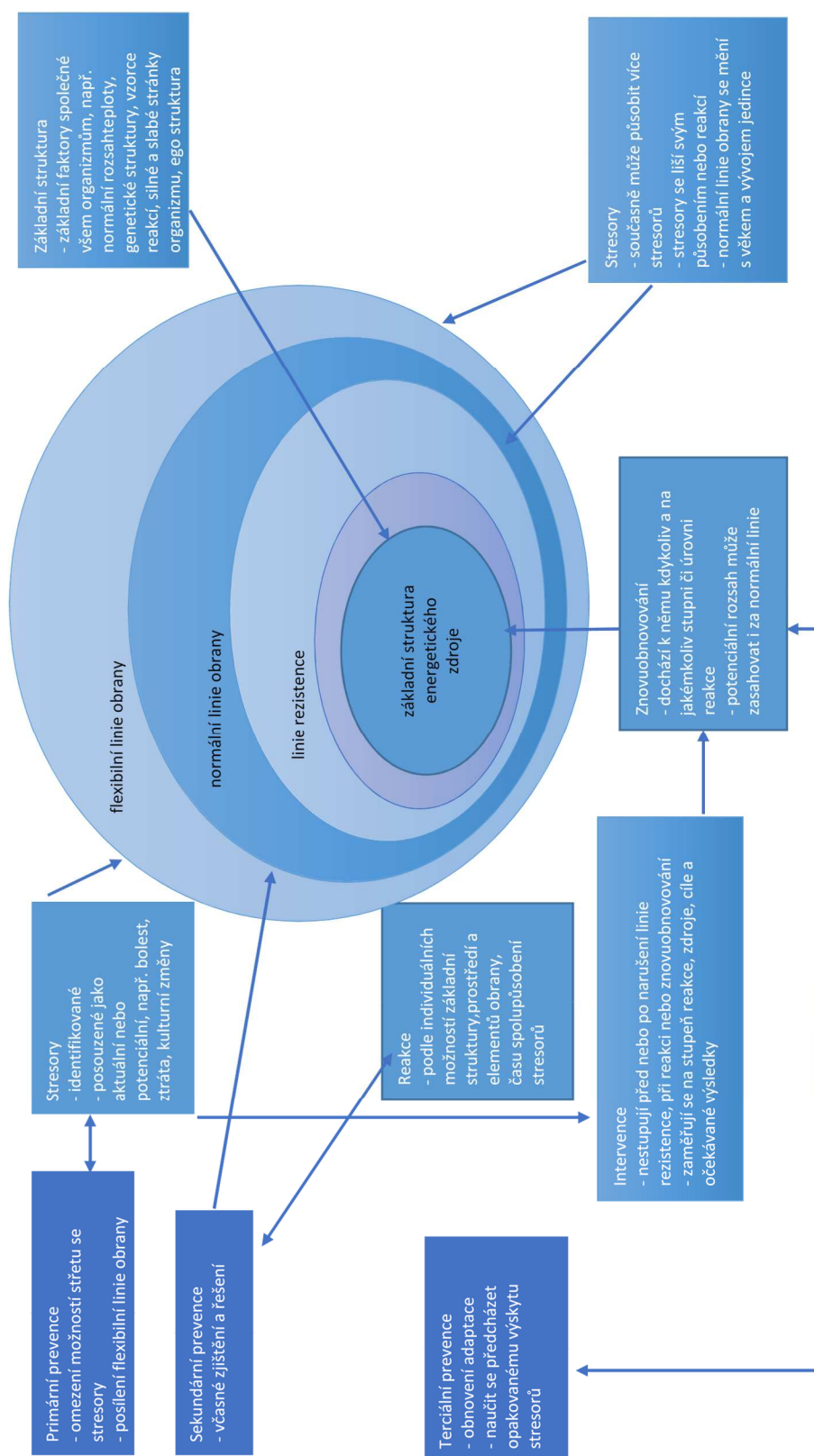
Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.13 Betty Neumannová

Teoretička B. Neumannová v roce 1974 představila model, který je ošetrovatelskou veřejností označován jako systémový model (obr. 8). Tento model se zaměřuje na celého člověka, který se skládá z tzv. pěti proměnných: fyziologické, psychické, sociokulturní, vývojové a spirituální. Cílem ošetrovatelství je pomoc jedincům dosáhnout a uchovat maximální úroveň zdraví pomocí účelných zákroků. Model je zaměřen na snížení stresových faktorů a nepříznivých podmínek, které ovlivní nebo by mohly ovlivnit optimální fungování klientova systému (Pavlíková, 2008).

B. Neumannová poprvé publikovala popis modelu v *Nursing Research* v roce 1972 spolu s komplexním schematickým znázorněním (Thibodeau, 1983). Vyšla z předpokladu, že každý jedinec individuálně vnímá a vyrovnává se se stresory. To jak se s nimi vyrovnává, záleží na základní struktuře a obranných mechanismech jedince. Pokud jedince neochrání před stresem jeho nárazníková funkce, tzv. flexibilní linie obrany, nastupuje ošetrovatelská péče. Pokud stresory porazí i tzv. normální linii obrany, projeví se to na jedinci jako nerovnováha či nestabilita jeho systému. Stresory způsobující nerovnováhu jsou individuální a závisí na pěti proměnných faktorech jedince (viz. výše). Sestra tak musí získávat informace o aktuálních a potencionálních stresorech a jejich působení, identifikuje zdroje stresorů a reakce jedince na ně. Ošetrovatelské intervence zahrnují aktivity v oblastech primární, sekundární a terciární prevence. Tento model lze využít v rámci primární prevence v oblasti veřejného zdravotnictví i v rámci komunity. Sekundární a terciární prevence je zaměřená na obnovu zdraví anebo stanovení nejvyšší hranice u chronicky nemocných nebo u pacientů v terminálním stadiu nemoci (Archalausová, 2003).

Obr. 8 - Grafické znázornění modelu B. Neumann

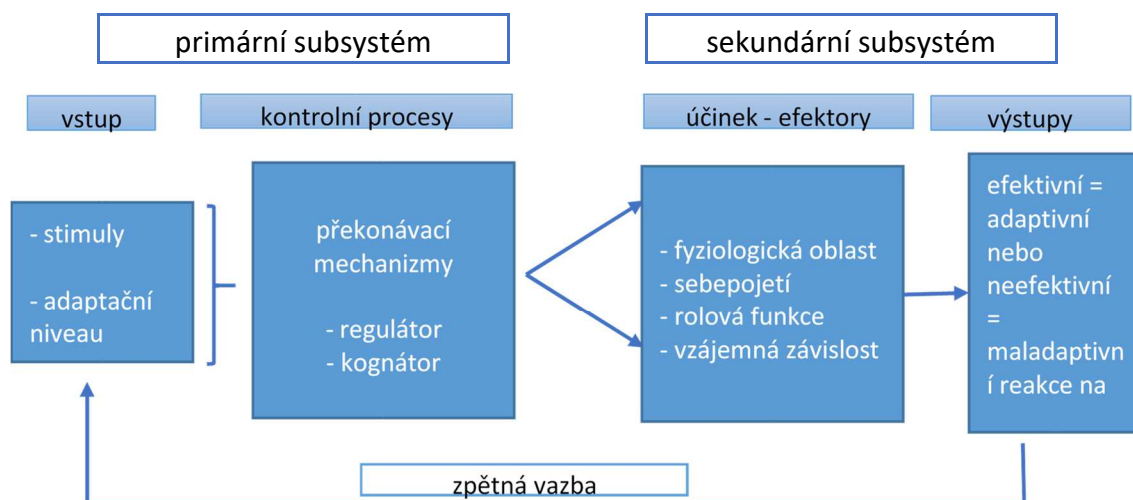


Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.14 Callista Royová

C. Royová představila adaptační model v roce 1964, který byl poprvé použit v učebních osnovách v roce 1968. Je založen na určitých předpokladech, že lidé jsou biopsychosociální bytosti v neustálé interakci s prostředím a používají vrozené a získané mechanismy pro vypořádání se s různými změnami. Lidé jsou přizpůsobiví a adaptace je uskutečňována skrze stimuly a schopností člověka přizpůsobit se. O tom, jak je člověk schopen se přizpůsobit, rozhoduje adaptační úroveň jedince. Existují čtyři módy přizpůsobení: fyziologický, sebepojetí, rolové funkce a vzájemné závislosti. Cílem ošetřovatelství je pomoci lidem přizpůsobit se pomocí čtyř uvedených adaptivních modů. Pokud se jedinec nedokáže efektivně adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje právě ve dříve zmiňovaných čtyřech modech. Úkolem sestry je identifikovat maladaptivní chování a stimuly, které k němu vedly a následně pomoci nemocnému k adaptaci. Prostředí nebo rámec, ve kterém dochází k ošetřování, je libovolné prostředí a libovolný čas. Zdraví a onemocnění existují na kontinuu od nejvyššího stupně zdraví až po smrt (Thibodeau, 1983). K dosažení tohoto cíle je třeba zjištění klientova chování, zjištění ovlivňujících faktorů, identifikace problémů, stanovení cíle, výběr intervenčních postupů a hodnocení. Adaptační model Callisty Royové (obr. 9) řadíme mezi systémové modely. V modelu se setkáme s pojmem adaptační niveau, to znamená efektivní, normální způsoby reakce na stimuly. Pokud stimul překročí hranici adaptační úrovně, dojde k neefektivní reakci, maladaptaci. Stimuly, které na jedince působí, dělíme na fokální (v danou chvíli jako nejsilnější, pocit chladu), kontextuální (současně s fokálními, vycházejí ze současnosti, z prostředí, nedostatečné oblečení) a reziduální (vycházejí z osobnostní oblasti, názorů, postojů, podceňování informací o počasí). V současnosti se nároky na přizpůsobení se prostředí stále zvyšují, a jelikož je člověk v neustálé interakci s prostředím, kde dochází k neustálým změnám, jsme nuceni se jim přizpůsobovat – adaptovat se na ně (Pavlíková, 2008).

Obr. 9 - Grafické znázornění modelu C. Royové



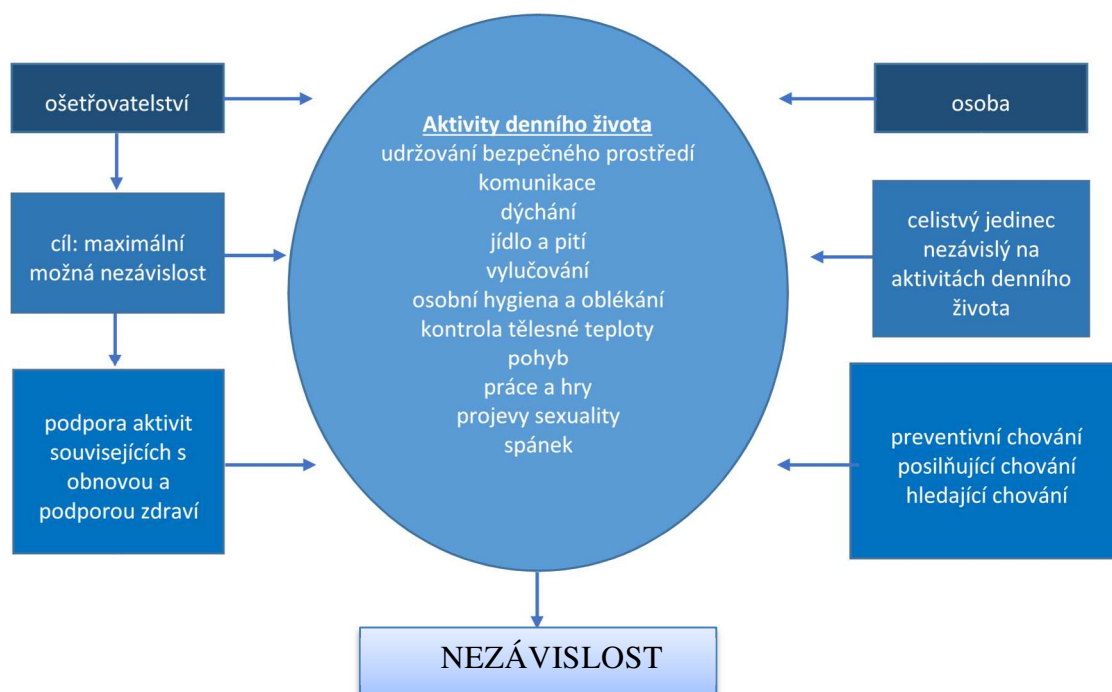
Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.15 Nancy Roperová

Další teoretičkou z tohoto období byla N. Roperová, která svůj model poprvé prezentovala v roce 1976. Popisovala v něm základní aktivity společné všem lidem, které se manifestují prostřednictvím typů chování. Zdůraznila význam schopnosti pacientů samostatně vykonávat činnosti denního života. Původně její model obsahoval 16 aktivit denního života, které byly rozděleny na základní aktivity důležité pro zachování lidského života a aktivity, důležité pro zvýšení kvality lidského života. Později byl model přepracován a zredukován na 12 aktivit. Takto přepracovaný model (obr. 10) už prezentovala i se spoluautorkami W. Loganovou a A. Tierneyovou jako Model životních aktivit (Pavlíková, 2008). Cílem tohoto modelu je odpovědný, systematický a efektivní přístup, přístup ke klientovi vycházející z jevů, které je možné pozorovat a měřit (Archalausová, 2003). Jedná se o humanistický model, dle něhož mají lidé základní životní aktivity, které se projevují určitým typem chování jedince. Každá aktivita je odrazem určité potřeby. Jedinci se liší v tom, jakým způsobem aktivity realizují. Úkolem sestry je posouzení základní životní aktivity nemocného a jeho chování, dále pak zjištění přítomnosti aktuálních potenciálních problémů, na jejichž základě následuje dohoda mezi sestrou a nemocným na reálných a dosažitelných cílech. Následně sestra pomůže vybrat vhodné činnosti, vedoucí ke

splnění cílů. Při tom sestra předchází vzniku problémů, povzbuzuje nemocného a minimalizuje jeho závislost a na závěr zhodnotí, zda byly dosaženy cíle a zda se nemocný chová tak, jak bylo naplánováno. Při tomto řešení problému je postup téměř stejný jako jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu (Pavlíková, 2008).

Obr. 10 - Grafické znázornění modelu N. Roperové



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

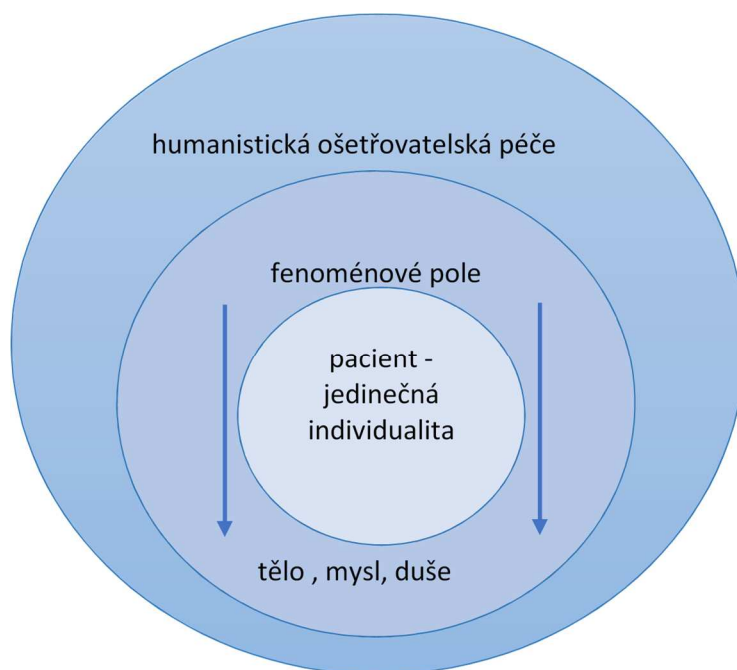
3.2.16 Margareta Jean Watsonová

Dle Scholze (2010) je M. J. Watsonová významnou představitelkou ošetřovatelství, získala několik titulů v oboru ošetřovatelství a působila na několika univerzitách. Publikovala řadu významných prací, zabývajících se ošetřovatelstvím. Její názory představují nový ucelený filosofický směr v péči a léčbě nemocných.

Vytvořila model humanistické péče, jehož cílem je zlepšení a posílení zdraví jednotlivců. Pro M. J. Watsonovou je její model humanistickým přístupem k ošetřovatelství. Humanistická péče o nemocné jako základní součást ošetřovatelství je orientována na zlepšení a posílení zdraví. M. J. Watsonová uvádí deset základních

faktorů humanistické ošetrovatelské péče orientovaných na podporu zdraví. Tyto faktory zahrnují základní charakteristiku, přístupy a proces, prostřednictvím něhož mohou sestry pomáhat, zlepšovat a upevňovat zdraví jednotlivců. Výsledkem má být posílení zdraví jedince a jeho vnitřní harmonie (Archalausová, 2003). Model M. J. Watsonové (obr. 11) se opírá zejména o humanitu a duchovní orientaci. Cílem ošetrovatelství dle tohoto modelu je ulehčit jedinci dosažení vyššího stupně harmonie mysli, těla a duše, což povede k uzdravování a péči o sebe. Předpokladem je, že cíle lze dosáhnout procesem péče člověka o člověka a jejich vzájemným propojením. Tento model je založen na deseti základních faktorech, kdy autorka předpokládá, že sestra je schopna a zodpovědná za integraci těchto deseti faktorů do humanistické ošetrovatelské péče. Konceptuální model M. J. Watsonové zdůrazňuje lidskost a empatii v ošetrovatelství. Model má sestře pomoci rozvinout morální aspekty a může tak zlepšit vztah mezi sestrou a nemocným (Thibodeau, 1983)

Obr. 11 - Grafické znázornění modelu M. J. Watson

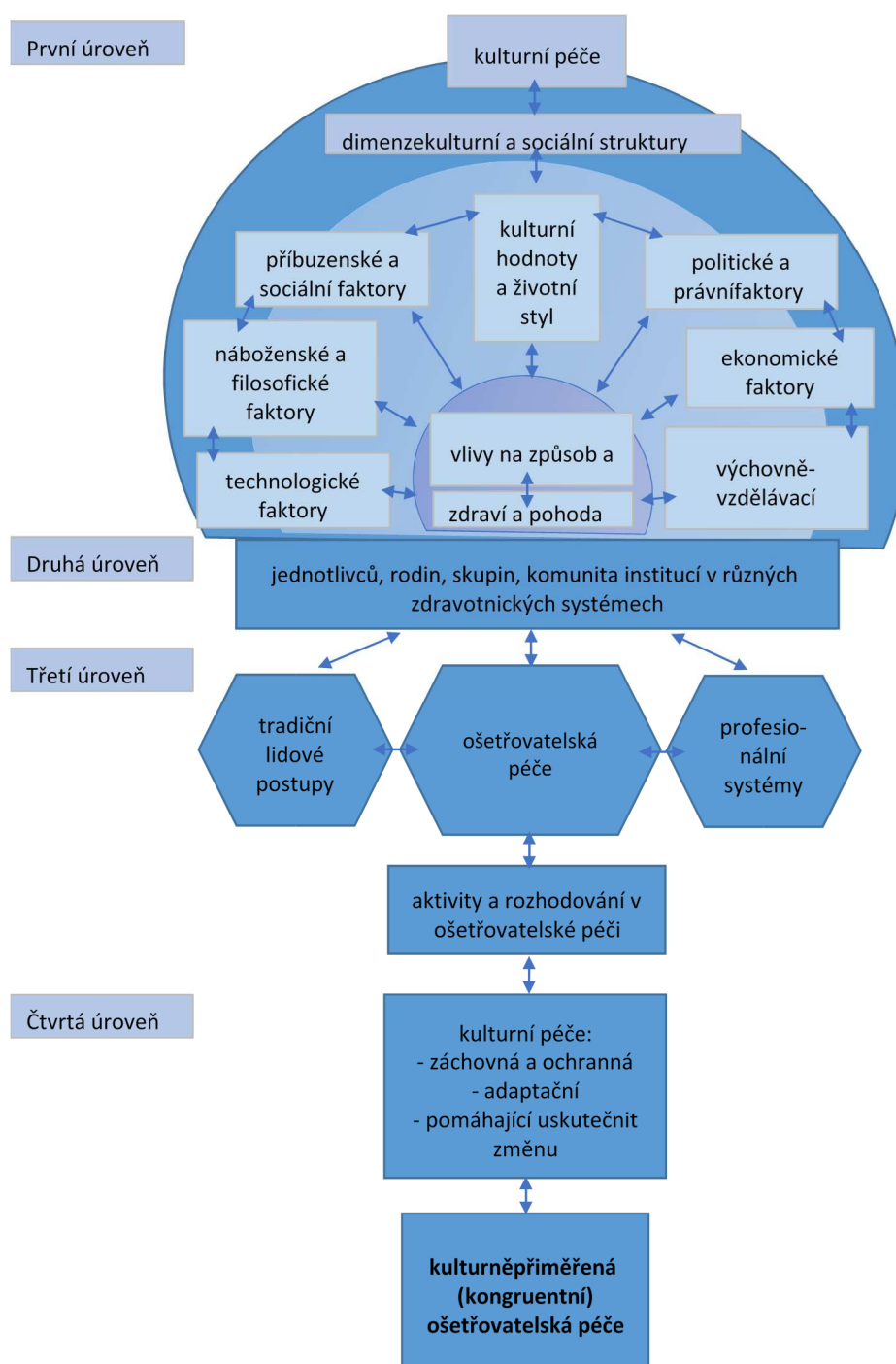


Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.17 Madeleine Leiningerová

M. Leiningerová je autorkou modelu transkulturní péče, modelu vycházejícího slunce (obr. 12). Cílem tohoto modelu je společná práce a porozumění péči a zdravotnickým otázkám různých kultur tak, aby se způsob péče, hodnoty, názory a životní styl staly podkladem pro poskytování péče specifické pro danou kulturu (Archalausová, 2003). M. Leiningerová se o vliv kultury na chování jedince začala zajímat v 50. letech minulého století. Přiměly ji k tomu její zkušenosti související s mnohonárodnostní a etnickou rozdílností a migrací obyvatelstva USA v dobách, kdy pracovala jako sestra. Všimla si odlišného chování jednotlivých etnik a také si uvědomovala, že kultura má vliv nejen na životní styl, ale i na ošetrovatelskou péči. Účastnila se antropologického výzkumu, kde zpracovala studii, týkající se transkulturního ošetrovatelství. Je autorkou několika knih, Ošetrovatelství a antropologie: mísení dvou světů (*Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*) z roku 1970 a další nejznámější publikací je Transkulturní ošetrovatelství: koncepce, teorie a praxe (*Transcultural Nursing Concepts, Theories and Practice*) z roku 1978. V jejích publikacích popsala hlavní koncepce a činnosti transkulturního ošetrovatelství a definitivně tak dokázala, že antropologie a ošetrovatelství jsou vzájemně spojené a přesto i rozdílné (Pavlíková, 2008).

Obr. 12 - Grafické znázornění modelu M. Leiningerové



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.2.18 *Marjory Gordonová*

Na závěr této kapitoly si představíme nejvíce využívaný model v klinické praxi, a tím je model funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. Tento model (obr. 13) se stal výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA. Autorka výrazně přispěla ke sjednocení ošetrovatelské terminologie a diagnostiky. Předpokladem jejího modelu je člověk, jenž je holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, kdy všechny tyto potřeby mají být v rovnováze a pokud tomu tak není, dochází k poruše – nemoci. Prostředí je v interakci s osobou a společně se podílí na funkčních vzorcích zdraví. Cílem ošetrovatelství je navrácení zdraví ve všech oblastech. Ošetrovatelství se zabývá funkčními (ve zdraví) nebo dysfunkčními (v nemoci) typy zdraví. Tyto typy/vzorce zdraví definuje sestra, každý dysfunkční problém formuluje ošetrovatelskou diagnózou a pokračuje v dalších krocích ošetrovatelského procesu. Tímto způsobem může zhodnotit zdravotní stav nemocného i zdravého jedince, rodiny i komunity. Tento model je považován za nejkompexnější model z hlediska holistické filozofie a lze ho využít v jakémkoli systému zdravotní péče (primární, sekundární i terciární). Je využíván hlavně pro získávání ošetrovatelské anamnézy (Pavlíková, 2008). K pochopení modelu je nutné znát obecnou charakteristiku jednotlivých oblastí. V první oblasti vnímání zdravotního stavu a udržování zdraví je zahrnuto to, jak klient vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem o své zdraví pečuje a zároveň obsahuje i informace o tom, jak se klient vypořádává se svým stavem a riziky s ním spojenými. V oblasti výživa a metabolismus získává sestra informace o způsobu příjmu potravy, způsobu stravování, pitného režimu, zvláštních preferencí klienta. Jsou zde i informace o stavu pokožky a schopností hojení ran, což souvisí s metabolismem každého klienta. Třetí oblast, vylučování, má za cíl získat informace o způsobu vylučování, jak močového měchýře, tak střev a kůže. Další kategorie, aktivita a cvičení, sleduje způsob udržování tělesné kondice. Pátá kategorie, spánek a odpočinek, má za cíl zjistit, na jaký denní režim je klient zvyklý, způsob spánku, odpočinku a relaxace. V další kategorii, vnímání a poznávání, získáváme informace o způsobu klientova smyslového vnímání a poznávání. V této kategorii je nutné zjistit, do jaké míry je klient informován o svém stavu a co je třeba mu ještě dovysvětlit. V sedmé kategorii sebepojetí a sebeúcta je cílem zjistit emocionální ladění a vnímání sebe sama, zahrnutý je individuální názor na sebe, vnímání sebe. Další kategorie,

plnění rolí a mezilidské vztahy je zaměřena na způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Devátá kategorie, sexualita a reprodukční schopnost je zaměřena na uspokojení či neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje reprodukční období ženy, pohlavní choroby, u mužů potíže s prostatou. Stres, zvládání a tolerance se zaměřuje na nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Zahrnuje i vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace. Předposlední kategorie, víra a životní hodnoty, popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, včetně náboženské víry. Poslední kategorie jiné, zjišťuje další důležité informace nebo problémy, týkající se zdravotního stavu nebo životních událostí (Mastiliaková, 2002).

Obr. 13 - Grafické znázornění rámce funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví M. Gordonové



Zdroj: vlastní, schéma vytvořeno na základě pochopení textu v publikaci Pavlíkové, 2008

3.3 Shrnutí

Při analýze textů pojednáváných o konceptuálních modelech bylo shledáno, že průvodce pro hodnocení teorií v ošetrovatelství, poskytla práce Dickoffa a Jamese (1968), která je považována za klasiku ve vývoji odlišných teorií pro ošetrovatelství a při tvoření konceptuálních modelů (in Thibodeau, 1983).

Počátky integrovaného pojetí pacienta byly podpořeny Shaferovým (1958) textem, který kombinoval diskusi o lékařském a chirurgickém ošetrování. Později Smith a Gips (1963) představili svou knihu "Péče o dospělého pacienta" (*Care of an Adult Patient*) se sekci věnovanou konceptům základní péče o pacienta. Diskutovali o procesu vývoje člověka, který se týká tří dospělých věkových skupin - mladého dospělého, středního a pozdějšího věku. V této době F. G. Abdellah a kol. (1960) publikovali své ošetrovatelské přístupy zaměřené na pacienta, které identifikovali dvacet základních ošetrovatelských problémů, čímž vymezili koncepci zaměřenou na pacienty založenou na lidských potřebách. Po roce 1970 byl dřívější důraz na pozorovací dovednosti rozšířen tak, aby zahrnoval systematické ošetrovatelské hodnocení, které jasně ukazuje koncept pacienta jako příjemce ošetrovatelské péče. Většina základních učebnic ošetrovatelství zahrnovala podrobné diskuse o tomto tématu. Jedním z příkladů je Belandovo (1970) Klinické ošetrovatelství (*Clinical Nursing*) které nabízí pětistránkového "Průvodce pro sběr dat a ošetrovatelskou dovednost potřebnou k uspokojení potřeb pacienta" (in Riehl, 1974).

S rozvojem ošetrovatelských teorií a modelů v 60. letech 20. století začaly postupně ve Spojených státech amerických vznikat další pohledy teoretiček na ošetrovatelství, které v té době odpovídaly stávajícím potřebám a hodnotám (Farkašová, 2006). Ošetrovatelská konferenční skupina pro rozvoj (*Nursing Development Conference Group*), pocházející z roku 1968 v čele s D. E. Oremovou, zahájila schůzky s cílem formalizovat koncepci ošetrovatelství, identifikovat problémy pacientů, faktory a prvky ošetrovatelů a faktory, které jsou součástí ošetrovatelského procesu. Lidská bytost byla v této době pojímána jako "psychofyzilogický organismus s racionálními silami". Ošetrovatelství pak mělo za cíl pomoci klientovi v péči o sebe sama a poskytnout zastoupení pro jakoukoli součást procesu péče o sebe sama. Životní prostředí a zdraví nebyly touto skupinou konkrétně definovány (Thibodeau, 1983). Na I. Národní konferenci o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz v roce 1973 se sešlo několik teoretiček, které se shodly na

vytvoření koncepcí pro ošetrovatelství, a tak byl tento obor oficiálně definován a také zde poprvé teoreticky použily název konceptuální model a stanovily jeho definici.

Když odvrátíme pohled zpět, můžeme sledovat, že vývoj konceptuálních modelů je datován od počátku ošetrovatelství jako profese. Naše prvotní představitelky byly inspirovány vizemi, které je přivedly k současné diskusi teoretického základu pro praxi, vzdělání a výzkumu (Hawkins, 1978).

Lze usuzovat, že díky podmínkám identifikovaných Murphym, se koncem 60. let konalo několik významných setkání o teorii ošetrovatelství na národní úrovni. Třetí ze série symposií zaměřených na vývoj ošetrovatelské teorie se konala na Frances Payne Boltonově škole ošetrovatelství na univerzitě Case Western Reserve na podzim 1967. Předkládané práce přispěly k objasnění současného stavu vývoje teorie v ošetrovatelství. Prezentace "Teorie teorií: Poziční práce" od Dickoffa a Jamese (1968) byla široce používána jako základ pro analýzu a vývoj teoretických modelů. V roce 1969 se na Univerzitě v Kansasu konaly dvě další konference zaměřené na ošetrovatelskou teorii (Morris, 1969). Byly vymezeny aktuální otázky týkající se vývoje ošetrovatelství, byly diskutovány některé modely a zkoumána teorie obecných systémů (Riehl, 1974).

Pozdní šedesátá léta byla také svědkem několika dalších konferencí zabývajících se teoriemi a modely ošetrovatelství. Zpráva z Konference o povaze vědy v ošetrovatelství (*Conference on the Nature, 1969*) je zahrnuta v září-říjnovém vydání *Nursing Research* z roku 1969. Mezi přednášejícími byly F. G. Abdellahová, R. McKayová, B. Jo Hadleyová a S. Smoyaková. Ve své prezentaci F. G. Abdellahová představila řadu teoretických ošetrovatelství šedesátých let: R. Rubinovou, I. J. Orlandovou, F. Blakeovou, E. Wiedenbachovou, L. E. Hallovou, H. E. Peplauovou, E. Hasselmeyerovou, M. Leiningarovou, M. Dibrowovou a R. Chowovou (Thibodeau, 1983).

Od F. Nightingalové až do 70. let 20. století - můžeme sledovat vývojové trendy konceptuálních modelů v ošetrovatelství. Dalším důkazem tohoto trendu v teoretickém vývoji ošetrovatelství je přehled o kategoriích výzkumu a zájmů (obav) představených v časopise *Ošetrovatelský výzkum* za posledních dvacet let, jak shrnul Newman (1972). Od založení tohoto časopisu v roce 1952, až do roku 1968, studie týkající se ošetrovatelského procesu a lidského chování představovaly pouze asi 12 procent příspěvků. Od roku 1968 počet těchto článků vzrostl na přibližně 36 procent. Lze usuzovat, že výzva F. Nightingalové objevovat a definovat zákony

ošetřovatelství, byla naplněna. Murphy poukazuje na to, že v 60. letech bylo ošetřovatelství svědkem zvýšeného hledání modelů a teorií, aby byly sjednoceny a objasněny stávající informace. Na tomto impulsu se podílelo šíření nových poznatků, uznání propojenosti znalostí z různých oborů, nespokojenost s rozčleněnými znalostmi a rozšiřování úloh, které vytvářejí potřebu nových poznatků (in Riehl, 1974).

Během několika málo let rychle vzrostl vývoj a studium ošetřovatelských modelů a teorií. Kurzy týkající se teoretických modelů ošetřovatelství byly zavedeny do programů postgraduálního vzdělávání, zejména v USA. Dokonce byl kladen důraz na rozvoj učebních osnov založených na řádném konceptuálním rámci. Praxe ukázala, že si sestry stále více uvědomují potřebu konceptuálního základu pro ošetřovatelskou péči, což podpořilo i vydání učebnic, objasňující specifické teoretické rámce. Vedle vývoje učebnic se ukazuje pokračující rozvoj časopisů týkajících se tvorby modelů (Riehl, 1974).

Z historického hlediska je rok 1968 označován za nejvýznamnější mezník ve vývoji ošetřovatelských teorií a modelů. V tomto období nejvíce přispěly k rozvoji konceptuálních modelů D. M. Johnsová, C. Royová, M. E. Rogersová, I. M. Kingová, B. Neumanová, D. E. Oremová, H. E. Peplaouová, M. E. Levinová. Každá z těchto teoretiček ošetřovatelství pokračovala po dekáдах v utváření, změnách a přehodnocení svého díla, každá se postupně přesunula z časného stadia vývoje teorie ke konceptuálnímu modelu využívaného v praxi, k výzkumu a vzdělávání byla podrobena kritice učenců a odborníků (Hawkins, 1987). Díky činnosti teoretiček bylo pojetí ošetřovatelství postupně kultivováno jako věda a byl kladen mimořádný důraz na vzdělávání, filosofii moderního ošetřovatelství, zkoumání předmětu oboru ošetřovatelství a rozpracování struktury jeho teorie (Kutnohorská, 2010).

V 70. letech 20. století byl vytvořen nový pohled na ošetřovatelství, v souvislosti s výsledky diskuse na konferenci v Mnichově v roce 1977. Z této diskuse vyplynuly změny v pojetí a definování nových cílů ošetřovatelství, a to systematičnost v práci sester, komplexní uspokojování potřeb nemocných, spolupráce s nemocným a ostatními odborníky. Dalším z cílů bylo ovládnutí řízení a poskytování ošetřovatelské péče, edukace nemocných či zdravotnického personálu, schopnost aktivně se začlenit do zdravotnického týmu, rozvoj ošetřovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu (Kutnohorská, 2010). V roce 1988 byla první evropská konference o ošetřovatelství, která se také zasloužila o rozvoj ošetřovatelství. Konference byla zaměřena na změny,

týkající se nové koncepce profesionálního ošetrovatelství a nutností změn ve vzdělávání kvalifikovaných sester (Salvage, 1997). Rok 1989, konkrétně listopad a jeho události, též přinesl mnoho změn pro ošetrovatelství i pro celou společnost (Kutnohorská, 2010).

Postupnou implementaci modelů do praxe lze vysledovat od poloviny roku 1970 ve Velké Británii, kdy bylo vydáno několik textů, týkajících se právě ošetrovatelských modelů i procesu. V roce 1970 byl ošetrovatelský proces zaveden do praxe a byl považován za nejdůležitější nástroj při poskytování péče jednotlivcům, zároveň ale byl i významným nástrojem při zavádění ošetrovatelských modelů do praxe. Hodnoty, názory a teorie pro péči měly sloužit jako vodítko pro posuzování, plánování, realizaci a vyhodnocení ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces i modely se neobešly bez značné kritiky. Stále častěji docházelo ke spekulacím, zda je tento způsob řešení problému vhodný či nikoli. (Murphy, 2010). V této době šly konceptuální modely ruku v ruce s ošetrovatelským procesem.

Nutno připomenout, že ošetrovatelství bylo v době od 40. let do raných 60. let 20. století ve Spojených státech amerických ovlivněno pokroky v lékařské technologii. Použití antibiotik způsobilo převrat ve zdravotní péči a snížilo nemocnost a úmrtnost. Sestry uskutečňovaly pozitivní výsledky v péči o nemocné díky léčbě infekce, inovacemi týkajících se poranění a chirurgie a dostupnost rychlé a účinné zdravotní péče na frontě. Během druhé světové války se setkaly s jedinečnými lékařskými situacemi, kde dobře využívaly své vzdělání, aby za obtížných okolností zajistily ošetrovatelskou péči o vojáky, civilisty a vězně (Juud, Sitzman, Davis, 2010).

Ke konci 20. století došlo k významným změnám v ošetrovatelství. Ošetrovatelství je profilováno jako profese s přesně definovanými kompetencemi, je orientováno na péči o zdraví. Postupně se zvyšuje kvalita ošetrovatelské péče a stává se vědní disciplínou, jehož součástí je výzkum, jako součást profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí. Ošetrovatelství a jeho nositelky, tedy sestry a porodní asistentky, se stávají edukátorkami pacientů. Můžeme říci, že úkoly, stojící před ošetrovatelstvím v každodenním životě jsou nekončícím procesem (Kutnohorská, 2010). Intenzivní snahu autorů interpretovat obsah a pojetí již vytvořených konceptuálních modelů lze sledovat v ošetrovatelské literatuře na přelomu 20. a 21. století, kdy byly modely interpretovány zejména při vědecko – výzkumné činnosti sester pracujících na univerzitách ve Spojených státech amerických.

Každá sestra má svůj filozofický názor i na pojetí samotné ošetrovatelské praxe, které ovlivňují její interpretaci údajů, její rozhodnutí i činy. Autorky konceptuálních modelů ošetrovatelství se snaží seznámit sestry se svou představou realizace této praxe, ale také inspirovat k vytvoření všeobecně platné koncepce modelu ošetrovatelství. Sjednotit různé konceptuální modely ošetrovatelství do globálního a všeobecně akceptovatelného modelu, což je úlohou následujících let a desetiletí lze předpokládat, bude nesmírně náročné. Obtížnost globálního ošetrovatelského modelu vyplývá z různé filozofické orientace teoretiček ošetrovatelství, z rozdílné úrovně ošetrovatelského vzdělávání v jednotlivých zemích, z různé úrovně vědomostí obyvatelstva i z rozdílných ekonomických podmínek jednotlivých zemí. Teoretičky ošetrovatelství při tvorbě teorií a modelů však nacházejí velkou podporu v Mezinárodní radě sester i ve Světové zdravotnické organizaci (Pavlíková, 2008).

Ve 21. století jsou práce některých teoretiček ošetrovatelství považovány za významnou etapu v rozvoji ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny (Farkašová, 2006). Mnoho teoretiček stále formuluje své myšlenky, které buďto ještě nevydaly, nebo jejich vydání probíhá. Klademe si otázky, čím bude ovlivněno ošetrovatelství v následujících letech. Historie ošetrovatelských modelů a teorií svědčí o tom, jakou má tato profese sílu a schopnost vyrovnávat se s různými krizemi, kterými v minulosti muselo procházet. Hawkins (1987) upozorňuje na skutečnost, že na přelomu nového tisíciletí se počet nových konceptuálních modelů snižuje, proto je značně třeba, aby sestry pochopily základy oboru ošetrovatelství, jeho historický vývoj a místo ošetrovatelské teorie a modelů v historii i budoucnosti.

3.3 Součásti ošetrovatelských modelů

S postupným vývojem ošetrovatelských modelů se lze sledovat, že některé teoretičky uvádí ve svých modelech tři základní součásti, a to asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky.

Pojmem asumpce rozumíme jistá fakta či předpoklady, tvořící teoretický základ koncepce ošetrovatelství. Tato fakta a předpoklady jsou odvozeny zároveň od teorie i praxe a v praxi si je můžeme ověřit. Většina modelů vychází z praxe. Hlavní myšlenky oboru ošetrovatelství jsou odvozeny z hodnotového systému, který odráží filozofický názor autora, stejně tak jako je tento názor odražen ve všech modelech. Klade se důraz zejména na konkrétní úkol sestry, signalizuje na potřeby pacienta i na mezilidské vztahy mezi zaměstnanci a klienty. Z asumpcí a z hodnotového systému je

zformulováno sedm hlavních jednotek (Jarošová, 2006). Cíl ošetrovatelství je první hlavní jednotkou ošetrovatelského modelu. Cílem je myšleno to, čeho se snažíme dosáhnout, měl by být shodný s cíli, které jsou pro zdravotníky společné. Všeobecně lze uvést, že cíle musí být dostatečně široké, aby mohly určit, za prvé, k jakému konečnému produktu se má ošetrovatelská profese dopracovat, za druhé, jak má probíhat výuka, co se mají naučit osoby, které budou ošetrovatelství praktikovat a za třetí, co je třeba aplikovat ve všech oblastech ošetrovatelské praxe (Tóthová, 2010). Druhou hlavní jednotkou je klient – pacient. Jedná se o příjemce ošetrovatelské péče. Ve většině modelů je chápán jak biopsychosociální bytost. Může jím být jedinec, skupina, komunita. Třetí jednotkou je role sestry, která popisuje, co sestra vykonává. Role sestry musí být potřebná a akceptovaná společností, stejně tak jako lékařská role nebo jiná společnosti důležitá osoba. Například v modelu D. E. Oremové je úlohou sestry dosáhnout u pacienta optimální úrovně soběstačnosti, v modelu C. Royové je úkolem sestry zlepšit adaptační chování pacienta skrze ovlivňování stimulů. Čtvrtou jednotkou je zdroj potíží, který je vždy v nemocném, je začátkem nebo příčinou pacientových problémů, které lze ošetrovatelským zásahem pozitivně ovlivnit. Zdroj potíží by se tak měl stát objektem našeho ošetrovatelského zásahu, který je pátou hlavní jednotkou, je zaměřen na ošetrovatelskou intervenci. Například lékař se zaměří na chorobu, sestra se zaměří na ošetrovatelský problém pacienta. Např. v modelu D. E. Oremové je ohniskem zásahu sestry nedostatek pacientovi schopnosti sebepečení a v modelu C. Royové je jeho neschopnost adaptovat se na podněty. Šestou jednotkou je způsob zákroku, ten objasňuje prostředky, kterými sestra disponuje při poskytování ošetrovatelské péče. Způsob se odvíjí od ohniska zásahu a vyjadřuje specifické způsoby, kterými sestra pomáhá pacientovi. Poslední, sedmou, hlavní jednotkou jsou důsledky/výsledky aktivity sestry. Jedná se o očekávané výsledky ošetrovatelských činností a odráží se v nich ošetrovatelský cíl, stanovený na začátku. Ve výsledcích očekáváme zlepšení pacientovo/klientovo zdravotního stavu (Tóthová, 2010).

V hlavním střetu zájmu všech modelů jsou určité jevy, které ovlivňují naše vnímání reality. Jedná se zejména o názory na jedince, skupinu, situaci či události, které jsou v přímé souvislosti s daným oborem.

3.4 Kategorie ošetrovateľských modelů

Ve druhé polovině 20. století byly modely postupně kategorizovány. Dle dříve popsaných součástí ošetrovateľských modelů lze uvést, že jednotlivé konceptuální modely vycházejí nejen ze všeobecně platného pojetí konceptuálních modelů, poznatků a modelu jiných disciplín, ale i z různých světových názorů, které se různě promítají v konceptuálních modelech ošetrovatelství. Tyto různé přístupy jsou východiskem pro jednotlivé modely. Jednotlivé modely vytvářejí možnosti využít rozdílně základ poznatků a přístupů metaparadigmatu ošetrovatelství (osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelství). Dle těchto hledisek rozdělujeme modely do těchto kategorií: vývojové, systémové, interakční, modely potřeb a výsledků, humanistické modely, modely zásahu, substituční modely a konzervační modely (Pavlíková, 2008). Nutno upozornit, že díky východiskům každé teoreticky při tvorbě modelu nelze každý model řadit pouze do jedné kategorie, ale přiřadit do více vytvořených kategorií.

Vývojové modely zdůrazňují potřebu růstu, vývoje a zrání a předpokládají, že lidé mají potřebu změny. Kladou důraz na identifikaci jak skutečných, tak i potenciálních problémů. Tyto modely vycházejí z faktu, že lidé mají vrozenou schopnost ke změně. Vývojové modely vytyčují takové strategie a postupy, které neoptimálněji řeší situaci. Např. model D. E. Oremové, N. Roperové, E. Wiedenbachové (Farkašová, 2006).

Systémové modely zdůrazňují zkoumání systémů a jeho částí jsou děleny na otevřený a uzavřený systém, zjišťují potenciální problémy ve funkci systémů. Hlavním znakem je systém a jeho prostředí. Systémem může být osoba, části jsou lidské orgány a prostředím je rodina. Je možné, že systémem je rodina, části jsou její členové a prostředím je stát. Systémovými modely jsou modely D. M. Johnsonové, C. Royové, I. M. Kingové a B. Neumanové (Jarošová, 2000).

V pojetí interakčních modelů jsou zdůrazněny sociální teorie a vztahy mezi lidmi, jsou zacíleny na zjištění problémů v mezilidských vztazích. Charakteristickými znaky těchto modelů je percepce (ovlivňování osob navzájem a vnímání jiných osob), komunikace, role a koncepce sebe samého (sebehodnocení, sebevýchova). Mezi interakční modely patří např. modely H. E. Peplauové a I. J. Orlandové (Jarošová, 2000).

Modely potřeb a výsledků jsou zaměřeny na posuzování pacienta/klienta z pohledu hierarchie potřeb a z pohledu funkce sestry a na výsledky ošetrovateľské

péče a jejich hodnocení. Pokud tedy jedinec neuspokojí své potřeby, přebírá tuto funkci sestra, která rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek ošetrovatelského procesu. Jsou to např. modely V. Hendersonové a F. G. Abdellahové, B. Neumanové a I. M. Kingové (Farkašová, 2006).

Humanistické modely vycházejí z principů humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Charakteristické je pro tyto modely empatie a úcta k člověku. Patří sem modely F. Nightingalové, V. Hendersonové a D. E. Oremové.

Modely energetických polí zahrnují koncepci energie v kontextu jedince a prostředí, o jedinci tedy hovoří jako o zdroji energie. To jsou modely M. E. Rogersové a M. E. Levineové.

Modely zásahu zdůrazňují odborné činnosti sestry a její rozhodnutí. Pacienta považují za předmět ošetrovatelské péče. Vychází z charakteru ošetrovatelského prostředí k nemocnému. Jádrem modelu jsou odborná rozhodnutí a intervence sestry, sestra rozhoduje o péči a pracuje s nemocným tak, aby dosáhla změny. Jsou to modely M. Gordonové, I. M. Kingové a F. G. Abdellahové (Pavlíková, 2008).

Substituční modely/modely náhrady jsou zaměřeny na poskytování náhrady za schopnosti pacienta/klienta, které byly ztracené, nebo které není možné aktivizovat. Jednání závisí na rozhodování klienta, uplatňuje svoji vůli, svoji fyzickou kontrolu. K těmto modelům řadíme modely D. E. Oremové a H. E. Peplauové.

Konzervační modely se zaměřují na zachování příznivých aspektů situace klienta/pacienta, které jsou ohroženy onemocněním. Jádrem je zachovat příznivé situace nemocného, které jsou ohroženy potenciálními problémy. Jednání sestry spočívá v tom, aby zachovala existující schopnosti pacienta. Sem patří modely N. Roperové a M. E. Levineové (Žiaková, 2007).

Modely podpory jsou zaměřeny na pomoc nemocnému při jeho vyrovnání se s poškozením zdraví, příkladem takového modelu je model E. Wiedenbachové a M. E. Levinové. Modely posílení jsou poslední kategorií a tyto modely jsou zaměřeny na zlepšení kvality života nemocného a to prostřednictvím posílení všeho, co je oslabeno nemocí. To je model D. M. Johnsonové a N. Roperové (Jarošová, 2006).

4 Pojetí konceptuálních modelů – přelom 20. – 21. století

Konceptuální model lze charakterizovat jako soubor abstraktních a všeobecných představ a tvrzení zahrnutých do smysluplných uspořádání. Vyjadřuje všeobecné představy o jednotlivcích, skupinách, situacích a jevech, jež jsou z pohledu vědní disciplíny zajímavé. V hlavním střetu zájmu konceptuálních modelů stojí konkrétní jevy, které různě ovlivňují naše vnímání skutečnosti. Jsou odrazem filozofického pohledu autora a zkušeností autorů z ošetrovatelské praxe. Základní myšlenkou modelů je hodnotový systém autorů. V ošetrovatelství poskytuje konceptuální model směr pro praxi, vzdělávání a výzkum (Plevová, 2011).

Stejně tak můžeme konceptuální model chápat jako soubor poznatků složený z pojmů a nerelačních i relačních tvrzení. Někdy si však mohou být jednotlivé složky v těchto dvou rovinách podobné, kdy nám mohou splývat a těžko je dokážeme od sebe odlišit. Proto se často zaměňují konceptuální modely s teorií (Žiaková, 2003). Rozdíl mezi modely a teorií bude vysvětlen v další kapitole.

Na toto upozorňuje například Fawcett, 2000, která stanovila základní znaky, které mohou společně sloužit jako kritérium jejich efektivní diferenciace. Jedná se o tyto znaky:

- Základní účel, kterému má daný systém poznatků sloužit
- Stupeň globálnosti či parciálnosti daného systému poznatků
- Stupeň abstraktnosti jednotlivých složek systému poznatků
- Charakter systému, tj. způsob, jakým spolu složky systému poznatků navzájem souvisí

Na základě těchto znaků můžeme říci, že konceptuální modely předkládají jakousi systematickou strukturu a zdůrazňují činnosti, ukazují směr hledání některých otázek, jevů a poukazují na řešení praktických problémů. Předkládají nám tak všeobecná kritéria, která jsou v naší praxi potřeba zejména pro rozpoznání, zda byl daný problém vyřešen či nikoli. Umožňují nám řešit jednotlivé části metaparadigmatu ošetrovatelství rozdílným způsobem a z různého pohledu. V podstatě lze říct, že každý autor si ve svém modelu vykládá jednotlivé koncepce dle svého vlastního názoru a každému přikládá jinou váhu. Víme, že metaparadigma ošetrovatelství zahrnuje hlavní oblasti zájmu, a to osobu, zdraví a prostředí. (Farkašová, 2005)

Vznik konceptuálních modelů a jejich rozvoj můžeme považovat za podstatný krok v rozvoji samostatné vědní disciplíny, tj. ošetrovatelství. Konceptuální modely

ošetřovatelství představují čtyři metaparadigmatické koncepce odlišně a spojuje je různými způsoby, dle názoru autora (Pavlíková, 2008). Konceptuální modely ošetřovatelství jsou souborem obecných pojmů a výpovědí, které vytvářejí hlediska hlavních pojmů metaparadigmatu. Odrážejí také filosofické hodnoty a přesvědčení pro přiblížení praxe a výzkumu. Mají systematickou strukturu a logické zdůvodnění činností, vytyčují směr hledání, ukazují řešení praktických problémů. (Jarošová, 2006)

Konceptuální modely mohou vznikat dvěma způsoby, buď cestou induktivní, kdy jsou veškeré pozorované jevy zevšeobecnovány nebo cestou deduktivní, kdy jsou odvozeny z již existujících vědomostí a jejich použití. (Plevová, 2011)

Pojetí konceptuálního modelu jsou nejabstraktnější a nejvšeobecnější, v reálném světě je tedy nemůžeme pozorovat, jelikož se nevztahují na přímo jednoho daného jedince, skupinu, situaci či událost. Koncepce nebývají vždy definovatelné (Pavlíková, 2008).

Existují dvě hlavní funkce konceptuálních modelů pro ošetřovatelskou praxi, a to vědecko-výzkumná a prakticko-činnostní funkce. Ve finále každá z dosavadních funkcí paradigmatu vyjadřuje jistou stránku vědeckého výzkumu a do jisté míry i praktickou činnost na něm založenou, kterou takto usměrňuje. V podstatě však až úroveň specifického ošetřovatelského paradigmatu ústí do zvláštního vědeckovýzkumného programu a na základě něho pak do výzkumu realizovaného na konkrétním jedinci. Přitom určitý model poskytuje program, který usměrňuje vždy jen jeden z možných směrů vědeckého výzkumu a ošetřovatelství jako aplikované vědě i k prakticko-klinické činnosti (Žiaková, 2003).

Každý model skýtá odlišný pohled na koncepce metaparadigmatu. Každý autor, který zkoumá určitý jev, může vidět rozdílné souvislosti a vzájemné vztahy. Konceptuální model je jen přiblížením či zjednodušením skutečnosti a zahrnuje ty koncepce, které autor považuje za relevantní a nápomocné pro pochopení. (Pavlíková, 2008).

Lze souhlasit s Jarošovou (2006), že konceptuální modely se používají jako obecné návody pro exaktní formování poznatků ošetřovatelství, pro plánování a realizaci výzkumných projektů, klinickou ošetřovatelskou praxí, výchovných programů a řídicích systémů. Poskytují rámec pro činnost sestry, ale též mohou formulovat obsah studia.

Nutno připomenout, že obsah jednotlivých konceptuálních modelů zahrnuje filosofické zaměření, kognitivní orientaci, tradice výzkumu a přístupy k praktickým ukázkám. (Pavlíková, 2008).

Základní interpretační kategorie a myšlenky jednotlivých modelů usměrňují výzkum v dané vědní disciplíně tím, že ukazují, které problémy se mají sledovat a které ne, na které jevy je potřeba se soustředit a směřovat i k volbě vhodné metody. Různé konceptuální modely jsou tak základem různých teoreticko-výzkumných, prakticko-klinických a výchovně-organizačních orientací vnitřní ošetrovateľské disciplíny a celkově jim pomáhá vyvarovat se jednostrannosti v realizaci základního cíle, čím ji chrání před stagnací a udržuje ji na cestě tvořivého rozvoje (Žiaková, 2003).

I samotné teze modelů jsou abstraktní a všeobecné, a proto není možné je přímo empiricky pozorovat či zkoumat. Tyto teze jsou základním kamenem pro rozvoj modelu, mohou tvořit základní předpoklady modelu nebo jsou širokými definicemi koncepcí modelu. Konstatují vztahy mezi jednotlivými pojmy konceptuálního modelu. Koncepce a tvrzení jednotlivých modelů často používají charakteristický slovník, zpravidla spjatý s těžištěm konkrétního modelu. Tento slovník má ale v každém modelu odlišný význam, proto je důležité si konkrétní model vždy důkladně představit (Pavlíková, 2008).

Každý konceptuální model má svůj specifický rámec, který dává jasně najevo, co máme jako zdravotničtí profesionálové pozorovat, čeho si všímat, o čem přemýšlet a nezapomínat, že důležitý je i pohled na svět. S9la modelů spočívá zejména i v tom, jak přispívají k obohacení teorie ošetrovateľství a v praxi pomáhají řídit postoj a jednání sester v daných situacích. Hlavními aspekty pro jejich využití spočívá ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci toho, co vidíme a dále zjistíme. Díky modelům můžeme systematicky organizovat práci, dokážeme zdůvodnit činnosti a nakonec nás nasměrují správnou cestou při hledání a řešení problémů. Zároveň nám přesně ukáží, zda problém, který je díky specifičnosti modelu řešen, byl odstraněn, či nikoli. Výhodou modelů je i to, že poskytují sestřám kvalitnější organizace práce a výzkumu a hlavně lepší komunikaci mezi pracovníky (Pavlíková, 2008).

Jarošová (2006) uvádí, že model je tvořen pojmy (duševní představy a pojmenování jevů) a výpověďmi (tvrzení vysvětlující vztahy mezi pojmy). Tyto dvě jednotky jsou obecné a abstraktní, čili je nelze empiricky pozorovat ani omezit na konkrétní situaci, jedince nebo skupinu. Každý model je odlišně vyjádřen, což

znamená, že stejný pojem může mít v každém modelu různý význam nebo naopak, kdy jev se stejným významem je definován různými pojmy.

4.1 Paradigma ošetrovatelství

Pojem paradigma se vztahuje k americkému filosofu a vědci Thomasu Kuhnovi, který tento pojem použil ve své knize *Struktura vědeckých revolucí*. Pod tímto pojmem označujeme základní vzor vědy, který organizuje myšlení, zkoumání a porozumění vědců daného oboru, vedené již přijatými a uznávanými vědeckými výsledky, které představují typy oborem řešených problémů a model jejich řešení (Sedláková, 2015).

Paradigma ošetrovatelství je tvořeno konceptuálními modely a teorií ošetrovatelství. Modely jsou vytvářeny teoretiky, vědci a profesionály z praxe tak, aby interpretovali a vysvětlili daný jev. Jevem může být například lidské prostředí, léčebné postupy, zdravotní, sociální a ekonomické zabezpečení lidí, zdravotní instituce nebo systémy péče o zdraví. Obecně model charakterizujeme jako vyjádření reality, zjednodušený koncepční pracovní rámec, jenž je sestaven tak, aby ověřil určitou teorii. Modely nám pomáhají k pochopení, zkoumání daného problému. Jsou užitečné v praxi, pro plánování, kdy je zapotřebí stanovit priority, potřebné k rozvoji a zdokonalování činností v praxi (Mastiliaková, 2002).

4.2 Ošetrovatelské modely a teorie

Teorii můžeme definovat jako prohlášení, jehož cílem je objasnění nebo charakteristika nějakého jevu, vysvětluje vztah mezi těmito jevy nebo předpovídá účinek jednoho jevu na druhý. Teorie musí být koncipované tak, aby se daly empiricky testovat (např. tělesná teplota, fyzická aktivita) (Farkašová, 2007). Dělíme je dle obsahu na popisné, vysvětlující, prediktivní, další dělení je podle rozsahu na velké, střední a tzv. mikroteorie (Tóthová, 2010).

Rozdíl mezi konceptuálními modely a ošetrovatelskými teoriemi lze sledovat ve dvou složkách, a to v míře abstrakce, přičemž modely jsou všeobecné návody, zatímco pojmy teorie jsou specifitější a konkrétnější. Druhou rozdílností je počet kroků nutných pro použití práce na pragmatické účely (praxe, výzkum), model musí být jasně formulován a musí z něho být odvozena teorie a pojmy teorie musí být operacionalizovány a následně odvozena hypotéza. U teorií musí být uvedena teorie a musí mít operativně definované pojmy a z výpovědi musí být jasně formulovaná

hypotéza (Disman, 2006). V 90. letech nastaly různé debaty o tom, zda se ustálí pojem konceptuální model či teorie. V závěru můžeme hovořit o tom, že některé konceptuální modely jsou označovány jako model, některé jako teorie. Není však důležité, zda je označen jako model nebo teorie, ale důležité je, jaký význam má pro ošetřovatelství.

5 Závěr

Rozvoj ošetrovatelství byl v průběhu historie ovlivněn několika aspekty. Po celou dobu ho významně ovlivňovalo náboženství, které často bránilo jakémukoli pokroku v rozvoji. Dalším z důležitých aspektů, to byly války, dále pak sociální faktory a vědeckotechnický rozvoj.

Bakalářská práce je členěna do čtyř kapitol, přičemž první kapitola „Exkurz do historie ošetrovatelství“ je zaměřena na stručný nástin historie vývoje samotného ošetrovatelství. Kapitola pojednává o ošetrovatelské péči od starověku, dále pak laické a charitativní péči a nakonec počátkem profesionálního ošetrovatelství. Druhá kapitola „Počátek konstituce ošetrovatelských modelů“ je věnována nejvýznamnější osobnosti profesionálního ošetrovatelství a zároveň první autorce modelu (v době svého vzniku se jednalo spíše o pojetí, modelem bylo její dílo označeno až o několik desítek let později některými teoretičkami), Florence Nightingalové. Třetí kapitola pojednává o období 20. století, kdy došlo k největšímu rozvoji konceptuálních modelů. Dále je členěna dle příspěvků jednotlivých teoretiček pro ošetrovatelství a jejich modelů. U většiny modelů jsou připojena grafická znázornění, usnadňující pochopení vztahů mezi hlavními jednotkami. Poslední, čtvrtá kapitola „Pojetí konceptuálních modelů na přelomu 20. - 21. století“, pojednává o charakteristice konceptuálních modelů obecně, dále pak definuje pojem paradigma ošetrovatelství se snahou popsat rozdíl mezi modelem a teorií ošetrovatelství.

V průběhu psaní práce bylo snahou nalézt odpověď na výzkumnou otázku „Jak docházelo v průběhu času k vývoji konceptuálních ošetrovatelských modelů?“, a to skrze dostupné zdroje a historické texty. Odpověď byla získána díky analýze textů a jejich následné interpretace. Vývoj konceptuálních modelů lze sledovat od počátků profesionálního ošetrovatelství až po současnost. Na vytvoření první koncepce se podílela F. Nightingalová, jež nebyla původně představena jako model. Mezi koncepcí F. Nightingalové a prvním oficiálním modelem byla několikaletá pauza, za kterou mohly světové události, především světové války a hospodářská krize. K nové éře rozvoje došlo zhruba od poloviny 20. století, kdy byly zakládány vysoké školy a sestry tak mohly pracovat na svých teoriích, které dále představovaly a předávaly dál na konferencích. Každá teoretička si svůj model sestavila dle svých priorit, které se odlišovaly podle toho, v jakém oboru pracovala, jaké zkušenosti z klinické praxe měla či jaké osobnosti či dobové proudy ji ovlivnily.

Práce by měla být přínosem pro sestry v klinické praxi, ale i studentky připravující se na povolání sestry k pochopení jednotlivých modelů, zejména těch nejvyužívanějších v našich zdravotnických zařízeních. Příhodným mohou být jednotlivá grafická znázornění, která usnadní pochopení jednotlivých modelů.

6 Seznam literatury

1. ABDALLAOVÁ, N. et al., 2002. *Anglicko-český výkladový slovník*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-304-5.
2. ARCHALAUŠOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-x.
3. BERMAN, A. a S. SNYDER, 2012. *J. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 9th ed. USA: Pearson. ISBN 978-0-13-802461-1.
4. BOTÍKOVÁ, A., 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*. Trnava: Typi universitatis Tyrnaviensis. ISBN 9788080822538.
5. DISMAN, M., 2006. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80 – 246 – 0139 – 7.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství: teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
7. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-806-3332-5.
8. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2009. *Ošetrovatelstvo – teória: Učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 3. vydanie. Bratislava: Osveta. ISBN 978–80–8063–322–6.
9. FAWCETT, J., 2005. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 0-8036-1194-3.
10. *Filosofický slovník*, 2002. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2. rozš. vyd. ISBN 80-7182-064-4.
11. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
12. HAWKINS, J. W., 1987. *The Historical Evolution of Theories and Conceptual Models for Nursing* [online]. [cit. 2011-10-16]. Dostupné z: <http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED284969>
13. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. 81s.
14. JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. ISBN 80-85866-55-2.

15. JUUD, D., K. SITZMAN a G. M. DAVIS, 2010. *A History of American Nursing: Trends and Eras*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Barlett Publishers. ISBN 978-0-7637-5951-3.
16. KELNAROVÁ, J., M. CAHOVÁ, I. KŘEŠŤANOVÁ, M. KŘIVÁKOVÁ, Z. KOVÁŘOVÁ a D. HAUSEROVÁ, 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
17. KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIERIOVÁ, 1995a. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovateľský proces a praxe 1. díl*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
19. MACHOVÁ, A., 2009. *Využití modelu M. E. Levine v komunitní péči o seniora*. Kontakt. 11 (1). 164-168. ISSN 1212-4117.
20. MARRINER-TOMEY, A. a M. R. ALLIGOOD, 2006. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier. ISBN 0-323-03010-6.
21. MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.
22. MÁŠOVÁ, R., 2009. *Využití modelu Imogene Kingové v praxi*. Sestra. 19 (1). 49-50. ISSN 1210-0404.
23. MURPHY, F., 2010. *Nursing models and contemporary nursing 1: their development, uses and limitations* [online]. [cit. 2017 – 03 - 11]. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/roles/practice-nurses/nursing-models-and-contemporary-nursing-1-their-development-uses-and-limitations-/5015918.article>
24. PARKER, M. E. a M. C. SMITH, 2010. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 978-8036-2168-8.
25. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
26. PETRÁČKOVÁ, V., 2000. *Akademický slovník cizích slov. A-Ž*. Praha: Academia. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
27. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

28. PORTER, R., 2013. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 2. Přeložil Jaroslav HOŘEJŠÍ. Praha: Prostor. Obzor (Prostor). ISBN 978-80-7260-287-2.
29. POSPÍŠILOVÁ, E. a V. TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.
30. RIEHL, J. P. a C. L. ROY, 1974. *Conceptual Models for Nursing Practice*. New York: Appleton Century Crofts. ISBN 0-8385-1201-1.
31. SALVAGE, J., 1997. *Ošetrovatelství v akci: Podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu "Zdraví pro všechny"*. Praha: Česká společnost sester. ISBN 92-890-1312-5.
32. SEDLÁKOVÁ, R., 2015. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3568-9.
33. STAŇKOVÁ, M., 1998. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-263-9.
34. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2015. *Pojetí vztahu člověka k člověku v ošetrovatelství* [online]. České Budějovice. Kontakt 2015. 17(4) e184-e189 [cit. 2017-11-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411715000550?via%3Dihub>
35. THIBODEAU, J. A., 1983. *Nursing Models: Analysis and Evaluation*. Monterey (California): Wadsworth Health Sciences Division. ISBN 05-340-1149-7.
36. TÓTHOVÁ, V., 2010. *Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*. Dostupné z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm.
37. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
38. ZELINKA, P., 2014. *Historie ošetrovatelských škol*. [online]. [cit. 2016 – 12 - 17]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-osetrovatelskych-skol/>
39. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Martin:Osveta. 189 s. ISBN: 80-806-3247-2.